2025 Informe de Gestión

Editorial

informe de gestión Gerencia General Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

El año 2025 fue, para la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica VIDA, un periodo de consolidación y avance consciente. Un año para fortalecer lo esencial, nuestro propósito superior, nuestra capacidad de respuesta, y la confianza que depositan en nosotros los pacientes, sus familias, el talento humano y los aliados del sistema. En un entorno cambiante y exigente, decidimos caminar con claridad, proteger la vida, dignificar la experiencia del cuidado y asegurar que cada decisión se traduzca en un servicio clínico más seguro, humano y oportuno.

Nuestra estrategia institucional, centrada en el paciente y orientada por la excelencia clínica, nos invitó a mirar con rigor tanto lo que hacemos como la forma en que lo hacemos. Por eso, 2025 se configuró como un año de **puesta a punto,** un ejercicio responsable de fortalecimiento interno, ajuste de procesos y alineación organizacional para sostener el crecimiento con bases firmes. Entendimos que avanzar y crecer no siempre es acelerar; a veces, avanzar es **ordenar, estandarizar, asegurar y mejorar** lo existente, para que lo que construimos permanezca y se multiplique.

En esa línea, uno de los logros más significativos del periodo fue el énfasis decidido en el **cumplimiento normativo, la gestión integral del riesgo y el fortalecimiento del gobierno institucional.** No se trató únicamente de cumplir por obligación, sino de consolidar un modelo de operación coherente con nuestra misión, un modelo que garantice seguridad del paciente, transparencia, trazabilidad, calidad y continuidad. Porque en salud, la confianza no se declara, se demuestra, cada día, con disciplina y evidencia.

"2025 fue un año de consolidación institucional, enfocado en fortalecer procesos, asegurar el cumplimiento normativo y garantizar una atención segura y de calidad."

Este proceso fue posible gracias al compromiso de nuestro equipo, mujeres y hombres que trabajan con vocación, ciencia, sensibilidad y carácter. A ellos, mi reconocimiento profundo. En cada ajuste implementado, en cada indicador revisado, en cada capacitación, auditoría, mejora, inversión y acción preventiva, hay un mismo hilo conductor, el respeto por la vida y el deseo genuino de servir mejor.

Clínica Vida reafirmó su compromiso con una atención oncológica humana, basada en la excelencia clínica, la confianza y el respeto por la vida.

También fue un año de aprendizajes. Confirmamos que el futuro de la atención oncológica exige instituciones capaces de innovar sin perder el rigor, de humanizar sin improvisar, de crecer sin fracturar su esencia. En Clínica VIDA asumimos ese reto con responsabilidad, sostener una visión de largo plazo, fortalecer capacidades y actuar con la certeza de que la calidad se construye con constancia.

Hoy miramos los resultados de 2025 con gratitud y convicción. Gratitud, por cada persona que confía en nosotros, por cada integrante de la organización que lo ha hecho posible. Convicción, porque lo realizado no es un punto de llegada, es una base sólida para seguir avanzando. Entramos al siguiente ciclo con una organización más alineada, más preparada y más consciente de su papel en la vida de quienes nos necesitan.

Seguiremos trabajando con la misma determinación, para que la estrategia se traduzca en bienestar real, para que la norma se convierta en garantía de cuidado seguro, y para que cada paso dado por la Fundación sea, en esencia, un paso hacia la esperanza.

David Mejía Zapata
Gerente General

Fundadores de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

Los fundadores de la **Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida** han sido fundamentales en el desarrollo y consolidación de la institución. Gracias a su visión, liderazgo y compromiso con la salud, fue posible crear una organización orientada a brindar atención integral, humanizada y de calidad a los pacientes.

Su iniciativa permitió establecer los principios y valores que hoy guían el trabajo institucional, promoviendo el crecimiento, la responsabilidad social y la mejora continua en los servicios de salud. El legado de los fundadores continúa siendo una referencia para fortalecer la misión de la fundación y su impacto positivo en la comunidad.

Juan Manuel González Calle

Roberto Felipe Mesa Betancur

Daniel Campuzano Escobar

Jorge Alberto Bernal Mesa

Guillermo Jiménez Calfat

Gloria María Agudelo Ochoa

Ana Lucía Pérez Mesa

Adela María Múnera Garces

Álvaro de Jesús Machado Hernández

Gloria Elena Gaviria Arango

Alfredo Herrera Valenzuela

Junta Directiva

Miembros Principales

Juan David
Urrego Restrepo

Guillermo
Jimenez Calfat

Mateo
Betancur de Castro

Mauricio
Restrepo Fleisman

Daniel
Campuzano Escobar

Roberto Felipe
Mesa Betancur

Adela María
Múnera Garcés

Rafael
Arango Aguilar

Secretaria General
Alzate Blair Abogados

Revisoría Fiscal
Price Waterhouse Cooper

Equipo Directivo

Miembros Corporativos

David Mejía Zapata
Gerencia General

Andrés Zapata Cárdenas
Gerencia Clínica

Paula Tatiana López Ríos
Gerencia administrativa y financiera

Johanna Hernandez Álvarez
Dirección de Calidad

Anny Milena Martínez Zapata
Dirección de Talento Humano

Hair Darío Holguín Salazar
Dirección Comercial

Yeidy Vallejo Mesa
Dirección de Enfermería

Carolina Quintán Restrepo
Dirección de Comunicaciones y Gestión de Cultura

José Luis Figueroa Baños
Director Médico

Edwin Andrés Gómez Gallego
Director de cirugía

Olga Lucía Vásquez Mejía
Directora de Acceso y Servicio

Luz Myriam García Santa
Jefe de Compras

Julián Arango Betancur
Líder de Gestión del Conocimiento

Contenido

013 Información Estratégica

14 Plataforma estratégica
18 Sedes y servicios

021 Gerencia Clínica

21 Dirección Médica
34 Indicadores Clínicos
51 Dirección de Cirugía
55 Dirección de Acceso
71 Dirección Servicio Farmacéutico
96 Gestión Laboratorio
107 Dirección Tecnología en Salud y Alto Costo
121 Dirección sedes ambulatorias
133 ROA- CORES
138 Dirección Científica
142 Dirección de Enfermería
155 Centro de Investigación
166 Unidad de Investigación

184 Gerencia Financiera

185 Información Financiera
191 Compras
196 Dirección Tecnología
213 Gestión Terceros
221 Biomédica
228 Infraestructura

237 Gestión Comercial

243 Gestión de la Calidad

313 Talento Humano

363 Gestión del Conocimiento

369 Comunicaciones

385 Programa Biopsicosocial
396 Brigadas
398 Voluntariado

407 Gestión del Riesgo

415 Situación Jurídica

419 Estados Financieros y notas a los estados financieros

Plataforma *Estratégica*

Plataforma *Estratégica*

En 2025, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica VIDA inició la implementación de su estrategia institucional de manera coherente con nuestra plataforma estratégica y con visión del quinquenio 2025 - 2030, asegurando que cada iniciativa, proyecto y decisión operativa respondiera al propósito superior de servir con excelencia y humanidad. A través de la alineación de los equipos, el fortalecimiento de capacidades y la priorización de acciones de alto impacto, avanzamos en el cumplimiento de las aspiraciones estratégicas definidas, consolidando un rumbo claro para la sostenibilidad y la mejora continua.

La ejecución estratégica del año se caracterizó por una gestión enfocada en resultados, con énfasis en la autosostenibilidad financiera de cara a un momento complejo y crítico del sistema de salud, buscando estandarización de procesos, el aseguramiento de la calidad y la articulación integral de la atención, manteniendo al paciente en el centro. Este informe presenta los principales avances y logros alcanzados durante 2025 como primer año de nuestro quinquenio estratégico, evidencia del compromiso institucional con nuestra misión, visión y valores, y como base para seguir construyendo un modelo de atención oncológica cada vez más seguro, oportuno y confiable.

"En 2025 consolidamos el inicio de nuestro quinquenio estratégico, alineando cada decisión institucional con el propósito de brindar atención oncológica con excelencia, sostenibilidad y humanidad."

Estrategia

Estrategia

Nuestras aspiraciones

Propósito superior: (Fundación para) Derrotar el cáncer en pacientes adultos

Resultados clínicos
Detección temprana, calidad de vida, readmisiones / complicaciones

Conocimiento de avanzada
U. de Inv. Propia Publicaciones, trials, estudiantes

Excelencia operacional para cuidado del paciente
Constitución de UFCA. Satisfacción de pacientes y familias, satisfacción de personal, calidad del servicio. P. Crecimiento

Reputación impecable
Reputación / transparencia y posicionamiento, Capacidad de atracción de talento

Finanzas conservadoras
Estabilizar las finanzas (Margen, flujo de caja), Eficientizar lo público ($/ paciente). Diversificar ingresos (% ingresos por privados, % otros ingresos operativos, % integralidad)

Los diferenciadores que para ganar en las arenas seleccionadas

Resultados predecibles	**Experiencias impecables: paciente y familia, especialista y cliente. Programa Bio-Sico-Social**	**Especialistas competentes**	**Talento comprometido con el propósito**	**Fundación Sin ánimo de lucro**

Las arenas más apropicias para nuestras aspiraciones

Grupos de interés clave:

- **Pacientes:** adultos con cáncer y sus familias, segmentados
- **Clientes:** EPS, aseguradoras, particulares, Centros de investigación y Estudiantes / Personal médico: Especialistas y otros.
- **Servicios:** Todos los servicios relacionados con prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer. Investigación y educación.

El sistema de capacidades que desarrollamos para generar nuestros diferenciadores

- **Gestión de servicios integrales**
- **Gestión de experiencias en mejoramiento continuo**
- **Gestión del talento**
- **Gestión de proveedores clave**
- **Gestión de investigación y educación**
- **Gestión analítica y de tecnologías médicas**

Marco Filosófico

Misión

Transformar la experiencia en salud de los pacientes y sus familias a través de la prestación de servicios de alta complejidad con enfoque humanizado y excelencia en la atención, para impulsar la generación del conocimiento, el desarrollo de la investigación, la innovación y la mejora continua en el cuidado oncológico.

Visión

Ser un referente nacional e internacional como unidad funcional del cáncer adulto, generando valor a través del conocimiento, la excelencia en los resultados clínicos y el desarrollo sostenible.

Propuesta de Valor

Transformar la experiencia de las personas bajo nuestro cuidado, promoviendo la prevención y la descentralización del tratamiento oncológico, convirtiéndolo en un proceso de cuidado integral y compasión.

Valores

- **Compasión:** Promover atención centrada en el paciente y equitativa, entendiendo y respetando sus emociones y necesidades durante su tratamiento.
- **Excelencia**: Ofrecer servicios de la más alta calidad, respaldados por investigación y tecnología de vanguardia.
- **Sostenibilidad**: Crear valor y generar equilibrio en el cuidado del medio ambiental, el crecimiento económico y el bienestar social a corto y largo plazo, contribuyendo al progreso de las generaciones presentes y futuras.
- **Integridad**: Actuar con honestidad y transparencia en todas nuestras interacciones, garantizando la confianza de nuestros pacientes y sus familias.
- **Colaboración:** Fomentar un ambiente de trabajo en equipo y bienestar entre todos los profesionales de la salud para brindar un enfoque integral en el tratamiento del cáncer

Sedes y Servicios

Sede Hospitalaria

- 22 consultorios
- 65 sillas de quimioterapia
- 34 cubiculos de urgencias
- 11 quirofanos
- 13 cubiculos de UCI
- Sala fastrack
- 6 cubiculos de UCE
- 203 camas individuales para hospitalización
- Laboratorio Clínico
- Gestión pretransfusional
- Laboratorio de patología

Sede de Conquistadores

- 11 consultorios
- 6 sillas de quimioterapia
- Centro de investigación
- Servicio Farmaceútico

Sede Poblado

Piso 3

- 5 consultorios para procedimientos
- 3 quirofanos.

Piso 9

- 2 salas de procedimientos
- 3 consultorios

Sede Yolombó

- 3 sillas de quimioterapia

Sede Caucasia

- 5 sillas de quimioterapia

Gerencia Clínica

Gerencia Clínica
valor clínico sostenible en oncología de alta complejidad

La gerencia clínica constituye un área estratégica de la clínica orientada a gobernar la práctica asistencial, integrando de manera coherente los objetivos clínicos, organizacionales y financieros de la institución. Su propósito fundamental es asegurar que cada decisión clínica aporte valor real al paciente, logrando mejores resultados en salud, seguridad, experiencia de atención y uso responsable de los recursos.

Partiendo de la estrategia institucional, la gerencia clínica sitúa al paciente oncológico adulto de alta complejidad en el centro de la operación asistencial, reconociendo la complejidad clínica, emocional y social que caracteriza su proceso de atención. Desde esta perspectiva, la gerencia clínica articula cinco dimensiones esenciales e interdependientes:

1. **Los resultados clínicos** representan el eje principal del modelo. La gerencia clínica vela por la calidad y pertinencia de las decisiones médicas, promoviendo la adherencia a la evidencia científica, el trabajo multidisciplinario y la medición sistemática de desenlaces como supervivencia, control de la enfermedad, seguridad del paciente y calidad de vida.

2. **La excelencia operacional,** entendida como el “detrás de cámaras” del proceso asistencial que facilita que dicha complejidad clínica se traduzca en procesos asistenciales eficientes, seguros y oportunos. A través de la estandarización, la reducción de variabilidad injustificada y la integración de los servicios.

3. **La gestión del conocimiento** como promotora del mejoramiento continuo del proceso de atención. La práctica clínica diaria se convierte en fuente de aprendizaje institucional mediante el análisis de datos, la retroalimentación entre pares, la formación continua y el desarrollo de investigación clínica, fortaleciendo una cultura organizacional orientada al aprendizaje y la innovación.

4. **La reputación institucional** surge como una consecuencia natural de la coherencia entre resultados clínicos, excelencia técnica y conducta ética. La gerencia clínica contribuye a consolidar la confianza de pacientes, profesionales, aseguradores y entes reguladores, posicionando la clínica como un referente asistencial y académico.

5. **La sostenibilidad financiera** asegura la viabilidad del modelo en el tiempo. La gerencia clínica promueve el uso racional de los recursos a través de la pertinencia clínica, el análisis del costo por procesos y trayectorias asistenciales, y la toma de decisiones informadas que permitan reinvertir en talento humano, tecnología e innovación, sin comprometer la calidad del cuidado.

En su conjunto, la Gerencia Clínica es una capacidad institucional que se configura en un rol integrador y transformador, capaz de alinear el proceso asistencial con la estrategia institucional. Más que un ejercicio administrativo, es una forma de liderazgo clínico que busca garantizar que la excelencia asistencial sea sostenible, medible y centrada en el valor para el paciente.

Dirección Médica / Auditoría

Desde la Dirección Médica de la institución se lidera, coordina y garantiza la calidad científica, ética y operativa de la atención en salud. Su propósito es asegurar que la prestación de los servicios se realice bajo criterios de seguridad, oportunidad y eficiencia, basada en la mejor evidencia disponible y en cumplimiento de la normatividad vigente.

Para ello, la Dirección Médica orienta su gestión en cinco grandes frentes de responsabilidad:

- **Gobierno clínico y calidad asistencial,** promoviendo estándares de atención seguros y centrados en el paciente.
- **Coordinación del cuerpo médico,** facilitando el trabajo articulado entre las diferentes especialidades y servicios.
- **Gestión del riesgo clínico y seguridad del paciente,** mediante el seguimiento permanente a los procesos asistenciales.
- **Planeación y desarrollo de los servicios clínico-asistenciales,** garantizando el cumplimiento normativo y la mejora continua de la atención.
- **Trabajo articulado con Auditoría y relacionamiento con aseguradores,** fortaleciendo la sostenibilidad y la eficiencia institucional.

En este marco, la Auditoría Concurrente se constituye como un área estratégica dentro del ciclo de gestión clínica–financiera de la institución, al integrar tres aspectos fundamentales para la prestación del servicio:

1. La calidad de la atención.
2. La pertinencia médica en la toma de decisiones clínicas.
3. La protección del ingreso institucional, mediante la prevención de glosas y la adecuada gestión de la facturación.

Estas funciones se desarrollan a través de la revisión clínica y administrativa que se realiza durante la estancia hospitalaria o el proceso de atención del paciente, permitiendo un seguimiento permanente y oportuno a los servicios prestados. De esta manera, la Auditoría Concurrente, en articulación con la Dirección Médica, actúa de forma transversal con las áreas clínicas y

administrativas de la institución, contribuyendo a garantizar la **oportunidad, continuidad, racionalización y pertinencia de la atención brindada a los usuarios.**

1. Objeciones y Glosas.

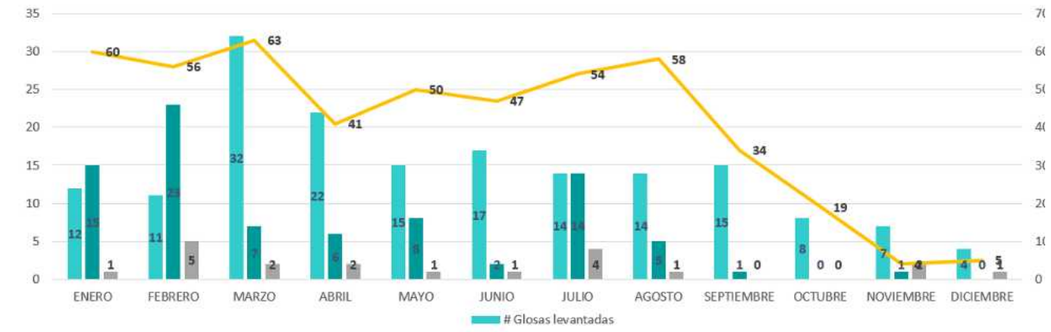
A través de las rondas diarias, de Auditoria y Gestión Clínica se identifican las posibles inoportunidades que luego se convertirán en objeciones, con gestión prioritaria para propiciar Disminución del porcentaje de glosa por gestión de Auditoria Concurrente y Gestión clínica por pertinencia médica, Para quedar en un porcentaje de glosa del 2.2%. Mejorando con relación al año inmediatamente anterior (2024) cuando estaba en 3,2%

Objeciones enviadas años 2025

Año	2025

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Total de Glosas	88	95	104	71	74	67	86	78	50	27	14	10
Total de Pacientes	64	79	87	58	64	58	66	62	48	26	14	10

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
# Glosas levantadas	12	11	32	22	15	17	14	14	15	8	7	4
# Glosas conciliadas	15	23	7	6	8	2	14	5	1	0	1	0
# Glosas no acuerdo	1	5	2	2	1	1	4	1	0	0	2	1
# Glosas aceptadas	60	56	63	41	50	47	54	58	34	19	4	5



Objeciones: es una manifestación formal y sustentada de inconformidad técnica, administrativa o financiera frente a un proceso, servicio, tecnología o decisión clínica que no cumple con los criterios previamente definidos de:

- Pertinencia
- Racionalidad científica
- Oportunidad
- Integralidad

Glosa: Es todo hallazgo que no tuvo sustento e impacta directamente el tema financiero por no reconocimiento.

2. Seguimiento a Terceros.

En la gestión de seguimiento a terceros se logró un recobro efectivo de las glosas realizadas por Clínica Vida a IVS, asociadas a inoportunidad, esto como resultado del fortalecimiento de la gestión clínica y de la auditoría concurrente. Este proceso se soportó en rondas clínicas diarias y en la evaluación permanente de la pertinencia, racionalidad y oportunidad de las atenciones brindadas, obteniendo un resultado favorable para la institución.

Valor de las glosas por día VS Glosas aceptadas IVS

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Valor Glosado	$ 12.307.704	$ 7.225.446	$ 22.549.135	$ 5.935.439	$ 17.366.229	$ 11.053.866	$ 15.307.572	$ 21.645.147	$ 18.991.650	$ 18.522.105	$ 16.021.874	$ 26.343.748
Valor Aceptado	$ 11.026.721	$ 6.777.102	$ 19.515.277	$ 4.503.843	$ 11.957.984	$ 9.489.099	$ 10.063.721	$ 13.804.451	$ 16.926.306	$ 17.563.236	$ 15.105.452	$ 25.206.454
Diferencia	$ 1.280.983	$ 448.344	$ 3.033.858	$ 1.431.596	$ 5.408.245	$ 1.564.767	$ 5.243.851	$ 7.840.696	$ 2.065.344	$ 958.869	$ 916.442	$ 1.137.294

3. Promedio día estancia 2025.

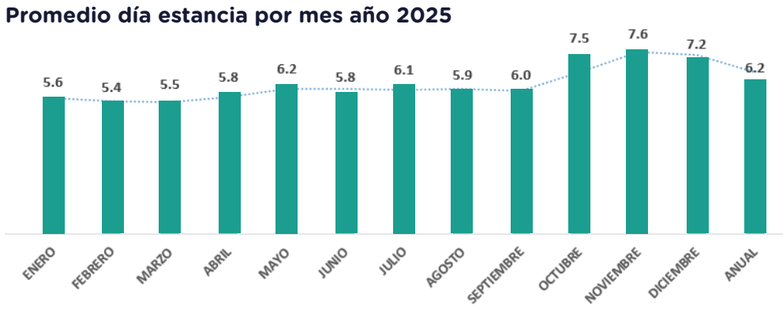
Para el año 2025 el promedio día estancia global arroja un consolidado de 6.2 el cual se encuentra en un Rango efectivo dadas las estrategias puestas en marcha desde la Gestión clínica y la Auditoria concurrente, para el perfil epidemiológico de la institución y teniendo en cuenta el referente nacional INC (Instituto Nacional de Cancerología) quien cita que el **promedio de estancia hospitalaria para pacientes oncológicos es de aproximadamente 10,6**.

Este valor refleja hospitalizaciones por complicaciones, procedimientos, tratamientos intensivos o manejo de efectos secundarios de terapias oncológicas en un instituto de tercer y cuarto nivel especializado.

Las actividades realizadas para obtener este resultado son:

- Protocolos claros de ingreso, y manejos adheridos a las GPC.
- Uso de herramientas como la auditoría concurrente diaria.
- Rondas Médicas de especialistas y Sub especialistas antes de las 2 de la tarde para optimizar tiempos que impactan en el tratamiento y manejo.
- Estrategias de continuidad al alta: manejo ambulatorio domiciliario, alta temprana, alta diferida, alta paliativa (para siempre, contigo, etc, crónicas, agudas código lila domiciliario).
- Alta con dispensación desde clínica vida para garantizar continuidad y acortar tiempos de egreso.
- Optimización de soporte transfusional en el área de urgencias sin requerir hospitalización
- Rotulación oportuna de Altas y Prealtas 24-48h)

Promedio global día estancia durante el año 2025



Mes	Total dias estancia global	Número de egresos dia	PDE (promedio dia estancia)
ENERO	6992	1240	5,6
FEBRERO	6714	1239	5,4
MARZO	7432	1345	5,5
ABRIL	7669	1316	5,8
MAYO	8035	1304	6,2
JUNIO	7081	1211	5,8
JULIO	7638	1249	6,1
AGOSTO	7566	1276	5,9
SEPTIEMBRE	8085	1349	6,0
OCTUBRE	8900	1183	7,5
NOVIEMBRE	9460	1237	7,6
DICIEMBRE	7622	1064	7,2
TOTAL AÑO	93194	15013	6,2

4. Ocupación hospitalaria 2025.

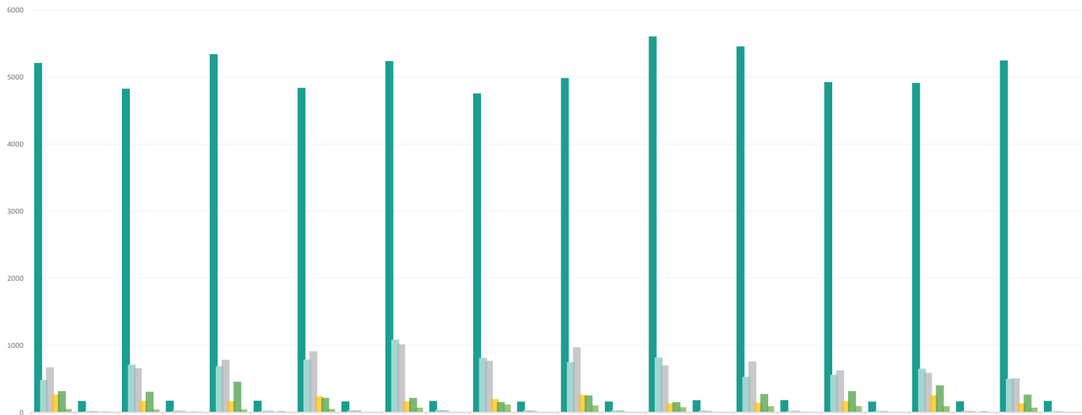
Durante el año 2025 se evidenció un comportamiento de alta ocupación sostenida en la institución. Considerando la capacidad operativa total de 256 posiciones (205 camas de hospitalización, 13 camas UCI, 6 camas UCE y 34 cubículos de urgencias), el censo promedio diario fue de aproximadamente 233 pacientes/día, equivalente a una ocupación promedio anual cercana al 91%. Se observaron meses de mayor presión operativa, destacándose mayo con un promedio aproximado de 251 pacientes/día (ocupación cercana al 98%), seguido por el bloque de marzo–septiembre, con valores consistentemente elevados.

En el último trimestre se evidencia, un aumento creciente en la totalidad de los ingresos, ya que como aliados estratégicos con EPS SURA, se está recibiendo población oncológica, sospecha y manejo de comorbilidades por colapso de la red, lo que nos aumenta la sobreocupación del servicio de urgencias y el promedio día estancia, compensando esto la ocupación por Reservas para QMT, las cuales se garantizan desde el fin de semana.

En cuanto al mix de aseguradores, SURA se consolidó como la EPS principal durante los 12 meses del año, liderando tanto en días-estancia como en promedio de pacientes/día. En el acumulado anual, SURA aportó aproximadamente 72% de los días-estancia totales, cumpliendo la meta institucional de priorización y evidenciando un desempeño sostenido con excedente frente al objetivo.

Este resultado reafirma a SURA como el asegurador ancla para la ocupación hospitalaria y respalda la estrategia de relacionamiento y continuidad operativa con dicho pagador.

Ocupación hospitalaria 2025



	TOTAL D/E ENERO	PROMEDIO/D ENERO	TOTAL D/E FEBRERO	PROMEDIO/D FEBRERO	TOTAL D/E MARZO	PROMEDIO/D MARZO	TOTAL D/E ABRIL	PROMEDIO/D ABRIL	TOTAL D/E MAYO	PROMEDIO/D MAYO	TOTAL D/E JUNIO	PROMEDIO/D JUNIO	TOTAL D/E JULIO	PROMEDIO/D JULIO	TOTAL D/E AGOSTO	PROMEDIO/D AGOSTO	TOTAL D/E SEPTIEMBRE	PROMEDIO/D SEPTIEMBRE	TOTAL D/E OCTUBRE	PROMEDIO/D OCTUBRE	TOTAL D/E NOVIEMBRE	PROMEDIO/D NOVIEMBRE	TOTAL D/E DICIEMBRE	PROMEDIO/D DICIEMBRE
SURA	5212	168,1	4828	172,4	5343	172,3	4840	161,3	5240	169	4758	158,6	4987	160	5608	180	5459	182	4926	159	4915	163	5249	169,3
COOSALUD	482	15,5	711	25,3	686	22,1	788	26,2	1085	35	813	27,1	747	24	819	26	528	18	560	18	651	21	501	16,1
ALIANZA	671	21,6	657	23,4	784	25,2	909	30,3	1014	32,7	767	25,5	969	31	699	22	757	25	626	20	589	19	507	16,3
PGP SAVIA	265	8,5	170	6	165	5,3	239	7,9	167	5,3	198	6,6	261	8	132	4	143	5	169	5	254	8,4	132	4,2
COMFACHOCO	314	10,1	307	10,9	457	14,7	214	7,1	214	6,9	154	5,1	252	8	153	5	273	9	315	10	403	13,4	263	8,4
OTROS	50	1,61	41	1,46	42	1,3	49	1,6	70	2,25	117	3,9	101	3	76	2	91	3	92	3	91	3	70	2,2

5. Módulo de abdomen con EPS SURA.

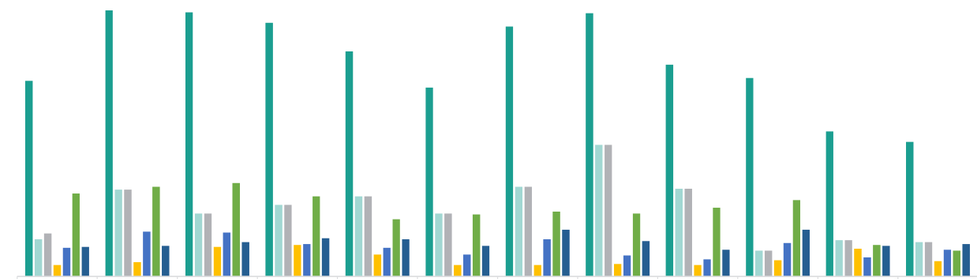
En la revisión del módulo de abdomen asociado al convenio con EPS SURA (apéndice y vesícula), se evidencia una disminución paulatina del volumen mensual de casos remitidos/aceptados durante 2025, sin que ello implique la finalización del contrato. Este comportamiento se interpreta como una reducción progresiva de la demanda quirúrgica no oncológica; en coherencia con la misión institucional oncológica, la clínica prioriza la disponibilidad y asignación de camas para la atención de pacientes con patología oncológica y sus complicaciones, manteniendo el convenio bajo criterios de capacidad instalada y pertinencia asistencial.

6. Marcaciones de Calidad 2025

Esta gráfica corresponde a un indicador netamente clínico de seguridad y calidad, que consolida las marcaciones ('casi eventos') reportadas por EPS SURA durante 2025. En términos globales, se evidencia una baja ocurrencia de

eventos y un control sostenido del riesgo, lo cual refleja una adecuada gestión médica y asistencial. La mayor proporción de marcaciones se concentra en oportunidades de proceso (p. ej., oportunidad/estancia), mientras que las relacionadas con ingreso inadecuado y manejo inadecuado se mantienen en niveles mínimos, sugiriendo buena adherencia clínica y efectividad del modelo de atención.

Marcaciones EPS Sura - Área de calidad y auditoría 2025



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TOTAL DE MARCACIONES	205	279	277	266	236	198	262	276	222	208	152	141
MARCACIONES POR AUDITORIA	39	91	66	75	84	66	94	138	92	27	38	36
CASI EVENTOS	45	91	66	75	84	66	94	138	92	27	38	36
COMPLICACIONES	12	15	31	33	23	12	12	13	12	17	29	16
OTROS EVENTOS ADVERSOS	30	47	46	34	30	23	39	22	18	35	20	28
REHOSPITALIZACIONES	87	94	98	84	60	65	68	66	72	80	33	27
IAAS	31	32	36	40	39	32	49	37	28	49	32	34

TOTAL DE MARCACIONES · MARCACIONES POR AUDITORIA · CASI EVENTOS · COMPLICACIONES · OTROS EVENTOS ADVERSOS · REHOSPITALIZACIONES · IAAS

7. Realización de gestión documental desde la dirección médica.

Para el año 2025 se realizó un trabajo arduo, en la entrega de Documentos de alta importancia para la institución y los cuales fueron entregados al área de Calidad.

Dirección Médica

- Creación de 11 protocolos para UCI-UCE
- Creación de 24 protocolos para hospitalización, urgencias, otros
- Creación de 1 instructivo.
- Creación de 2 Guías de Práctica Clínica.
- Actualización de 10 protocolos.

Dirección científica

- Creación de 5 guías de práctica clínica.
- Creación de 1 protocolo.
- Actualización 2 protocolos.

8. Mejoramiento continuo asistencial.

Gestión de Eutanasias 2025

Durante 2025 se realizaron 79 procedimientos de eutanasia en cumplimiento del marco normativo vigente en Colombia y de los requisitos de habilitación aplicables, garantizando: verificación de criterios clínicos y jurídicos, consentimiento informado, evaluación por los comités/instancias definidas, trazabilidad en historia clínica, oportunidad en la atención y seguimiento posterior, con gestión de calidad y seguridad del paciente.

Proceso de respuesta rápida 2025.

Durante el último trimestre de 2025 se implementó de manera exitosa el Equipo de Respuesta Rápida (ERR) y el programa de seguimiento pos-UCI, fortaleciendo la detección temprana de deterioro clínico y la continuidad del cuidado en hospitalización. Como resultado, en el periodo de evaluación se registró cero reingresos a UCI en los pacientes incluidos, evidenciando efectividad del modelo, mejora en seguridad del paciente y optimización del uso de camas críticas.

Código Lila 2025.

En el marco del enfoque de atención integral, se estructuró e implementó un modelo biopsicosocial para la activación del Código Lila, garantizando una respuesta oportuna e interdisciplinaria. Este modelo permitió la atención inmediata por Psicología, Trabajo Social y Consejería espiritual, fortaleciendo el soporte emocional y social del paciente y su familia, mejorando la experiencia de atención y consolidando un abordaje centrado en la persona.

Eras: Rápida recuperación pos quirúrgica (Apoyo Terapéutico).

En el marco del programa ERAS, se implementó el seguimiento preoperatorio activo mediante llamadas telefónicas para verificar la tolerancia a la suplementación, confirmar la entrega y el cumplimiento de la nutrición parenteral, y asegurar la preparación nutricional del paciente. Esta estrategia permitió programar oportunamente cirugías mayores, reducir cancelaciones por preparación incompleta y disminuir el riesgo de complicaciones quirúrgicas asociadas a un soporte nutricional insuficiente. Fortaleciendo nuestro modelo de atención integral en el paciente quirúrgico.

Durante 2025 se implementó un modelo estandarizado de atención para la población del PIP y PGP de cáncer de mama, asegurando continuidad asistencial, criterios homogéneos de manejo y coordinación efectiva entre los equipos clínicos. Adicionalmente, se consolidó una actividad multidisciplinaria educativa prequimioterapia, liderada por Psicología y Nutrición, orientada a preparar a los pacientes y sus familias, optimizar adherencia, fortalecer autocuidado y mejorar la tolerancia al tratamiento, contribuyendo a una atención integral y centrada en la paciente.

Igualmente participación en la creación e implementación de la Navegación exitosa en la UFCA de cáncer de mama proyecto avalado y en marcha con la ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínica).

Altas seguras en usuarios con posibilidad de vulnerabilidad al egreso.

En 2025 se fortaleció la gestión social hospitalaria mediante la implementación de una evaluación diaria obligatoria por Trabajo Social para todo ingreso de población subsidiada, con el fin de identificar de manera temprana riesgos y barreras sociales que pudieran impactar la continuidad del cuidado. Adicionalmente, se estableció la revisión sistemática de pre altas, lo que permitió anticipar trámites y apoyos requeridos, agilizar el proceso de egreso y reducir demoras administrativas asociadas al alta, mejorando la oportunidad y la experiencia del paciente.

Seguimiento Terceros (Interconexión)

En 2025 se desarrollaron e implementaron dos soluciones de software orientadas a fortalecer la interoperabilidad y la trazabilidad de las imágenes diagnósticas: una para la integración y seguimiento de los estudios provistos por IVS y otra para los ecocardiogramas de Coraxon. Estas herramientas permitieron asegurar un flujo documental estandarizado, con registro de envío/recepción, identificación unívoca del estudio, disponibilidad oportuna y evidencia verificable para procesos de auditoría clínica y administrativa, reduciendo riesgos de pérdida de información y mejorando la capacidad institucional de control y seguimiento.

Fortalecimiento de altas diferidas 2025.

Durante 2025 se implementó el modelo de altas diferidas, para todas las especialidades y EPS, en pacientes con diagnóstico oncológico que requerían

resolución quirúrgica. Bajo este esquema, el paciente egresa de forma segura y se activa la gestión prioritaria de autorizaciones con la EPS, con compromiso institucional de programación quirúrgica en un plazo menor a un mes. Esta estrategia permitió evitar estancias inactivas no reconocidas, optimizar el uso de camas para la población oncológica y garantizar oportunidad en el tratamiento quirúrgico sin comprometer la continuidad asistencial.

Proceso de notificación del posible donante 2025.

Durante 2025 se actualizó e implementó la ruta institucional de identificación y gestión del posible donante de tejidos posterior a la defunción intrahospitalaria, fortaleciendo la articulación entre los equipos asistenciales y administrativos para asegurar oportunidad y trazabilidad del proceso. Como resultado, en el último semestre se logró disminución “escapes” evidenciando adherencia al protocolo y mejora en la gestión integral del potencial donante.

Altas Seguras

Durante 2025 se fortaleció la estrategia de altas seguras mediante un acuerdo con las EPS para garantizar la entrega intrainstitucional de medicamentos al egreso, con cobro a la cuenta hospitalaria, evitando la dependencia de terceros y retrasos en la dispensación. Esta medida mejoró la continuidad del tratamiento, redujo el riesgo de eventos por no adherencia y contribuyó a disminuir reingresos asociados a falta de oportunidad en la entrega de medicamentos posterior al alta.

Indicadores por *Servicio*

Nota: Fuente: Indicadores de Almera.

Hospitalización

1. Ocupación hospitalización

Promedio de ocupación mensual :95,5%
Análisis por el líder de proceso:

El indicador de ocupación hospitalaria registra un 92,51%, valor inferior a la meta institucional (>95%), ubicándose en la zona de baja ocupación. Este resultado puede estar asociado a un probable subregistro de las camas de reserva destinadas a quimioterapia, cirugía y PPP, las cuales se mantienen de manera preventiva para garantizar la continuidad y oportunidad en la atención. Se realizará seguimiento diario al promedio de camas reservadas con el fin de ajustar el indicador y mejorar la precisión del registro.

2. Promedio días estancia 2025

Promedio días estancia: 5, 5 días
Análisis por el líder de proceso:

El comportamiento del indicador reflejó el impacto positivo de la consolidación de rutas integrales de atención, especialmente en pacientes oncológicos, con continuidad en los programas de dolor y cuidados paliativos. La planificación anticipada del egreso y la articulación con la red ambulatoria permitieron sostener una atención de alto valor (High Value Care), asegurando calidad, eficiencia y humanización de la atención, incluso en un periodo de alta variabilidad asistencial.

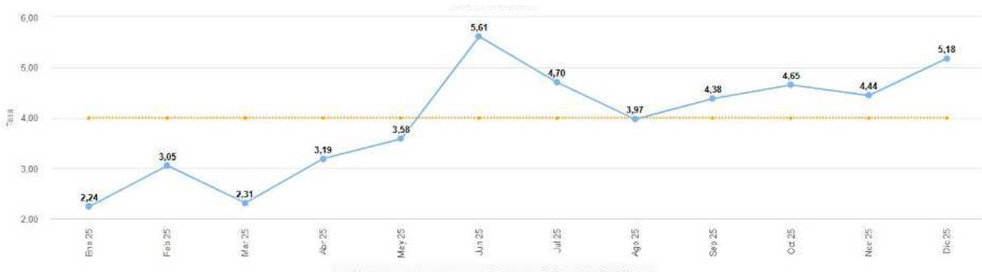
3. Tasa de reingresos <15 días

Promedio:8,5
Análisis por el líder de proceso:

Entre las causas relacionadas con el paciente se identifican:
Progresión de enfermedad oncológica: (22%).
Nuevos síntomas o causas (caídas, sangrado): (9%).
Persistencia de síntomas de la hospitalización previa: (8%).
Otros eventos post quimioterapia: (5%).
Dolor no modulado a pesar del tratamiento: (2%).

Esto evidencia que una proporción importante de los reingresos se asocia con la evolución natural de la enfermedad oncológica y la aparición de complicaciones derivadas del tratamiento, lo que resalta la importancia de estrategias de cuidados paliativos y educación al paciente y familia para el manejo ambulatorio de síntomas.

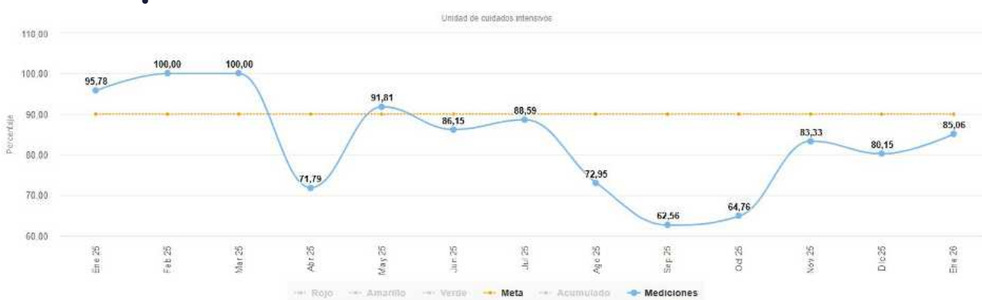
4. Tasa de mortalidad >48 horas



Promedio:3,94

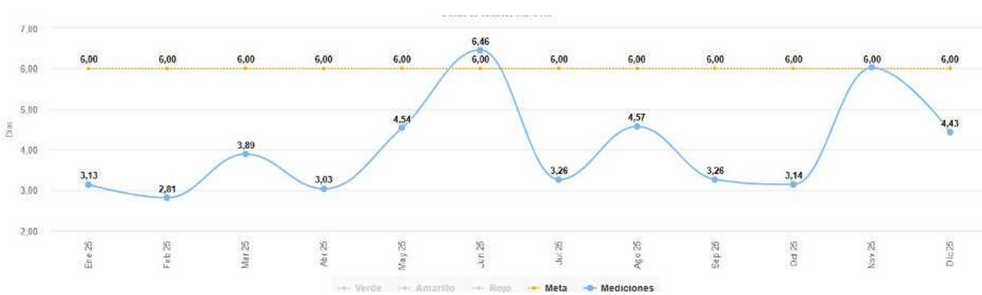
UCI

1. Ocupación



Promedio:83,3%

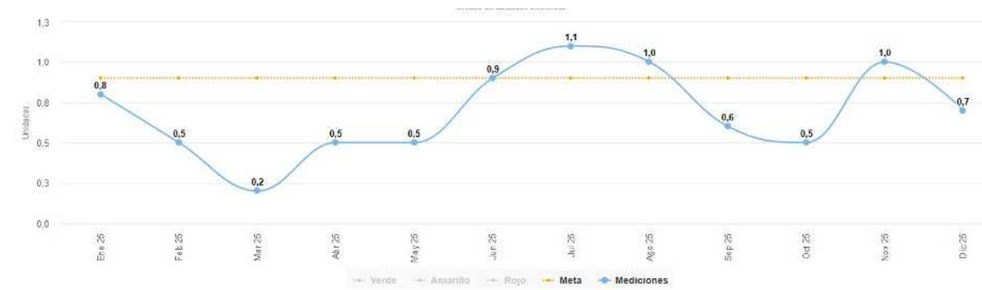
2. Días estancia



Promedio: 4,05 días

Análisis por líder:
Se logra cumplir con la meta de días de estancia, lo que da cuenta de una definición y traslado oportuno de pacientes a servicios de menor complejidad.

3. Mortalidad ajustada al APACHE



Promedio: 0,7 días

Análisis:

La mortalidad observada es inferior a la esperada.

4. Tasa de neumonía

Promedio: 2,6

Análisis por líder:

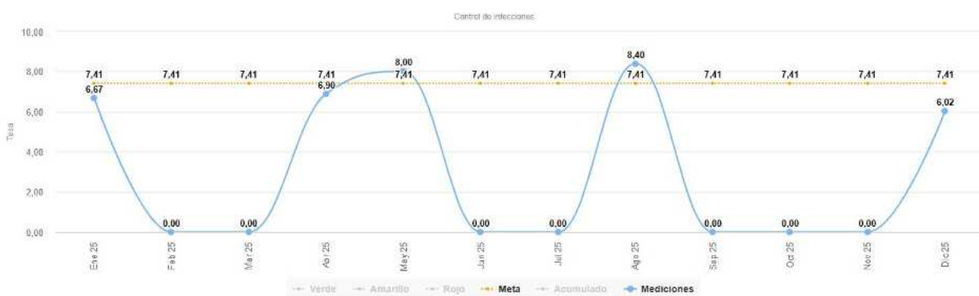
Durante el mes de noviembre de 2025, la Tasa de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAV) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto fue de 10,31 por cada 1.000 días de uso de ventilador mecánico, con dos casos registrados y un total de 194 días de exposición al dispositivo. Este resultado supera la meta institucional de 9,28.

La razón de uso del ventilador mecánico en noviembre alcanzó el 63,4%, lo que representa un incremento significativo respecto a octubre (43,5%) y septiembre (40,6%). Este aumento en la exposición, sumado a la aparición de casos, indica un escenario de mayor complejidad asistencial

El análisis de la variabilidad acumulada entre enero y noviembre muestra una tendencia mixta. Durante el primer cuatrimestre, el indicador se mantuvo estable con tasas iguales a cero y razones de uso entre 51,0% y 55,6%, reflejando un control clínico sostenido. Sin embargo, en el segundo cuatrimestre se observaron incrementos en la incidencia, con tasas de 5,26 en mayo, 5,46 en junio y un pico de 10,42 en julio, coincidiendo con los valores más altos de exposición (entre 60,3% y 65,4%). La ausencia de casos en agosto, septiembre y octubre, incluso con un aumento en la razón de uso.

La tasa acumulada del año se ubica en 3,8 por cada 1.000 días de ventilación mecánica, lo que mantiene el desempeño institucional por debajo del referente internacional del INNIC 2020 para UCI oncológica (9,28). Este resultado global sigue siendo favorable, aunque el comportamiento de noviembre advierte sobre la importancia de sostener las medidas implementadas y reforzar la capacitación del personal.

5. Tasa de infecciones de torrente sanguíneo asociado a catéter



Promedio: 3,75
Análisis por líder:

En el mes de diciembre de 2025, la Tasa de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto fue de 6,02 por cada 1.000 días de uso de catéter venoso central, con un caso registrado como numerador y un total de 166 días-catéter como denominador.

Este resultado se encuentra por debajo de la meta institucional establecida en 7,41, lo que indica un comportamiento conforme del indicador.

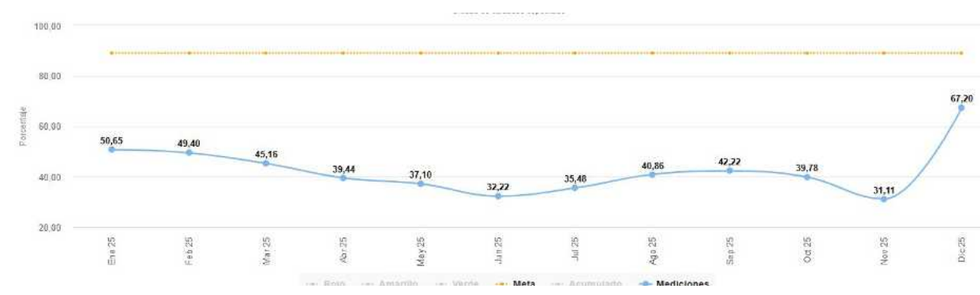
La razón de uso del catéter venoso central en diciembre se disminuyó respecto al mes anterior, alcanzando un 63,6%.

Al analizar la variabilidad del indicador en el periodo enero–diciembre, se observa un comportamiento intermitente, con meses sin eventos (febrero, marzo, junio, julio, septiembre, octubre y ahora noviembre) intercalados con picos en enero (6,7), abril (6,9), mayo (8,0), agosto (8,4) y diciembre (6,0). Esta oscilación sugiere que no existe un patrón definido, pero sí una sensibilidad del indicador frente a variaciones en la carga asistencial y en las prácticas de manejo del dispositivo.

Finalmente, la tasa acumulada del año se ubica en 3,0 muy por debajo del referente nacional (INNIC 2020: 7,41), lo que evidencia un desempeño favorable del servicio en la prevención de infecciones asociadas a catéter venoso central.

UCE

1. Ocupación

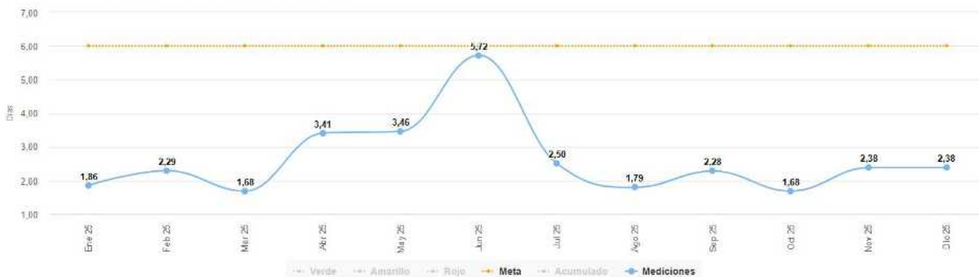


Promedio: 42,5%
Análisis por líder:

La ocupación en la unidad de cuidados especiales se mantiene históricamente por debajo de la meta, debido a que los pacientes pueden cambiar por la complejidad de su situación a ser rotulados como UCE, pero continuar

físicamente ubicados en la unidad de cuidados intensivos. esta medida depende de la ocupación en la UCI y de la disponibilidad de personal asistencial, ya que debido a la suficiencia y a las novedades, en ocasiones se hace necesario dejar a todos los pacientes físicamente en el mismo servicio y así poder responder oportunamente a sus necesidades de cuidados.

2. Días estancia

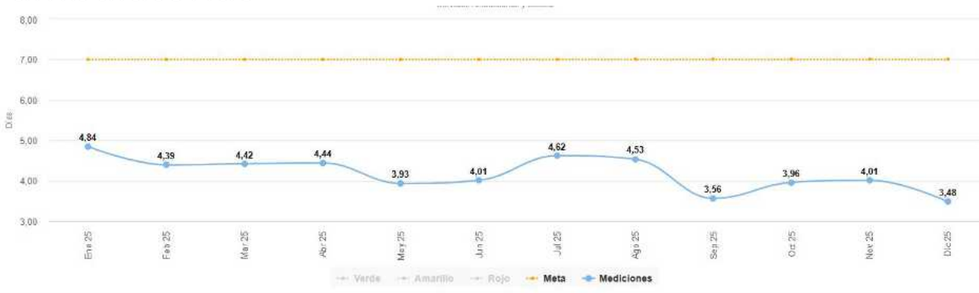


Promedio: 2,6
Análisis por líder:

El promedio de estancia de la unidad de cuidados especiales se ha mantenido dentro de la meta durante todo el año, gracias a que se realiza una gestión oportuna del cuidado y se deriva a los pacientes de manera oportuna a los servicios de internación, con el objetivo de optimizar los recursos y disminuir el riesgo a los pacientes derivados de la estancia en unidades de alta dependencia.

Clínica de heridas

1. Oportunidad en la asignación de citas ambulatorias



Promedio: 4,1

2. Proporción de inasistencia a citas de clínica de heridas

Promedio: 9,7

Quimioterapia

Nota: no se cuenta con información en indicadores, por esto se toma de la construcción del consolidado por gestión de la información y el procesamiento de datos que se ejecutada del desarrollo de ODP.

Durante el año 2025 se realizaron 36.561 aplicaciones de medicamentos oncológicos en el proceso de quimioterapia. El mayor volumen de aplicaciones se registró en el mes de julio, evidenciando un pico en la tendencia anual.

Gráfico. Comportamiento de las aplicaciones de quimioterapia durante 2025. Fundación Colombiana de Cancerología – Clínica Vida.

En cuanto a la distribución por sede, el 75% de las aplicaciones se realizaron en la sede ambulatoria 80, lo que confirma que la mayor carga operativa del proceso se concentra en el ámbito ambulatorio.

Según asegurador (EAPB), la mayor participación correspondió a SURA (63,4%), seguida de Savia Salud (15%) y Coosalud (10%), evidenciando una alta concentración de la demanda en una única entidad administradora.

La incidencia de aplicación de quimioterapia en 2025 fue de 11,4%, lo que representó un incremento cercano a 2 puntos porcentuales respecto al año anterior, sugiriendo un aumento en la demanda del servicio o en la captación de casos.

En relación con las cancelaciones, la principal causa estuvo asociada a la condición clínica del paciente, destacándose adicionalmente eventos relacionados con causas externas, que impactaron la oportunidad en la prestación del tratamiento.

La agrupación diagnóstica con mayor frecuencia correspondió a cáncer de mama, seguida por tumores de órganos digestivos y neoplasias malignas del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos. En menor proporción se registran diagnósticos no oncológicos y tumores de los órganos genitales femeninos.

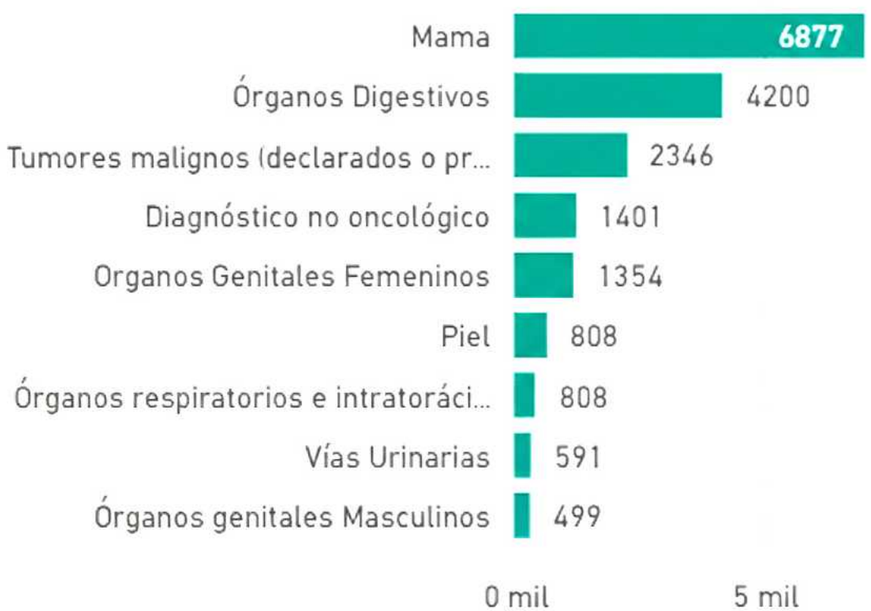


Gráfico. Distribución de atenciones según diagnósticos agrupados. Fundación Colombiana de Cancerología – Clínica Vida, 2025.

En el análisis por diagnóstico específico, se observó que el tumor maligno de mama constituyó la principal causa de atención.

En el grupo de órganos digestivos, predominó el tumor maligno de recto, seguido por colon, estómago y páncreas. En menor proporción se registraron las neoplasias de cabeza de páncreas y esófago.

Como tercer grupo relevante se encontró las neoplasias del tejido linfático y hematopoyético, donde se destacó el mieloma múltiple, el linfoma no Hodgkin y el linfoma de células B, representando una proporción significativa dentro de los diagnósticos hematológicos atendidos.

Finalmente, en el grupo de órganos genitales femeninos, los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia correspondieron a tumor maligno de ovario, tumor maligno de endometrio y tumor maligno de cuello uterino.

Dentro de los diagnósticos no oncológicos, se resalta la atención de pacientes con lupus eritematoso sistémico y artritis seropositiva, lo que refleja la utilización del servicio para manejo inmunomodulador en patologías autoinmunes. A continuación, se describen los medicamentos administrados con mayor frecuencia según los principales grupos tumorales atendidos. Esta información complementa lo previamente expuesto sobre las terapias utilizadas en el servicio para cada grupo de tumor, las cuales se encuentran alineadas con las guías de práctica clínica vigentes.

Tabla. Distribución absoluta y porcentual de medicamentos administrados según grupo. Fundación Colombiana de Cancerología – Clínica Vida, 2025.

Grupo de diagnóstico	Medicamento	n	%
Tumor de mama	Paclitaxel	3425	40%
	Carboplatino	1604	19%
	Trastuzumab Iv	1272	15%
	Ciclofosfamida	1269	15%
	Trastuzumab Sc	1100	13%

Grupo de diagnóstico	Medicamento	n	%
Tumor de órganos digestivos	Folinato de Calcio	2538	25%
	Oxaliplatino	2524	25%
	Fluorouracilo (Infusor 2 días)	2362	23%
	Fosaprepitant	706	7%
	Fluorouracilo	2010	20%
Tumor de tejido linfático y hemato	Bortezomib Sc	745	23%
	Vincristina	728	23%
	Etoposido	625	19%
	Doxorrubicina	585	18%
	Pegfilgrastim	544	17%
Diagnósticos no oncológico	Rituximab	22	31%
	Adalimumab	21	30%
	Abatacept	14	20%
	Tocilizumab	7	10%
	Golimumab	6	9%
Tumor de órganos genitales femeninos	Paclitaxel	910	36%
	Carboplatino	788	31%
	Bevacizumab	338	13%
	Fosaprepitant	281	11%
	Pegfilgrastim	244	10%

Mortalidad general

Nota: FUENTE: Aplicativo de defunciones (RUAF ND) y procesamiento por parte de gestión de la información.

Durante el año 2025, en la Fundación Colombiana de Cancerología-Clínica Vida se registraron 956 defunciones, siendo enero el mes con mayor frecuencia de eventos.

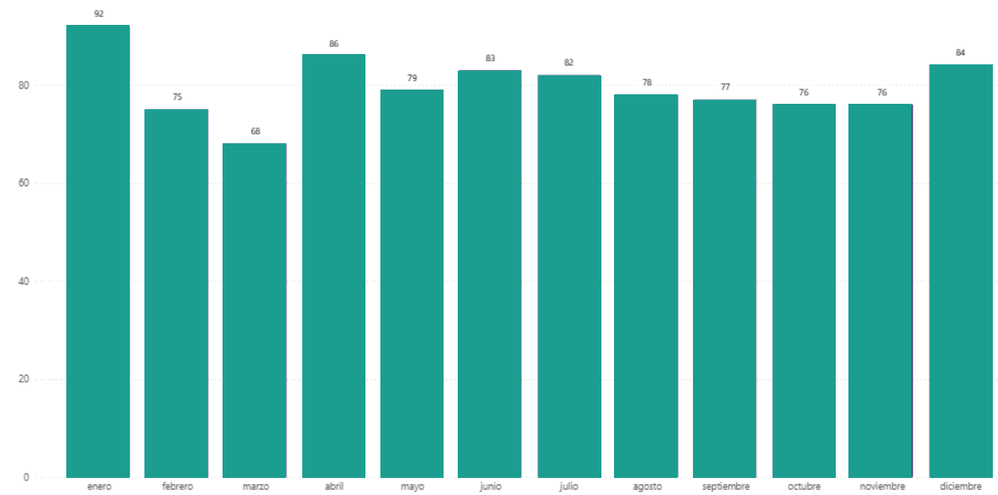


Gráfico. Distribución de atenciones según diagnósticos agrupados. Fundación Colombiana de Cancerología – Clínica Vida, 2025.

El 73% de los fallecimientos se registró en el servicio de hospitalización y el 14,5% en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que evidenció una mayor concentración de la mortalidad en escenarios de manejo intrahospitalario. Asimismo, el 72,3% de los pacientes falleció después de 48 horas de estancia institucional, con un promedio de hospitalización de 10,6 días, lo que reflejó una evolución clínica prolongada y acorde con la complejidad de la patología oncológica atendida.

Por otra parte, dentro de la mortalidad hospitalaria, el 24% de los pacientes recibió acompañamiento bajo el protocolo de Código Lila, y el 6% accedió a muerte digna mediante proceso de eutanasia en el marco normativo vigente. Estos datos evidenciaron el fortalecimiento de las estrategias de

dolor y cuidado paliativo, así como el respeto por la autonomía del paciente en la atención integral al final de la vida.

Respecto a las causas de muerte, el 10,21% de los fallecimientos correspondió a tumor maligno de mama, seguido de tumor maligno de los bronquios (7,7%) y tumor maligno de estómago (7,0%). Este comportamiento se correlacionó con las principales cohortes oncológicas atendidas en la institución y con la carga de enfermedad asociada a diagnósticos en estadios avanzados, particularmente en cáncer de pulmón y gástrico.

Otro grupo relevante de defunciones estuvo asociado a tumor maligno de colon (4,6%), páncreas (4,4%) e hígado (4,1%) (ver Tabla 10). En la revisión de la causalidad de muerte en pacientes oncológicos, el 3% presentó como causa inmediata infección respiratoria aguda tipo neumonía. La tasa institucional de neumonía asociada a ventilador fue de 10,1, lo que sugirió la presencia de complicaciones infecciosas relacionadas con inmunosupresión, edad mayor de 65 años, el pico respiratorio por influenza estacional registrado en el mes de noviembre a nivel nacional y un brote institucional concomitante.

Tabla. Distribución de frecuencias de los 10 diagnósticos recurrentes en defunciones, 2025.

Diagnóstico	N	%
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	62	10.21%
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	47	7.74%
Tumor maligno del estómago, parte no especificada	43	7.08%
Tumor maligno del colon, parte no especificada	28	4.61%
Tumor maligno del páncreas, parte no especificada	27	4.45%
Tumor maligno del hígado, no especificado	25	4.12%
Tumor maligno de la próstata	21	3.46%
Tumor maligno del ovario	18	2.97%
Tumor maligno del recto	17	2.80%
mieloma múltiple	15	2.47%
Total	**151**	**100**

En cuanto al comportamiento por grupo etario y sexo, la mayor mortalidad en sexo femenino se concentró en los grupos de 65 a 69 años (8,4%) y 75 a 79 años (7,6%), destacándose además un 2,6% de defunciones en el grupo de 45 a 49 años. En el sexo masculino, el mayor porcentaje se registró entre los 70 a 74 años (9%), seguido del grupo de 65 a 69 años (6,5%). Este patrón es consistente con la mayor carga de enfermedad oncológica en población adulta mayor y con la transición demográfica observada en el contexto institucional.

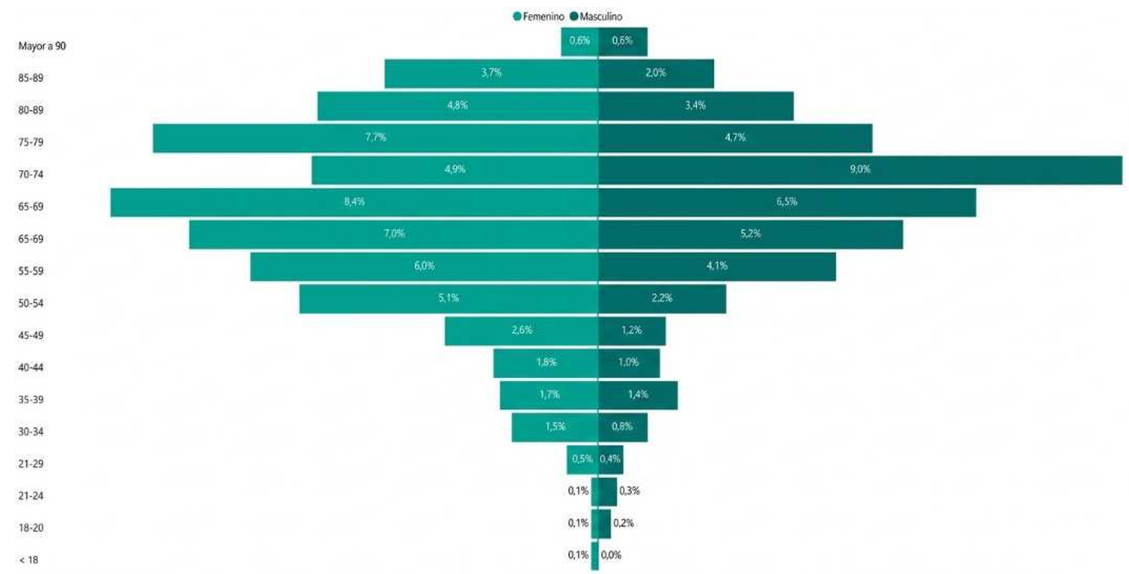


Gráfico. Comportamiento por sexo y grupo etario de la población fallecida en Clínica Vida, 2025

En relación con el proceso de donación, el 2,4% de los pacientes fallecidos fueron donantes efectivos de córnea. Las principales contraindicaciones para la donación estuvieron asociadas a edad avanzada, estancia hospitalaria prolongada y presencia de septicemia, factores que limitaron la viabilidad del procedimiento.

Epidemiología (DX)

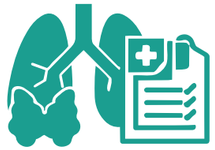
Nota: Fuente: plantillas de CAC procesadas por gestión de la información

Comportamiento de los eventos incidentes según estadificación inicial y distribución de las atenciones en pacientes prevalentes.

A continuación, se presenta el comportamiento de los eventos incidentes y prevalentes según la estadificación inicial al momento del diagnóstico. Este análisis permite identificar la distribución de los casos de acuerdo con el estadio clínico, aportando información clave sobre la oportunidad diagnóstica, la detección temprana y la carga de enfermedad en fases avanzadas. Asimismo, facilita la evaluación del impacto de las estrategias de tamización, acceso a servicios y adherencia a las rutas integrales de atención en cáncer.

- **Tumor maligno de mama:** es uno de los diagnósticos con mayor volumen, predominó el diagnóstico en estadios tempranos (I y II) con 27,6% y 39,2% respectivamente, lo que sugiere detección relativamente oportuna. El 19,8% se diagnosticó en estadio III y 7,6% en estadio IV. El carcinoma in situ (92,9%), evidenciando captación en fases preinvasivas.

- **Melanoma:** el melanoma se concentró principalmente en casos en estadios I y II, especialmente en tronco y extremidades, sin embargo, se observa una proporción importante de casos con estadio desconocido (hasta 38% en algunos sitios).



- **Otros tumores relevantes:** se destaca cáncer de pulmón; más del 52% se diagnosticó en estadio IV, confirmando diagnóstico tardío, cáncer de tiroides: predominó el estadio I (36%), aunque con 45% de estadio desconocido, por su parte, lengua y laringe presentó alta proporción de estadios avanzados o no clasificados.

- **Tumores malignos de piel (no melanoma):** representaron el mayor volumen absoluto fue en cara, más del 80% aparecen en categoría “No aplica”, consistente con tumores que no se estadifican bajo sistema TNM convencional o con comportamiento menos agresivo.

- **Hematológicos:** Mieloma múltiple y linfomas mostraron concentración en estadio III o IV (ej. mieloma 51,5% en estadio III; linfoma no Hodgkin 48% en estadio IV), se observó también proporción relevante de estadio desconocido (20–34%).

- **Tumores genitourinarios:** Próstata tuvo alta proporción sin estadio registrado (80,9%), lo que limita el análisis de oportunidad diagnóstica; ovario predominó en estadio III (35%), reflejando diagnóstico tardío, Riñón presentó un 25,7% en estadio IV y 53% sin estadio y Vejiga: 86,6% estadio desconocido.

- **Tumores gastrointestinales:** gástrico 38,3% en estadio IV, Recto: 43,9% en estadio III, Colon ascendente: 30% en estadio IV, Páncreas: 43,7% en estadio IV.

Esto evidencia una marcada tendencia al diagnóstico en estadios avanzados en tumores gastrointestinales.

En resumen:

- Los tumores de mama muestran mejor oportunidad diagnóstica comparado con otros sitios.
- Pulmón, páncreas, estómago y ovario presentan alta proporción en estadios III–IV.
- Existe un porcentaje considerable de estadios desconocidos, especialmente en próstata, vejiga, riñón y tiroides, lo que sugiere oportunidades de mejora en el registro clínico.
- Los tumores de piel no melanoma concentran alto volumen, pero con baja aplicabilidad de estadificación.

Tabla. Distribución de frecuencias de los 10 diagnósticos recurrentes en defunciones, 2025.

TIPO DE PACIENTE	CIE 10	IN SITU	I	II	III	IV	DESCONOCIDOS	TOTAL
TUMOR MALIGNO DE MAMA	C509	0.13%	27.63%	39.20%	19.79%	7.58%	5.66%	778
	D059	92.93%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	7.07%	99
MELANOMA	C435	0.00%	36.59%	12.20%	12.20%	4.88%	34.15%	41
	C436	0.00%	25.00%	22.22%	11.11%	2.78%	38.89%	36
	C437	0.00%	24.14%	25.86%	17.24%	8.62%	24.14%	58
	D033	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	34
	D037	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	38
OTROS TUMORES	C029	3.33%	10.00%	13.33%	20.00%	13.33%	40.00%	30
	C329	0.00%	0.00%	8.33%	0.00%	25.00%	66.67%	24
	C349	0.00%	9.85%	4.55%	18.18%	52.27%	15.15%	132
	C73X	0.00%	36.13%	5.04%	6.72%	5.88%	45.38%	119
	C759	0.00%	6.35%	7.94%	11.11%	33.33%	41.27%	63
TUMOR MALIGNO DE PIEL	C443	0.17%	0.44%	0.00%	0.00%	0.00%	7.11%	1801
	C444	0.32%	0.64%	0.00%	0.00%	0.16%	13.54%	628
	C445	0.82%	0.00%	0.27%	0.55%	0.00%	11.20%	366
	C441	0.35%	1.04%	0.00%	0.00%	0.35%	6.92%	289
	C442	1.05%	0.35%	0.35%	0.00%	0.35%	14.29%	287
HEMATOONCOLOGICOS	C900	0.00%	6.06%	7.58%	51.52%	0.00%	34.85%	66
	C833	0.00%	7.89%	18.42%	42.11%	10.53%	21.05%	38
	C851	0.00%	18.18%	13.64%	36.36%	4.55%	27.27%	22
	C859	0.00%	8.00%	8.00%	16.00%	48.00%	20.00%	25
TUMORES GENITOURINARIO	C61X	0.00%	0.78%	1.76%	1.96%	14.51%	80.98%	510
	C56X	0.00%	26.28%	5.84%	35.04%	12.41%	20.44%	137
	C541	0.00%	33.63%	4.42%	15.04%	8.85%	38.05%	113
	C64X	0.00%	4.76%	8.57%	7.62%	25.71%	53.33%	105
	C679	1.33%	0.00%	2.67%	4.00%	5.33%	86.67%	75
TUMOR GASTROINTESTINAL	C169	0.00%	2.80%	13.08%	21.50%	38.32%	24.30%	107
	C20X	0.00%	4.88%	8.54%	43.90%	24.39%	18.29%	82
	C182	0.00%	10.00%	20.00%	25.00%	30.00%	15.00%	40
	C187	2.94%	11.76%	26.47%	23.53%	11.76%	23.53%	34
	[illegible]	0.00%	0.00%	9.38%	21.88%	43.75%	25.00%	32

Dirección de Cirugía

Cirugía es una de unas unidades estratégicas de negocio de la institución y dinamiza todo el proceso de atención de los pacientes principalmente hospitalizados al realizar de manera oportuna las cirugías requeridas y generar ocupación en el servicio de unidad de cuidado intensivo y especial.

En el primer trimestre del año el servicio de cirugía de la sede hospitalaria mantuvo la estrategia de funcionamiento puesta en marcha en el año 2024, en la cual asumió la realización de los procedimientos quirúrgicos de la sede Poblado Intermédica durante su puesta a punto en infraestructura, con los objetivos fundamentales de mantener los volúmenes de cirugía constantes y sin impactar la oportunidad, en marzo, la obra en sede Poblado Intermédica se culminó y como resultado ahora contamos con 3 quirófanos y 5 salas de procedimientos modernas y con zonas comunes que generan confort y un servicio diferencial para nuestros usuarios.

El reto es en doble vía, por un lado empezar a ocupar la nueva infraestructura de la sede Poblado y alcanzar punto de equilibrio, por otro lado ocupar las franjas de horarios que empezaban a quedar disponibles al abrir sede

Poblado. Las cifras lo demuestran, la sede Poblado logró punto de equilibrio y durante todo el año los niveles de ocupación han incrementado, nuestros usuarios están muy complacidos con el confort y el excelente proceso de atención que allí se brinda.

Durante el año 2025, el servicio de cirugía de la sede hospitalaria implementó diversas estrategias enfocadas en mejorar la eficiencia operativa, incrementar el número de procedimientos quirúrgicos y fortalecer los resultados clínicos. Estos esfuerzos se alinearon con los objetivos institucionales de optimizar la ocupación, garantizar la continuidad en la atención y mantener estándares elevados de seguridad del paciente.

A lo largo del año se desarrollaron acciones clave que permitieron un uso más eficiente de los recursos quirúrgicos, entre ellas:

- Mejorar en la programación quirúrgica, reduciendo los tiempos muertos y aumentando la rotación de salas.
- Implementación de protocolos de alta temprana para pacientes con procedimientos de baja y mediana complejidad.
- Coordinación más efectiva entre equipos clínicos y administrativos, garantizando la disponibilidad oportuna de quirófanos, insumos y personal.
- Estas acciones lograron una mayor tasa de ocupación sin comprometer la calidad del cuidado ni la seguridad del paciente.

Durante el año 2025 se registró un crecimiento significativo en la actividad quirúrgica gracias a:

- Apertura de nuevos bloques de horarios para ampliar la capacidad instalada sin crecer en infraestructura.
- Fortalecimiento de las líneas de servicio.
- Estrategias de disminución de cancelaciones, enfocadas en la educación al paciente y la verificación prequirúrgica.
- El aumento en la productividad contribuyó a mejorar la rotación de camas hospitalaria y a disminuir las estancias inactivas.
- Nuestros resultados clínicos enfocados en calidad fueron:
- Bajos índices de infecciones asociadas a procedimientos.

- Protocolos estandarizados para eventos críticos, favoreciendo los tiempos de respuesta y la disminución de complicaciones.

Actualmente sede Poblado cuenta con 8 especialidades quirúrgicas habilitadas y se destacan nuestros especialistas en dermatología y mastología, nos estamos consolidando como un gran centro de referencia en la atención de las pacientes con cáncer de mama y cáncer de piel.

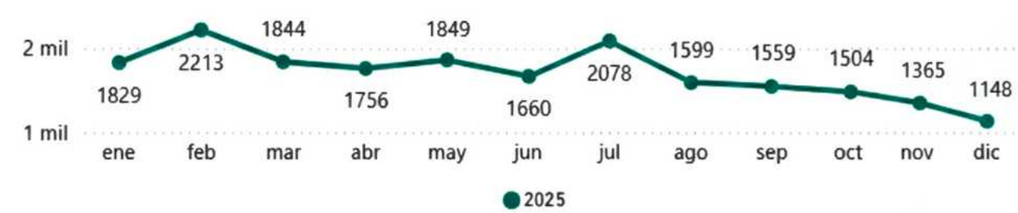
La sede hospitalaria se destaca por realizar cirugías de alta complejidad:

- Cirugía oncológica
- Cirugía de tórax
- Cirugía de cabeza y cuello
- ...entre otras.

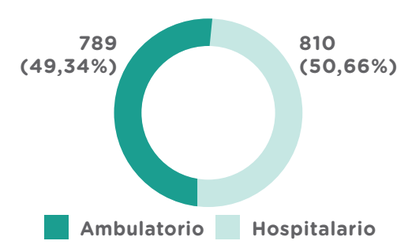
Además somos referente en la región y en el país en la realización de **cirugías HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica)** el cual es un tratamiento avanzado para pacientes con cáncer.

La integralidad de nuestros servicios quirúrgicos nos facilita la creación de rutas de atención oportunas para los pacientes, constituyéndose en uno de los principales diferenciales de valor que ofrecemos.

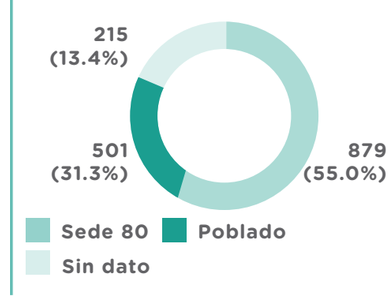
Atenciones por año y mes



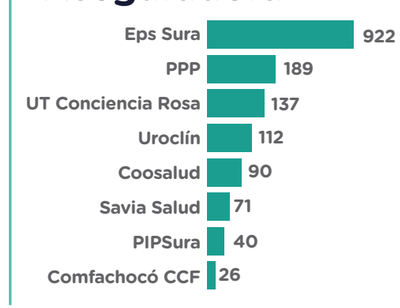
Servicio



Atención por sede



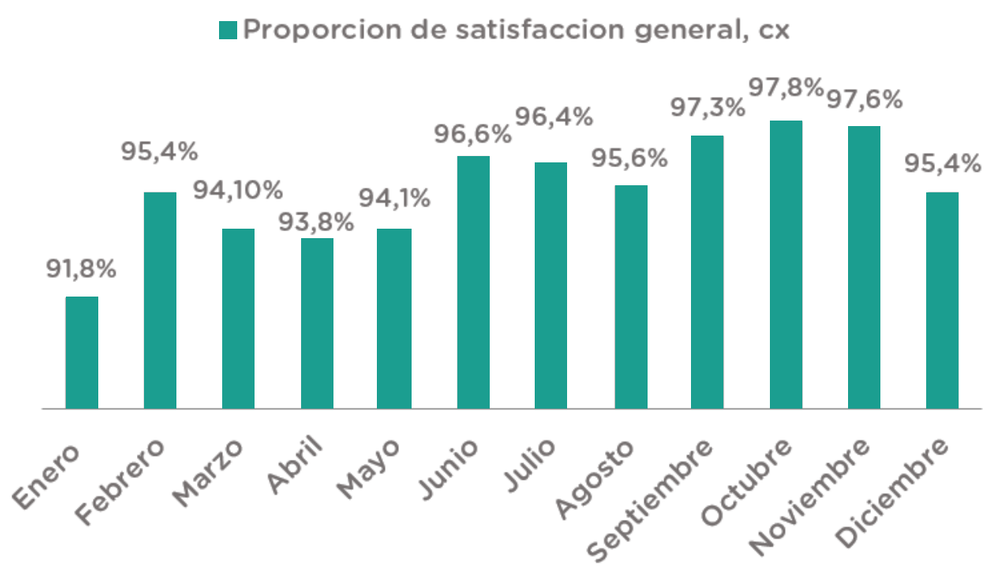
Aseguradora



En las gráficas podemos observar el número de atención realizadas en el año 2025 distribuidas por tipo de servicio ambulatorio vs hospitalario, por sede y por asegurador, en su gran mayoría los pacientes fueron atendidos en la sede hospitalaria, con una relación proporcional entre ambulatorios y hospitalarios, con su gran concentración en pacientes de Sura eps.

La satisfacción de nuestros usuarios es medida a través del NPS (Net Promoter Score) y nuestra meta es: 95%. En el año 2025, la proporción de satisfacción general alcanzó un promedio anual de 95.5 %, cumpliendo la meta institucional. Durante el primer semestre se evidenció variabilidad en el comportamiento del indicador, con cuatro meses por debajo del estándar y un punto mínimo de 91,8%, sin embargo, en el segundo semestre se observa una mejora sostenida y mayor estabilidad, con resultados consistentemente superiores a la meta y picos de hasta 97.8%. En conclusión, aunque se presentaron oportunidades de mejora al inicio del año, el desempeño global fue positivo y refleja el fortalecimiento en la experiencia del usuario. En el mes de junio se obtuvo un 100% en el resultado. Continuamos trabajando activamente para que nuestros usuarios sean atendidos con oportunidad, calidad y excelentes resultados clínicos.

Proporcion de satisfaccion general, cx



Dirección de Acceso

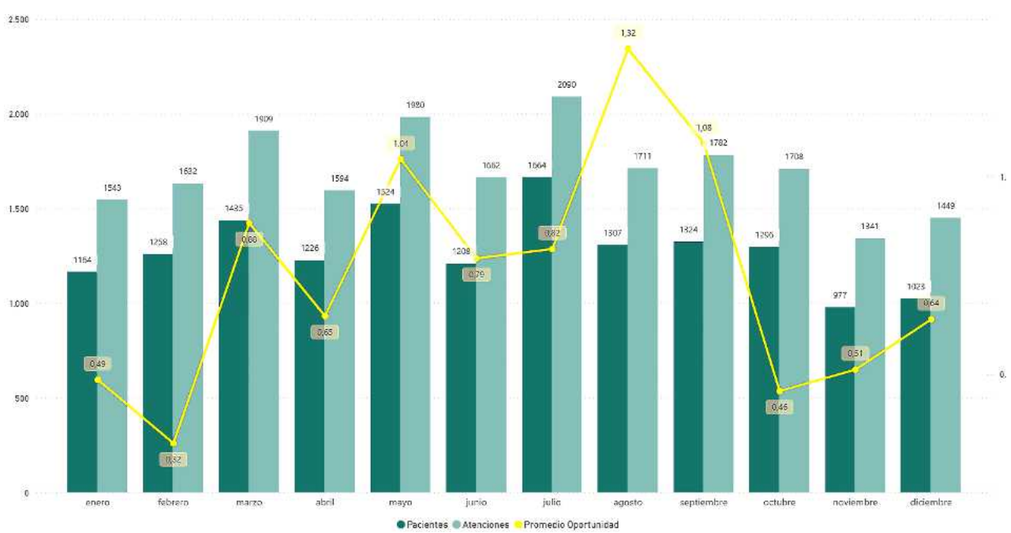
La Dirección de acceso y servicio facilita el acceso oportuno, equitativo y organizado a los servicios oncológicos, asegurando una experiencia centrada en el paciente y continuidad del cuidado. Garantizamos que cada paciente, desde la sospecha o confirmación diagnóstica, pueda ingresar, transitar y recibir atención de manera oportuna y coordinada. Los procesos que componen el área son triage clínico administrativo, contac center, consulta externa, médicos de soporte ambulatorio y experiencia de las personas.

Proceso de Triage clínico administrativo

El triage clínico administrativo es un procedimiento institucional de clasificación de pacientes nuevos que son direccionados para la atención oncológica, y que mediante una valoración de su historia clínica y ayudas diagnósticas, el medico de soporte oncológico determina la especialidad para ser atendido por primera vez en Clínica Vida.

Durante el 2025 se recibieron un total de 14.407 pacientes para realizar triage clínico administrativo, con un aumento del 38,9% con respecto a los casos nuevos que ingresaron en 2024. La oportunidad de respuesta promedio de 0.7 días, cumpliendo la meta de promesa de servicio menor a 2 días hábiles, en el 96.5% de los casos.

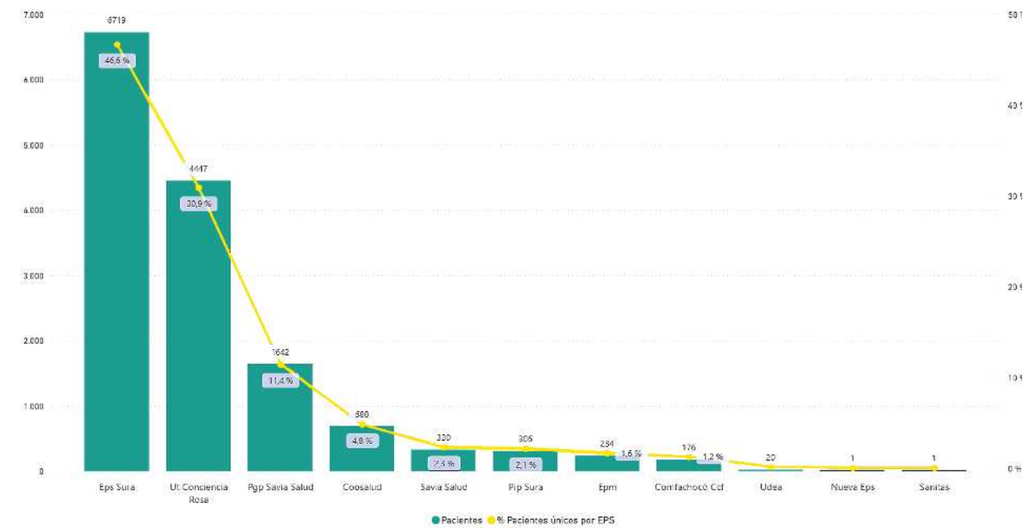
Grafico 1: Número de pacientes recibidos, número de atenciones realizadas y promedio oportunidad triage clínico administrativo Enero – Diciembre de 2025



Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

Del total de triages realizados, las EAPB con mayor porcentaje de pacientes para gestión son EPS Sura que representa un 48,7%(n=7025), seguido por Savia Salud PGP mama que corresponde a un 42,3% (n=6089). La participación de EPS Sura aumentó con respecto al año 2024 en un 6.7%.

Grafico 2: N° Triages realizados por EAPB periodo Enero- Diciembre de 2025



Fuente: Tablero Triage plataforma Fénix. de 2025

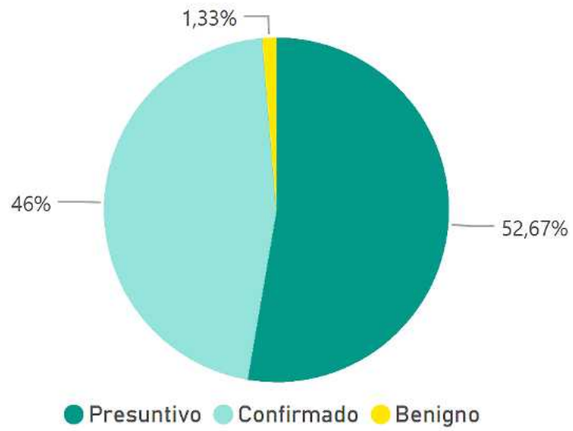
En lo que respecta a los triages recibidos durante el periodo, el 45,8% fueron pacientes con diagnóstico confirmado y 52,6% diagnóstico presuntivo, a quienes se les realizan estudios complementarios (biopsias, imágenes, laboratorio), lo cual aporta a una reducción del tiempo confirmación y es clave, porque el tiempo es determinante en el pronóstico del cáncer.

En 2025 se gestionaron 14.407 pacientes en el proceso de triage clínico administrativo, lo que representó un incremento del 38,9% frente a 2024, manteniendo una oportunidad promedio de respuesta de 0,7 días y cumplimiento del 96,5% de la meta institucional, garantizando una clasificación oportuna para el inicio del proceso de atención oncológica.

Tipo de diagnóstico

Grafico 4: Proporción de casos recibidos presuntivos, confirmados y benignos en el periodo Enero- Diciembre de 2025

Fuente: Tablero Triage plataforma Fénix.



Grupo diagnóstico
Mastología presuntivo
Piel
Mama
Mastología benigno
Gastrointestinal
Genitourinario presuntivo
Otros
Organos Genitales femeninos
Gastrointestinal benigno
Melanoma

El perfil epidemiológico de los grupos diagnósticos remitidos se caracteriza en:

Gráfico 5: Distribución de principales grupos diagnósticos proceso de triage ambulatorio Enero- Diciembre de 2025

Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

Proceso Contac Center

En octubre de 2025 se operativizó el Contac Center de la Clínica mediante la plataforma Wolkvox, lo cual ha permitido mejorar el acceso de los usuarios a citas y otros procesos como Cigespa, programación de quimioterapia y programación de cirugía, de forma más ágil y cercana. No es solo un cambio tecnológico; implica una transformación organizacional en el modelo de acceso y relacionamiento con el paciente: Ha permitido centralizar la demanda, tener mayor trazabilidad de solicitudes, estandarizar procesos,

medir tiempos de respuesta, obtener información real sobre necesidades frecuentes, mayor eficiencia en la confirmación de citas, trabajo colaborativo entre áreas clínicas y administrativas.

En el último trimestre del 2025 se realizaron 15.872 gestiones por el canal de Whatsapp, lo cual confirma que el canal es un componente esencial de la estrategia de acceso y servicio. Esta implementación ha permitido hacer frente a la atención de pacientes en incremento, optimizando funciones, sin crecer el talento humano

En cuanto a la atención vía telefónica, en 2025 se recibieron 132.127 llamadas, con una efectividad del 93.5% en la atención, lo que representa un alto nivel de resolución, aspecto altamente relevante en una institución oncológica. Frente al abandono de la llamada corresponde al tiempo de espera prolongado, lo cual estamos impactando con canales más dinámicos como el de whatsapp.

Gráfico 6: Llamadas canal de telefónico Contact Center Clínica Vida Enero- Diciembre de 2025

Mes	Total llamadas	Atendidas	Abandonos	Efectividad
Enero	11.391	10.396	995	91,27 %
Febrero	11.757	11.274	483	95,89 %
Marzo	11.454	11.033	421	96,32 %
Abril	10.821	10.074	747	93,10 %
Mayo	11.592	10.863	729	93,71 %
Junio	10.391	9.952	439	95,78 %
Julio	12.417	11.838	579	95,34 %

Mes	Total llamadas	Atendidas	Abandonos	Efectividad
Agosto	10.222	9.469	753	92,63 %
Septiembre	12.104	11.078	1.026	91,52 %
Octubre	11.803	10.831	972	91,76 %
Noviembre	9.508	8.690	818	91,40 %
Diciembre	8.667	8.051	616	92,89 %
Total	132.127	123.549	8.578	93,51 %

Fuente: Informe plataformaTelemed

Proceso consulta externa

En 2025 en el servicio de consulta externa se atendieron 36.903 pacientes y se realizaron 165.864 consultas. La oportunidad para asignación de cita primera vez promedio para el año fue de 12.2 días, con una meta institucional general menor a 15 días. Para un promedio de 4.5 atenciones por paciente.

Gráfico 6: Consultas realizadas de Enero- Diciembre de 2025

Total de consultas atendidas por año y mes

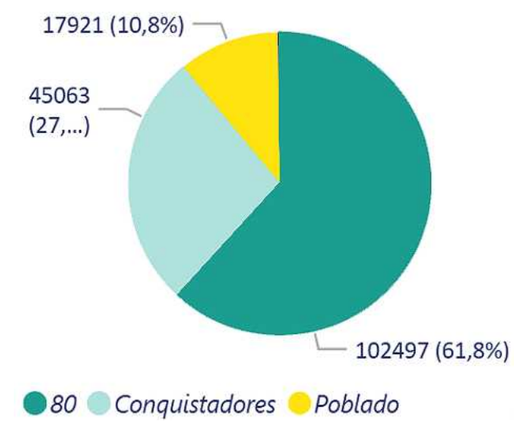
Fuente: Tablero consulta externa plataforma Fénix

Las especialidades con mayor volumen de usuarios en general son oncología, seguido de dolor y cuidados paliativos, mastología y cirugía oncológica

Gráfico 7: Proporción de consulta por sede Enero- Diciembre de 2025

Fuente: Tablero consulta externa plataforma Fénix

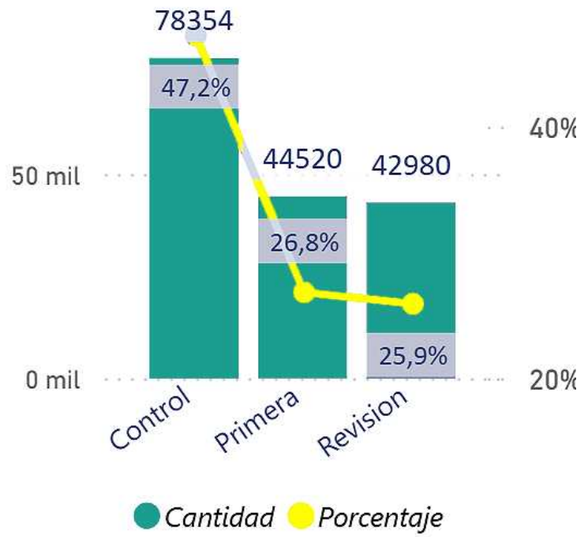
Proporción de consultas por sede



- El mayor porcentaje de consulta se realiza en la Sede hospitalaria 80 con un 61,8% del total. Las especialidades con mayor número de citas en ella son oncología clínica, hematología y especialidades quirúrgicas como cirugía oncológica, mastología, ginecología oncológica.
- El 27,2% de la consulta se realiza en sede Conquistadores, con oncología, dolor y cuidados paliativos, y rehabilitación oncológica como principales especialidades.
- En la sede Poblado se realiza el 10,8% de la consulta, concentrando las especialidades de dermatología general, programa piel, dermatología oncológica y cirugía plástica.

Gráfico 8: Distribución de la consulta por tipo de cita Enero- Diciembre de 2025

Fuente: Tablero consulta externa plataforma Fénix



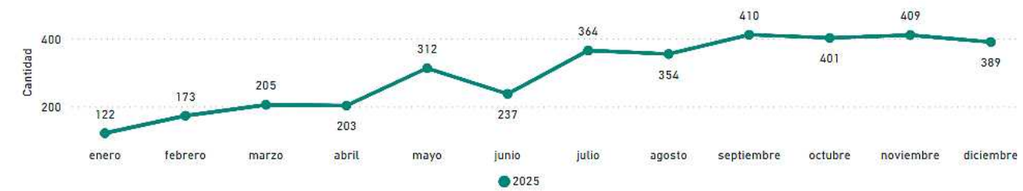
Del total de consultas del 2025 el 26,8% fueron consultas primera vez, 25,9% revisiones posteriores a un evento y 47,2% controles. De las citas de primera vez el 57,5 % corresponden a cirugía oncológica, 33,7% a oncología clínica y el 8,7% a hematología.

En nuestro modelo de atención estas consultas son acompañadas por médico se soporte para garantizar atenciones más seguras e integrales. El médico de soporte es un profesional en medicina que acompaña la consulta del especialista realizando valoración clínica antes de tratamientos, manejo de complicaciones del tratamiento de manera ambulatoria y en sala de quimioterapia; prepara y coordina las juntas médicas especializadas, garantizando que el paciente pueda continuar su manejo de forma segura y oportuna.

También tiene un rol fundamentan en la articulación de procesos administrativos y clínicos:

- Gestionaron 3.579 tickets para auditoria de ordenamientos durante el 2025. Esto ayuda a disminuir trámites para el usuario y tiempos de espera para acceder a ayudas diagnósticas y tratamientos.

Total de tickets por mes



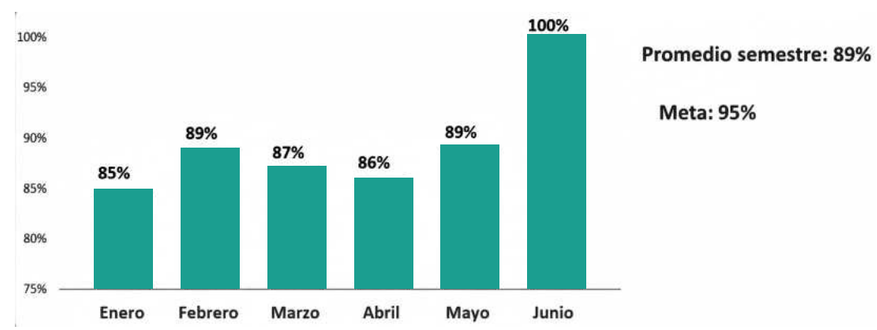
- Realizaron 3.132 gestiones administrativas en sala de quimioterapia para garantizar aplicación segura del tratamiento según laboratorios y condición clínica del paciente. Además acompañan la aplicación en el servicio, atendiendo las condiciones clínicas de pacientes en las salas de quimioterapia.

Proceso Experiencia de las personas

Gestión de la satisfacción:

1. Primer semestre (enero – junio)

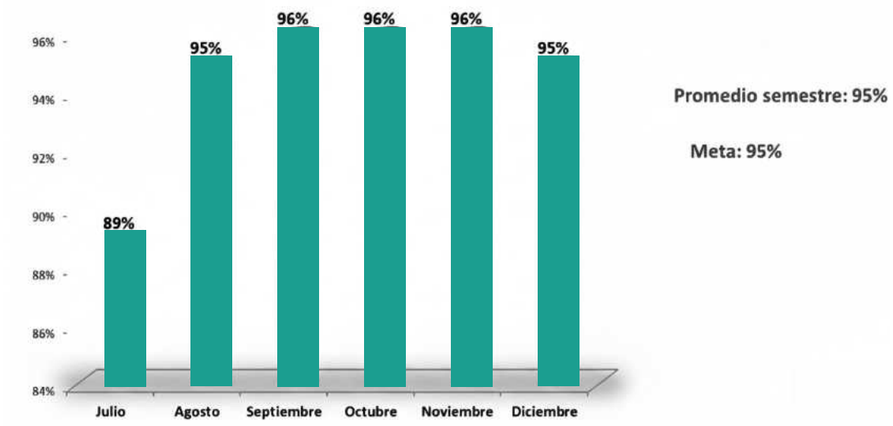
Satisfacciónge neral enero - junio 2025



Se observa un rango entre 85% y 89% en la medición de satisfacción de los usuarios durante cinco de los seis meses, evidenciando una brecha recurrente frente a la meta del 95%. La tendencia general del semestre se encuentra por debajo de la meta establecida y nos sugirió oportunidades de mejora estructural en los procesos y en los momentos críticos de la experiencia del usuario.

2. Segundo semestre (julio – diciembre)

Satisfacciónge neral julio - diciembre 2025



El segundo semestre muestra un cambio significativo y sostenido en la tendencia. Se reforzó el equipo de experiencia lo cual permitió tener mayor cobertura en las capacitaciones sobre participación social en salud, enfoque diferencial, buen trato, derechos de la paciente y comunicación efectiva. Se llegó con estos temas directamente a los servicios y sedes, se implementó un canal adicional de manifestaciones mediante QR y se dejó la capacitación del tema también cargado en nuestra plataforma educativa Edu Vida. Estas estrategias permitieron tener un segundo semestre de consolidación y estabilización, con cumplimiento sostenido de la meta de satisfacción.

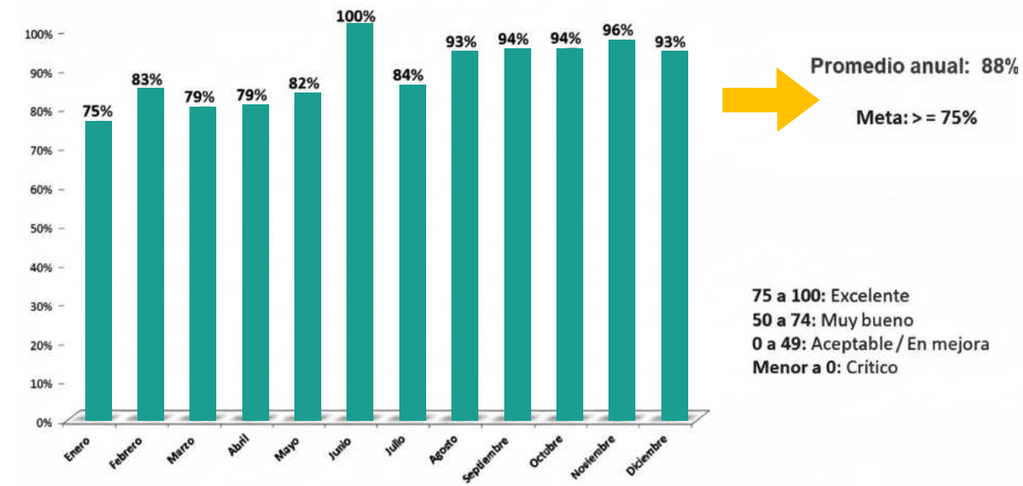
1. NPS (Net Promoter Score):

EL NPS es un indicador internacional de experiencia del paciente. La normatividad colombiana no tiene definida una meta específica, esta se alinea con estándares de calidad y mejora continua institucionales. En nuestro medio se tiene el NPS ≥ 50 como estándar de desempeño alto en experiencia del usuario y cada IPS define su meta interna.

El NPS anual consolidado de 2025 es del 88%, ubicándose muy por encima de la meta para este año del 75%, lo que refleja un alto nivel de recomendación

por parte de los usuarios, esto sugiere alta proporción de promotores, **lo que evidencia confianza, fidelización y disposición a recomendar la institución.**

Net Promoter Score (NPS)



2. Gestión de manifestaciones:

Período enero a junio de 2025

Durante el primer semestre de 2025 se registraron 473 manifestaciones, con un tiempo promedio de respuesta de 5,94 días, lo que refleja una gestión adecuada, aunque con oportunidades de mejora en el cierre oportuno.

La mayoría de las manifestaciones corresponden a quejas (223), seguidas de felicitaciones (188), lo que evidencia tanto aspectos críticos del servicio como experiencias positivas. La causa principal fue Servicio (305 casos), indicando la necesidad de fortalecer procesos asistenciales y administrativos.

El servicio con mayor número de manifestaciones fue Hospitalización (195), seguido de Consulta Especializada e Institucional, coherente con el mayor contacto con los usuarios.

La sede hospitalaria concentró el 79,3% de las manifestaciones y la aseguradora con mayor volumen fue SURA (275). El buzón fue el principal canal de recepción (318 casos).

Período julio – diciembre de 2025

Para el período comprendido entre junio y diciembre, se llevó a cabo una restructuración integral del proceso de PQRSD. Se llevó la gestión de todas las manifestaciones de forma centralizada a la plataforma Almera, lo que permitió mejorar la información, la trazabilidad, el control y el seguimiento de los casos.

Adicionalmente, se realizó una actualización en la tipificación de las manifestaciones, alineada con las recomendaciones establecidas en la Circular 2023151000000010-5 de 2023, incorporando la clasificación por tipo de riesgo y tiempos de respuesta: riesgo de vida, priorizado y simple, lo que permitió fortalecer el proceso mediante la inclusión de información relevante y estandarizada, orientada a optimizar la gestión, garantizar el cumplimiento normativo y mejorar la oportunidad y calidad en la atención de las PQRSD.

En el periodo descrito se registraron 1.066 manifestaciones. El tiempo promedio de respuesta presentó variaciones, con un pico en agosto (7,0 días) y el mejor desempeño en octubre (3,2 días).

Predominaron los reclamos (solicitud presentada por un usuario para que se corrija una situación específica de la prestación del servicio), con un 61,8%, seguido de felicitaciones (10,4%) y quejas (Insatisfacción frente a la atención recibida, el trato del personal, demoras, fallas en el servicio o incumplimiento de expectativas) en un 8,0%. La sede hospitalaria concentró el 77,6% de los casos, principalmente en consulta externa, hospitalización y cirugía.

3. Cumplimiento de normativas y estándares de calidad

Se realizaron procesos de socialización de lineamientos y políticas institucionales, dirigidos a los diferentes grupos de colaboradores. Estas actividades se desarrollaron tanto de forma presencial como a través de la plataforma EDUVIDA, lo que permitió ampliar el alcance y garantizar la participación de los equipos.

La participación del personal asistencial, administrativo, de apoyo y voluntariado en temas clave como el enfoque diferencial, la política de participación social en salud y la atención centrada en la persona, demuestra una apropiación transversal de estos conceptos en la prestación del servicio. Asimismo, la inclusión de áreas como enfermería, admisiones, orientación, servicios generales, voluntariado y personal médico evidencia que la socialización impacta a todos los niveles de la organización.

Capacitación y socialización

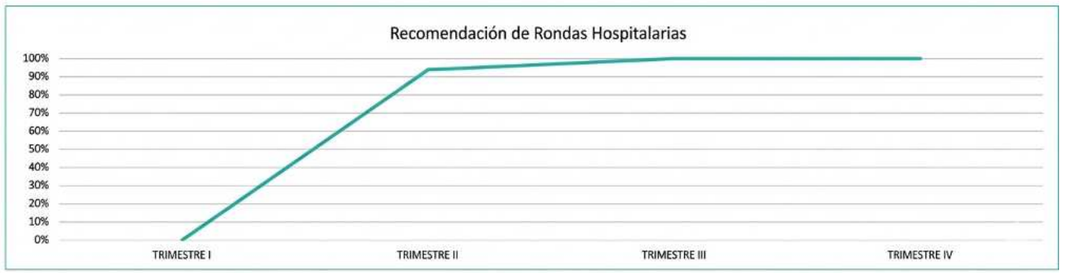
La capacitación en **Enfoque Diferencial** contó con la participación de **242 colaboradores,** alcanzando un **promedio de calificación de 9,49 sobre 10,** lo que refleja un alto nivel de satisfacción y apropiación de los contenidos. La capacitación en **Participación Social en Salud impactó a 311 colaboradores,** con un **promedio de calificación de 9,11 sobre 10,** evidenciando también una evaluación muy positiva. De manera complementaria, se realizaron **socializaciones presenciales,** lo que permitió fortalecer el impacto transversal de los conocimientos en los diferentes equipos y áreas, favoreciendo la aplicación práctica de lo aprendido. En conjunto, estas acciones no solo fortalecen las competencias institucionales, sino que además contribuyen al **cumplimiento de las normativas vigentes,** reafirmando el compromiso de la organización con la formación continua, la participación social y la atención centrada en las personas.

4. Acciones que mejoran la experiencia del paciente

NPS rondas hospitalarias:

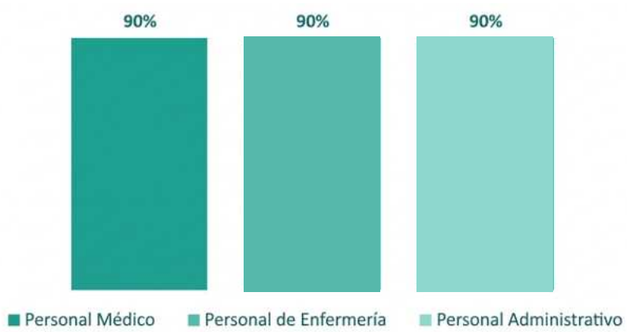
Recomendación de Rondas Hospitalarias	
Numerador	Total de pacientes que respondieron 9 o 10, ¿De 0 a 10 qué tan probable es que recomiendes este servicio a un familiar o amigo?
Denominador	Total de encuestas respondidas

RECOMENDACIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	TRIMESTRE I			TRIMESTRE II			TRIMESTRE III			TRIMESTRE IV		
Definitivamente si	0	0	0	5	11	0	0	0	3	2	3	6
Probablemente si	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9	15	18
Probablemente no	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Definitivamente no	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
NUMERADOR		0			16			6			53	
DENOMINADOR		0			17			6			53	
TOTAL					94%			100%			100%	



La estrategia de **Rondas Hospitalarias** inició su implementación en el **segundo trimestre del año 2025** y muestra una **tendencia positiva y creciente.** Permiten identificar de manera oportuna necesidades, percepciones y oportunidades de mejora en la atención, fortaleciendo la **atención centrada en la persona.** Además, favorecen la comunicación, la empatía y la resolución temprana de situaciones que pueden afectar la satisfacción del paciente y su cuidador, contribuyendo al **mejoramiento continuo de la calidad y al cumplimiento de la normatividad en salud.**

Net Promoter Score (NPS) por tipo personal



Meta: >= 75%

De acuerdo con la gráfica de Net Promoter Score (NPS) por tipo de personal, se evidencia que los tres grupos evaluados —personal médico, personal de enfermería y personal administrativo— alcanzan una calificación del **90%,** superando de manera consistente la meta institucional establecida en ≥75%. Este resultado refleja un alto nivel de satisfacción y recomendación por parte de los usuarios, así como una percepción positiva y homogénea de la atención brindada en los diferentes puntos de contacto. El cumplimiento y la superación de la meta en todos los grupos evidencian coherencia en la calidad del servicio, apropiación de la cultura de experiencia del paciente y un trabajo articulado entre las áreas, lo que fortalece la confianza de los usuarios y consolida una experiencia de atención integral y favorable.

Satisfacción rondas hospitalarias

Numerador	Total de pacientes que respondieron 9 o 10, ¿como puntuarias la satisfacción general respecto al programa "cuidando al cuidador"?
Denominador	Total de encuestas respondidas

SATISFACCIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
		TRIMESTRE I			TRIMESTRE II			TRIMESTRE III			TRIMESTRE IV	
Excelente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3	6
Bueno	0	0	0	2	3	0	0	0	0	4	15	16
Regular	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1
Malo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NUMERADOR		0			5			1			53	
DENOMINADOR		0			5			3			54	
TOTAL					100%			33%			98%	

En el segundo semestre de 2025 se estructuró el proceso de medición de la satisfacción del usuario en internación. Era necesario llegar a más pacientes y cuidadores de manera presencial en este servicio, ya que las respuestas a encuestas por correo electrónico eran bajas. A lo largo del semestre se fue ajustado el despliegue operativo que requirió reforzar el talento humano, alcanzando 59 encuestas en total al final del año, con mayor proporción en el último trimestre y quedo establecido como proceso del área.

Ruta VidaPlus

Excelencia en cuidado, integralidad y atención preferencial

En el 2025 potenciamos la ruta VidaPlus para el acompañamiento de nuestros pacientes de pólizas, prepagadas y particulares, con un equipo de gestión

En el 2025 potenciamos la ruta VidaPlus para el acompañamiento de nuestros pacientes de pólizas, prepagadas y particulares, con un equipo de gestión experto que garantiza acceso y atención oportuna, tiempos de respuesta más cortos, seguimiento individual y canales de comunicación directa. También se iniciaron adecuaciones locativas en el servicio de urgencias de la sede hospitalaria 80, quimioterapia, cirugía y hospitalización para brindar una mejor experiencia. Esta es una estrategia de segmentación inteligente que impacta sostenibilidad financiera y que permitirá fortalecer el posicionamiento de la Clínica en el sector.

Gráfico 8: Comparativo gestión auxiliares administrativas ruta VidaPlus pacientes de pólizas, prepagadas y particulares Enero- Diciembre de 2025

Servicio	2024	2025
Consulta	7042	7490
Cirugía	786	1171
Quimioterapia	210	194
Urgencias	21	3
Hospitalización	201	102
TOTAL	7041	8960

Fuente: Archivo propio de seguimiento, todas las sedes.

Se evidencia un **crecimiento del 27%,** lo que indica consolidación y mayor utilización del servicio. Hay incremento en cirugías, aumento en consultas, reducción de eventos no programados (urgencias y hospitalización), lo cual impacta positivamente los resultados de la organización.

Dirección Servicio Farmacéutico

La gestión del Servicio Farmacéutico de Clínica Vida en 2025 se dio a través de seis SF dependientes de alta complejidad habilitados para los ámbitos ambulatorio, hospitalario y mixto, orientado en un modelo de atención de pacientes con cáncer donde se demarcan múltiples proceso generales y especiales implementados y certificados entre:

De acuerdo con la sede se demarcan los modelos de atención farmacéutica donde se han desarrollado:

Los modelos desarrollados para la prestación de servicios farmacéuticos son:

- Modelo de Atención Intrahospitalaria y Hematología - Oncología: en la sede hospitalaria.
- Modelo de Atención Ambulatoria en Quimioterapia: en la sede hospitalaria, Intermédica, Yolombó y Caucasia.
- Modelo de Atención Ambulatorio en Dispensación para La UTCR exclusivo para pacientes con Malignidad en la Mama: en la sede hospitalaria.
- Modelo de Atención Ambulatorio en Dispensación para pacientes de la Universidad de Antioquia exclusivo para pacientes Oncológicos en la sede 80.
- Modelo de Atención Ambulatoria en Estudios Clínicos: en la sede Conquistadores.

Comités institucionales

Participación del servicio farmacéutico en los diversos comités institucionales, en los cuales se llevaron a cabo todas las actividades relacionadas con dicho servicio.

1. Comité de Farmacia y Terapéutica (COFYTE)
2. Comité de Farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivo vigilancia
3. Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE)
4. Comité de Prevención, vigilancia y control de infecciones PCI
5. Comité de Gestión Ambiental
6. Comité Calidad y PAMEC
7. Comité de seguridad al paciente
8. Comité violencia sexual
9. Comité PROA
10. Comité medico ejecutivo

Auditoria Entes de Control

Se llevan a cabo visitas de auditoria entes regulatorios Secretaría de Salud e inclusión Social con el siguiente resultado:

Descripción	Ente Regulatorio	% Cumplimiento/concepto
Medicamentos de control especial Sede 80	Secretaría de Salud e inclusión Social	100% Favorable
Visita Servicio Farmacéutico Dependiente Sede 80	Secretaría de Salud e inclusión Social	90% a 100% Favorable
Verificación Prescripción electrónica de medicamentos de control especial _Sede 80	Secretaría de Salud e inclusión Social	100% SE AUTORIZA la prescripción médica de medicamentos de control especial por historia clínica electrónica.

i. SF Oncología – Central De Mezclas.

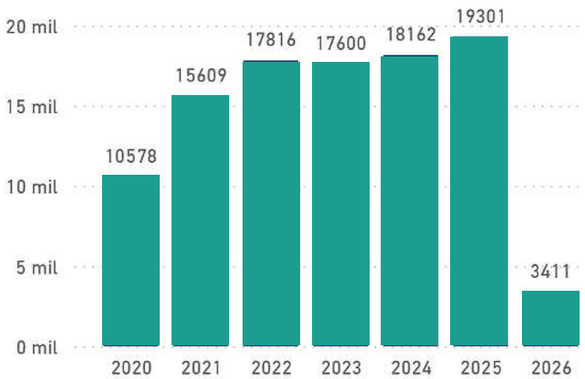
En 2025, a través del Modelo de Atención Ambulatoria para Pacientes con Quimioterapia Parenteral atendieron un total de 19,301 pacientes.

Pacientes

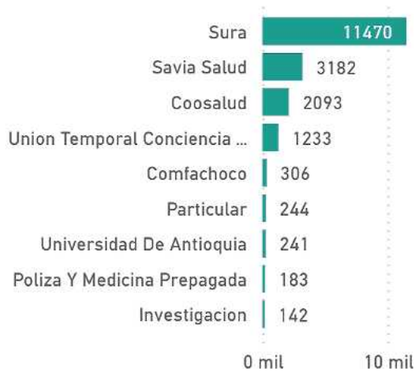
Total de pacientes por aseguradora

Total pacientes
19301

Cantidad de pacientes por año

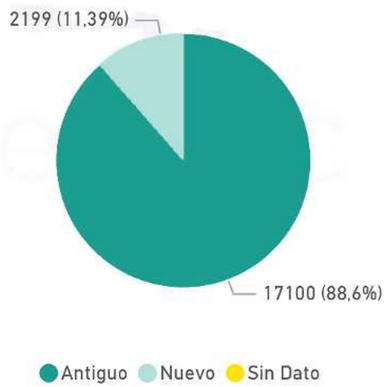


Aseguradora

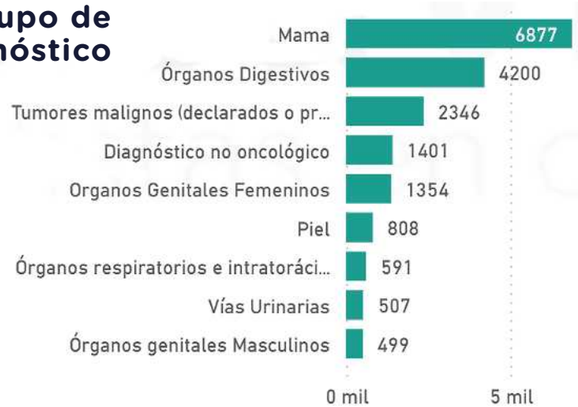


Sedes

Tipo de paciente



Grupo de diagnóstico



Diagnóstico	Cantidad
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	6845
Tumor maligno del recto	1001
Tumor maligno del colon, parte no especificada	871
Tumor maligno del estómago, parte no especificada	767
Tumor maligno del ovario	767
Mieloma múltiple	501
Lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas	496
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	417
Tumor maligno de la próstata	388
Linfoma no Hodgkin de células grandes (difuso)	304
Linfoma no Hodgkin, no especificado	300
Tumor maligno de la vejiga urinaria	300
Total	19301

En 2025, a través del Modelo de Atención Ambulatoria para Pacientes con Quimioterapia Parenteral atendieron un total de 19,301 pacientes.

MES	2024	2025	CRECIMIENTO
ENE	1475	1561	86
FEB	1482	1584	102
MAR	1398	1619	221
ABR	1576	1618	42
MAY	1511	1673	162
JUN	1481	1600	119
JUL	1541	1723	182
AGO	1570	1594	24
SEP	1564	1619	55
OCT	1573	1633	60
NOV	1510	1517	7
DIC	1481	1560	79
TOTAL	18162	19301	1139
PROMEDIO	1514	1608	95

En detalle Quimioterapia Hospitalaria presento un aumento de pacientes un crecimiento del 109% de pacientes atendidos pasando de 735 en 2024 a 1536 pacientes atendidos en 2025.

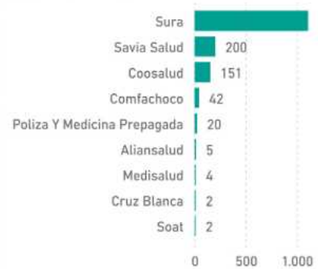
Pacientes

Total pacientes
1536

Total de pacientes por aseguradora

Cantidad de pacientes por año

Aseguradora



a. Análisis del proceso de atención - aplicaciones Servicio Farmacéutico QT - Programación de Quimioterapia Parenteral - Central de Mezclas

Para el 2025 se realizaron 36,561 aplicaciones en todas las sedes de la fundación.

Aplicaciones

Aplicaciones por mes y año

Cantidad de aplicaciones por año

Aseguradora

Sede

En relación 2024 – 2025 se logró un aumento de productividad 3524 aplicaciones más lo que representa un crecimiento del 11.1% de aplicaciones más que en el año anterior.

En relación 2024 – 2025 se logró un aumento de productividad 3524 aplicaciones más lo que representa un crecimiento del 11.1% de aplicaciones más que en el año anterior.

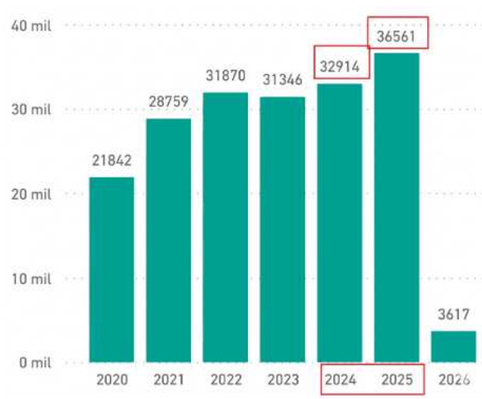
En esencia se evidenció un aumento de 2,743 (2024) a 3,047 (2025) aplicaciones mes, lo permitió un aumentando oportunidades de adherencia farmacoterapéutica y con ello se aumentó la productividad y la facturación de la fundación en materia de quimioterapia.

Cantidad de aplicaciones por mes y año

Este crecimiento sostenido de 2024 a 2025 reafirma nuestro liderazgo prestacional y el compromiso innegociable con la continuidad y oportunidad en el tratamiento oncológico de nuestros pacientes.

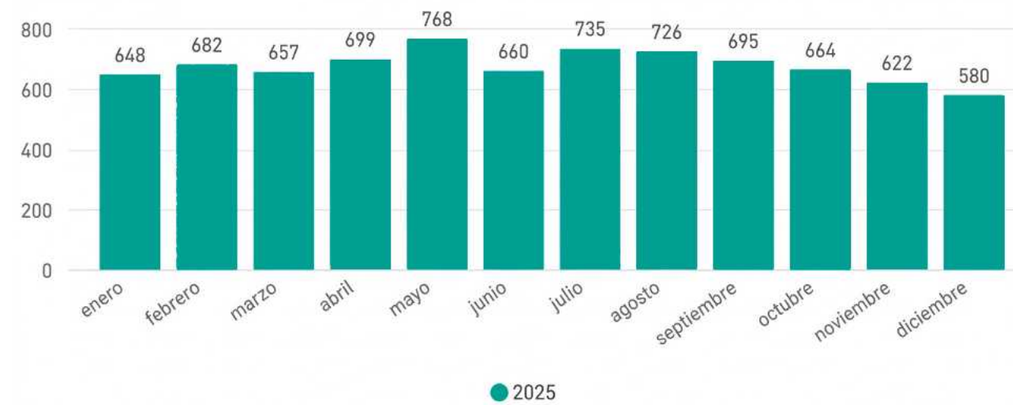
Cantidad de aplicaciones por año

El crecimiento para la atención de pacientes y aplicaciones se sostuvieron en relación con 2024 – 2025 con un crecimiento del 11.1% en cobertura y esto fue posible mediante gestiones de sinergismo a la continuación del proceso de unificación de 2 áreas que se venían desarrollando en el área de QT (donde se al SF las áreas de programación y secretarias lo que venía permitiendo la gestión integral:



- Operación gestionada en 5 días de atención lunes a viernes y apertura de los sábados solo cuando este en semana presento festivo. Esta gestión ha permitido una eficiencia a través del sinergismo en los últimos años.

De la atención paciente oncológico hospitalario: Aplicaciones por mes y año



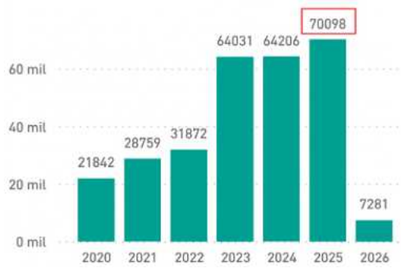
En 2025 se gestionaron 8136 aplicaciones de QT intrahospitalaria lo que represento un crecimiento de 138% lo que responde a la gestión planteada de cambio del año 2024 a 2025 al aumentar el número de pacientes y aplicaciones atendidas en 2025.

b. Análisis del proceso de solicitud a SF QT y Central de Mezclas

El comportamiento del proceso de solicitud de medicamentos al SF – CM demarca un fortalecimiento en 2025, evidenciando capacidad de crecimiento en el marco de producción de preparaciones magistrales estériles con un crecimiento de más 5.892 unidades de solicitud de producción.

Entre 2024 y 2025 se observa una mejora clara del desempeño, con un crecimiento del 9,2% en la solicitudes y producción de medicamentos.

Cantidad de medicamentos por año



Consolidamos nuestra capacidad de respuesta y liderazgo en mezclas magistrales, logrando un crecimiento histórico que fortalece la atención integral y oportuna.

c. Análisis del proceso de atención de la proyección de productividad a través de la articulación Servicio Farmacéutico - Central de Mezclas - Programación de Quimioterapia Parenteral

- Proceso de Perfilamiento, Producción y Dispensación de Medicamentos Oncológicos Estériles

En el año de 2025 desde el SF Quimioterapia – Central de Mezclas se realizó en procesos de perfilamiento, producción y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos 148,379,478,550 millones COP con un promedio mensual de 12,364,956,545 millones COP.

- Aprovechamientos de recursos

Se generaron aprovechamientos por 10,386,015,396 millones COP desde el Servicio Farmacéutico - Central de Mezclas.

d. De las oportunidades del proceso 2024 – 2025 - 2026.

- **Proyecto Central de Mezclas sede Hospitalaria.**

Para 2025 se inició la gestión de la CM en la sede hospitalaria para responder a la demanda de solicitud de producción de medicamentos antineoplásicos “quimioterapia” donde el 2025 llegamos a más 70,000 solicitudes por parte del área de quimioterapia y se llevaron a cabo labores por más de 92,000 adecuaciones.

Del proyecto para la fundación se viene agudizando la necesidad de un crecimiento en su capacidad instalada desde 2022 ante ello vamos la

semana 42 del proyecto en términos de intervención de infraestructura y se proyecta la certificación en BPE para el año 2026, este último enfocado en la atención de pacientes con QT intrahospitalaria el cual ha tenido un aumento del 138% en 2025.

- **Proyecto Central de Mezclas sede Caucasia.**

Durante el año 2025 se inició la gestión para la implementación de la Central de Mezclas (CM) en la sede Caucasia. En el transcurso del año se atendieron 196 pacientes, con 271 aplicaciones por parte del área de quimioterapia.

Se ejecutaron adecuaciones en infraestructura y procesos, orientadas a cumplir con los requerimientos técnicos y normativos necesarios para Certificación de Buenas Prácticas de Elaboración.

Asimismo, desde el año 2025 se radicó ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) la solicitud de visita de inspección correspondiente, la cual se encuentra actualmente en espera de programación por parte de la entidad de control.

- **Proyecto de Certificación BPM – Sede Hospitalaria.**

Durante el año 2025 se retomó la gestión del proceso de certificación en Buenas Prácticas de Manufactura para aire medicinal en sitio por compresor (BPM) en la sede hospitalaria, con el propósito de fortalecer la capacidad institucional para responder de manera adecuada a la demanda de consumo de aire medicinal, la cual alcanzó un total de 208.189.935 millones COP durante el mismo periodo.

En el marco de este proyecto, desde 2025 se han venido desarrollando acciones orientadas al cumplimiento de los requisitos normativos y técnicos exigidos para la certificación. Entre las principales actividades ejecutadas se destacan las intervenciones en infraestructura, la dotación y adecuación de equipos, así como el avance en la estructuración y gestión de la malla documental requerida para soportar los procesos bajo estándares de calidad.

- **Proyecto Vigilancia Farmacológica –** Modelo de Atención Farmacéutica Oncológica “Oncovida” - Nueva Orden de Producción. (proyección de entrega)

Dar continuidad al proceso de automatización del modelo de atención farmacéutica oncológica del proceso del SF y que las demás áreas asistenciales se vinculen a la ejecución a través de desarrollo permitirán generar velocidad

al proceso como tal, mejorar y proyectar la adquisición de medicamentos de alto costo, aumentar los aprovechamientos de medicamentos desde SF y Central de Mezclas, así como fortalecer el proceso de Vigilancia Farmacológica. Este proyecto es vital para el control y ejecución de pacientes, así como la velocidad y trazabilidad del proyecto de BPE.

- **Revisión de la propuesta de 2024 para proceso de QT.**
- **"Se propone un cambio de personal en el área de programación al articular un Químico Farmacéutico** desde esta área lo que permitirá una mejor toma de decisiones y un mayor alcance en producción y eficiencia de recursos. adicionalmente desde el área de Enfermería la Dirección propone que se incluya una jefe de Quimioterapia para integrar un equipo de trabajo QF – Enfermera – Auxiliares"

Impacto que se espera

- Impacto operativo: Se fortalecerá la planeación de la producción, ejecución en la adquisición de quimioterapia y la gestión de la programación de tratamientos, lo que permitirá optimizar el uso de recursos, mejorar la organización del proceso y facilitar una respuesta más eficiente frente a la demanda del servicio.
- Impacto asistencial: La participación del área de Enfermería en la coordinación del proceso contribuirá a reforzar las prácticas de seguridad del paciente, mejorar la comunicación entre los equipos clínicos y farmacéuticos y fortalecerá el seguimiento durante la administración de los tratamientos.
- Impacto estratégico: La consolidación de un equipo interdisciplinario que favorezca el fortalecimiento del modelo de atención integral del servicio de quimioterapia, alineando los procesos con estándares de calidad y promoviendo el mejoramiento continuo en la gestión de los tratamientos oncológicos.

ii. SF Conquistadores - Buenas Prácticas Clínicas

Modelo de Atención Servicio Farmacéutico Pacientes de Hematología y Oncológicos en Buenas Prácticas Clínicas, enfocado en Estudios Clínicos - 2025.

INFORME SF CONQUISTADORES BUENAS PRACTICAS CLINICAS - ATENCION FARMACÉUTICA 2024 - 2025

	DISPENSACION		DISPENSACION		PERPARACION MAGISTRAL		EDUCACION FARMACEUTICA		RECEPCION		FARMACOVIGILANCIA				ESTUDIOS CLÍNICOS			
	i. PACIENTES CON DISPENSACION ORAL		ii. PACIENTES CON DISPENSACIÓN IV (ATENDIDOS EN SALA DE QT)		iii. PREPARACIONES FARMACÉUTICAS		vi. PACIENTES QUIEN RECIBE EDUCACIONINICIAL		v. RECEPCION INDUSTRIA FARMACEUTICA		ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS				ESTUDIOS CLÍNICOS			
											NO SERIO		SERIO		NO SERIO		SERIO	
AÑO	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
ENE	6	5	13	10	18	11	2	1	11	23								
FEB	6	9	16	13	18	16	2	6	7	16								
MAR	2	16	19	9	22	13	2	5	20	17								
ABR	5	18	21	12	23	19	2	1	18	20								
MAY	4	23	23	9	24	12	0	1	13	25								
JUN	4	15	11	9	11	12	0	1	7	17	143	101	38	19	15	16	8	8
JUL	4	20	19	10	19	13	0	3	22	26								
AGO	4	16	11	13	12	19	2	2	13	33								
SEP	4	15	14	12	14	18	1	1	14	21								
OCT	6	15	15	20	16	39	2	3	23	23								
NOV	5	14	13	16	14	35	1	4	5	17								
DIC	6	11	12	22	14	62	1		11	0								
TOTAL	56	177	187	155	205	259	15	28	164	238	143	101	38	19	15	16	8	8

Para el año de 2025 se gestionaron actividades de atención farmacéutica en el modelo del SF para pacientes Hematología y Oncológicos en Buenas Prácticas Clínicas, en 25 Estudios Clínicos.

De acuerdo con lo planteado SF gestiona y lleva a cabo actividades farmacéuticas en 16 estudios que se encuentra en fase activa (Recepción, custodia, dispensación, auditoria e intervención farmacéutica) y 8 estudios clínicos en fase administrativa, en ambos se llevan a cabo actividades de gestión interna hacia SF y Estudios Clínicos y Externas con pacientes y patrocinadores.

- Para 2025 se llevaron a cabo actividades en atención farmacéutica enfocada en estudios clínicos a 332 pacientes lo que representa un crecimiento 37% en relación con 2024 (ver imagen). Para este año se demarca un cambio en los tipos de pacientes con un aumento del 216% en la línea de manejo de pacientes de investigación con medicamentos de vía de administración oral, lo que aumento exponencialmente las actividades en relación con este tipo de investigación demanda de un esfuerzo mayor por parte del personal del SF.
- En 2025 se recibieron 243 auditorías en SF en BPC por parte patrocinadores donde se obtuvieron resultados positivos en todas ellas, sin desviaciones considerables mayores o graves. Lo que llevo a un aumento del 131% en monitorias en relación en relación 2024 con 105 auditorías.

Definiciones para el contexto del informe:

- **Estudios Activos:** En los estudios activos, la atención farmacéutica se enfoca en un abordaje individualizado de cada paciente para la gestión de su tratamiento. Este proceso incluye la supervisión de las monitorias, envíos, reportes de eventos, educación tanto para el paciente como para los químicos farmacéuticos, así como la solicitud, recepción, almacenamiento, custodia de medicamentos y kits de laboratorio. Además, se realiza un seguimiento detallado de los eventos adversos y una gestión documental rigurosa para respaldar todas las actividades, utilizando los distintos softwares asociados al estudio clínico.
- **Estudios Administrativos:** En los estudios en fase administrativa, el enfoque se centra en las auditorías de monitoria, envíos, eventos, custodia de medicamentos y kits de apoyo. Estas actividades se gestionan principalmente en esta fase mientras se completan los procesos administrativos relacionados con el estudio.

Diferencia con el Servicio Farmacéutico convencional

En comparación con el servicio farmacéutico convencional, los estudios clínicos requieren una documentación más exhaustiva y un proceso de seguimiento más riguroso, debido a las especificaciones del protocolo del estudio. Esto incluye una mayor cantidad de auditorías y control de todos los procesos relacionados con la administración de los tratamientos, la documentación, y el cumplimiento de las normativas del estudio clínico.

¿Qué implica atender una monitoria?

1. Atender una monitoria es un proceso de auditoría estricta, en el cual se revisa toda la documentación asociada con los procesos del estudio para garantizar que se cumpla el protocolo establecido. Esto implica una constante supervisión para verificar que todas las actividades se lleven a cabo conforme a las directrices del estudio.
2. Durante las monitorias el personal farmacéutico debe estar a disposición del monitor para responder solicitudes o completar acciones requeridas, así mismo, si el estudio es de componente ciego, la auditoria es específica para el servicio farmacéutico y demanda mayor tiempo, atención y tareas.
3. En 2025, el Servicio Farmacéutico de la fundación destacó por los resultados altamente positivos obtenidos en las 243 monitorias realizadas. En todas las auditorías, se logró una excelente adherencia a los procesos establecidos, sin que se presentaran desviaciones mayores o graves.

De las oportunidades del proceso en 2025.

- **Gestión de paciente de QT IV.**

Con el proyecto de la central de mezclas se pretende culminar con la dificultad de los tiempos y la logística interna con los batch récord en BPE para EC y SF .

- **Gestión de recurso humano por crecimiento.**

En base al informe de gestión para 2024 y 2025 se evidencia un crecimiento en el centro de investigación lo cual a su vez generó un aumento en el proceso: a. Auditorias crecimiento 131% 243. b. Atención de pacientes QT VO un aumento del 216% en esta línea que es altamente demandante de actividades, se hacía necesario un planteamiento de un recurso humano (Químico Farmacéutico) para integración al grupo de trabajo, esto debido al alta demanda de tiempo en actividades en BPC. (Este punto quedo resuelto en compañía de gestiones integradas con Centro Investigación, Salud Mental - SF, Gerencias)

iii. SF Ambulatorio

En el Modelo de Atención Ambulatorio se plantean indicadores, estos enfocados en la dispensación oportuna y completa de los tratamientos ambulatorios, entre los múltiples puntos se gestiona:

a. Dispensaciones e indicadores Fénix

Proporción de fórmulas médicas entregadasde manera completa a los pacientes ambulatorios de UTCR

Estadísticas | Ver variables | Ver datos | Comparativo | Comparativo anual

Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
100,00%	100,00%	100,00%	0,00	100,00%	0,00%	0,00	100,00%

En 2025 se dio continuidad al modelo de atención farmacéutica para pacientes ambulatorios adheridos a la EPS Savia Salud bajo el modelo de PGP en el cual se ha dado cumplimiento con los indicadores normativos fenix donde se dispensaron 22,346 fórmulas de medicamentos de forma ambulatoria con un cumplimiento del 100%.

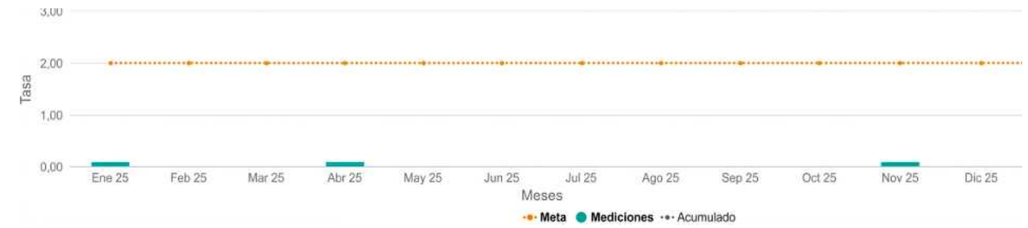
b. Análisis de Pertinencias a Prescripciones Médicas Ambulatoria Ca de Mama UTCR

Número de prescripciones / medicamentos que no eran pertinentes dispensar dentro del modelo del PGP	Costo total de los tratamientos en los cuales se logró contener el gasto
287	$ 40.041.536

En el proceso de dispensación ambulatoria, gestionamos la pertinencia de las prescripciones médicas de aquellos medicamentos, que no están incluidos en el PGP debido a que su indicación no está relacionada con el diagnóstico oncológico. Esto permite evitar un sobrecosto al PGP, logrando en 2025 una contención y ahorro de gastos en medicamentos de 40.041.536 COP.

Farmacéutico

c. Auditoria a Dispensaciones - Cargos de Medicamentos - Nutriciones Enterales – Orales_2025



2025	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Número de errores de dispensación		1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	3,
Número total de dispensaciones		1.288,0	1.251,0	1.219,0	1.294,0	1.309,0	1.191,0	1.341,0	1.361,0	1.425,0	1.286,0	1.217,0	15.603,
Tasa de errores de dispensación ambulatoria detectados		0,08 Tasa	0,00 Tasa	0,08 Tasa	0,00 Tasa	0,00 Tasa	0,00 Tasa	0,00 Tasa	0,00 Tasa	0,00 Tasa	0,08 Tasa	0,00 Tasa	

De esta manera, garantizamos que todos los pacientes reciban las dispensaciones correctas, asegurando la dosis adecuada, el paciente correcto, los medicamentos apropiados, la vía De esta manera, garantizamos que todos los pacientes reciban las dispensaciones correctas, asegurando la dosis adecuada, el paciente correcto, los medicamentos apropiados, la vía indicada y el momento preciso.

Del proceso de auditoría del SF Ambulatorio y bajo le modelo de contención del PGP realizamos auditorías diarias a los cargos generados, con el objetivo de detectar errores de digitación, de prescripción y dispensación en el que se auditaron 15603 dispensaciones donde identificamos 3 casos obteniendo una tasa de error acumulada del 0,01%. De esta manera, garantizamos que todos los pacientes reciban las dispensaciones correctas, asegurando la dosis adecuada, el paciente correcto, los medicamentos apropiados, la vía indicada y el momento preciso.

d. Auditoria Gaudi 2025.

Se recibió una auditoria por parte de la Supersalud a la EPS Savia Salud enfocada en 2024 solicitando soportes para dispensaciones a pacientes PGP donde se obtuvo un cumplimiento 100 % de la auditoria, un balance muy bueno en relación con trazabilidad y soportes.

e. Parametrización del Software de Clínica Vida en Maestro de Medicamentos para informes de EPS enfocada en trazabilidad.

Se ha logrado un cambio de información la cual es vital para el correcto manejo de las prescripciones médicas ambulatorias, así como la trazabilidad en los modelos de vigilancia farmacológica y las auditorias

De las oportunidades del proceso en 2025.

1. Versión 3.0 del aplicativo de Dispensación de Medicamentos Ambulatorios

- Se cuenta con un desarrollo el cual ha permitido el manejo de más de 1900 pacientes al mes en relación a generación de perfilamientos, dispensaciones y trazabilidad hacia EPS y entes de control.

iv. SF Hospitalario

- **Medicamentos de Control Especial**

En 2025 se recibieron 79,174 ordenamientos en el SF Hospitalario para Medicamentos de Control Especial de forma electrónica donde se logró validar, gestionar, intervenir y dispensar medicamentos de forma totalmente digital y con un principio de cero papeles de las prescripciones médicas cumpliendo los lineamientos desde la Dirección seccional de salud.

Con el desarrollo y gestión del SF + Tecnología se logró el ahorro de $91,841,840 millones COP durante 2025 en la adquisición de recetario de Medicamentos de Control Especial.

Total medicamentos por día

Revisión general servicio enfermería por Servinte

Ubicación

Especialidad

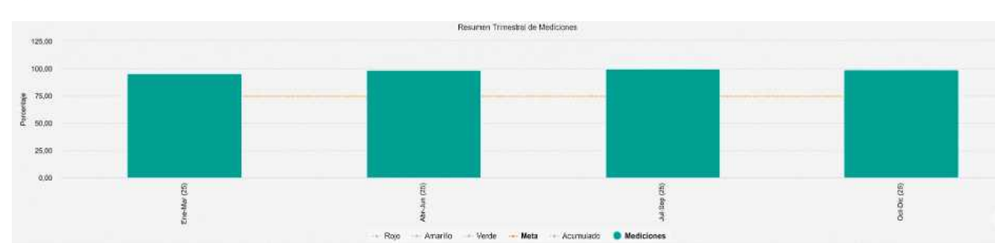
Aseguradora

Profesional

Artículo

Gestión en Capacitación por el SF.

Proporción de capacitaciones gestionadas por el servicio farmacéutico



Durante el año de 2025 se realizaron las capacitaciones orientadas al SF y al principio de aseguramiento y control de calidad con una media de cumplimiento del 99.15% anual.

Oportunidades de Mejora:

1. Hospital Día - SF Urgencias.

Siendo uno de los puntos más importante de cambio e intervención en la fundación, este proyecto puede liberar uno de los cuellos de botella en el manejo, tiempo y calidad en la atención de los pacientes en el servicio de urgencias, así como mejorar la oportunidad en la gestión de perfilamiento por la limitación de personal y el balance en manejo en picos de estrés con la sobre ocupación en urgencias.

Nota: de este proyecto en 2025 se presentó un informe al área médica sobre el crecimiento en el servicio de urgencias en pacientes y demanda de servicios, se presentó la propuesta desde SF y urgencias los métodos y tiempo en pro del hospital día y urgencias.

2. Aplicativo Medicamentos de Control Especial Versión 2.0

Para 2026 se proyecta con el área de gerencia clínica la V2.0 del desarrollo en este punto enfocado en incorporar los pasos de devolución y descarte de remanentes por parte de enfermería, así como el cambio en el proceso con enfermería en cirugía.

3. Desarrollo de aplicativos SF - Tecnología - Comunicación no verbal – entre SF - Enfermería.

Desde 2024 se plantea un desarrollo de integración para la comunicación y solicitudes entre el personal de enfermería asistencial hacia SF hospitalario, urgencias, UCI, etc, lo que permitirá una verdadera estandarización de los procesos de solicitudes, disminuir el desgaste, tensión y estrés del personal en las intervenciones repetitivas y poder gestionar la adherencia del personal asistencial a un control de información y gestión.

Este desarrollo pretende mejorar la adherencia del personal asistencial a los procesos institucionales de solicitud de medicamentos, dispositivos médicos y control de información, favoreciendo una gestión trazable, más organizada, oportuna y alineada con los estándares de calidad en la prestación del servicio.

Impacto esperado: la implementación de estos aplicativos permitirá mejorar la eficiencia operativa en la gestión de solicitudes, reducir intervenciones repetitivas y disminuir el desgaste operativo asociado a procesos manuales o comunicaciones no estructuradas. Asimismo, se espera fortalecer la trazabilidad de la información, mejorar la adherencia del personal asistencial a los procesos institucionales y contribuir a una comunicación más efectiva entre los equipos de Enfermería y el Servicio Farmacéutico.

4. Desarrollo para control de consumo interno de otras áreas.

Se plantea analizar la necesidad de un desarrollo que permita la gestión de las áreas asistenciales para el manejo consumo interno desde la solicitud, entrega y recibido, así como el control de stock en los servicios de hospitalización, urgencias, UCI, UCE, CIRUGÍA, QT, CONSUMO INTERNO así cómo LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLOGÍA.

5. Modelo de Vigilancia Farmacológica Desarrollo Versión 1.0

Estandarizar la gestión del manejo de programa de vigilancia farmacológica a través de un desarrollo de interoperabilidad con “oncovida” y los pacientes hospitalizados, lo que permitirá un centro de control desde SF para los Eventos e Incidentes asociados a medicamentos y la trazabilidad de todos los pacientes con gestiones e intervenciones.

v. SF Asistencial

Mediante el programa de Atención Farmacéutica - Vigilancia Farmacología se atendieron:

Vigilancia Farmacológica

En 2025 se dio atención desde SF a 19,301 pacientes con manejo de quimioterapia parenteral con una cobertura del 100% con relación a:

- Validación de Tratamiento (Medicamentos, Protocolos, Dosis de acuerdo con estado del paciente, Frecuencia, Vía de Administración, etc)
- Farmacovigilancia Activa
- Farmacovigilancia Pasiva (Reporte al área)
- Seguimiento Farmacoterapéutico
- Educación a Pacientes
- Entrevistas
- Intervención a grupos interdisciplinarios
- Reportes a entes de control

Validación de Tratamiento (Medicamentos, Protocolos, Dosis de acuerdo con estado del paciente, Frecuncia, Vía de Administración, etc) a 19,301 para 36,561 aplicaciones.

a. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

Se realizaron intervenciones a más de 10.122 pacientes durante todo el año enfocado en la seguridad del paciente y la optimización de recursos con quimioterapia ambulatoria e intrahospitalaria.

b. Educación – Entrevista a Pacientes

- En 2025 se gestionó educación, entrevista y perfilamiento de pacientes con QT sistémica a 2199 nuevos.
- Se diseñaron 20 Boletines Educativos adicionales, enfocados en el paciente ambulatorio e intrahospitalario.
- Se revisaron 119 protocolos con la Dirección Técnico-Científica información vital para los desarrollos de la fundación.

c. Desarrollos de Seguridad

- Se desarrolla y saca una nueva versión de la guía de estabilidad y manejo de medicamentos.
- Se saca la versión 2 y 3 de la librería el centro de monitoreo de medicamentos en la UCI.

Ficha técnica	
Código	FO-SF-20
Origen	Interno
Emisor	Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida
Clase	Formato
Fecha	2025-12-23
Fecha vencimiento	2030-12-23
Archivos (1)	FO-SF-20 GUIA DE ESTABILIDAD MANEJO MEDICAMENTOS V8.xlsx 915.13 KB
Estado	Vigente: 8
Responsable	• DIRECCION TECNICA SERVICIO FARMACEUTICO (Servicio farmacéutico)

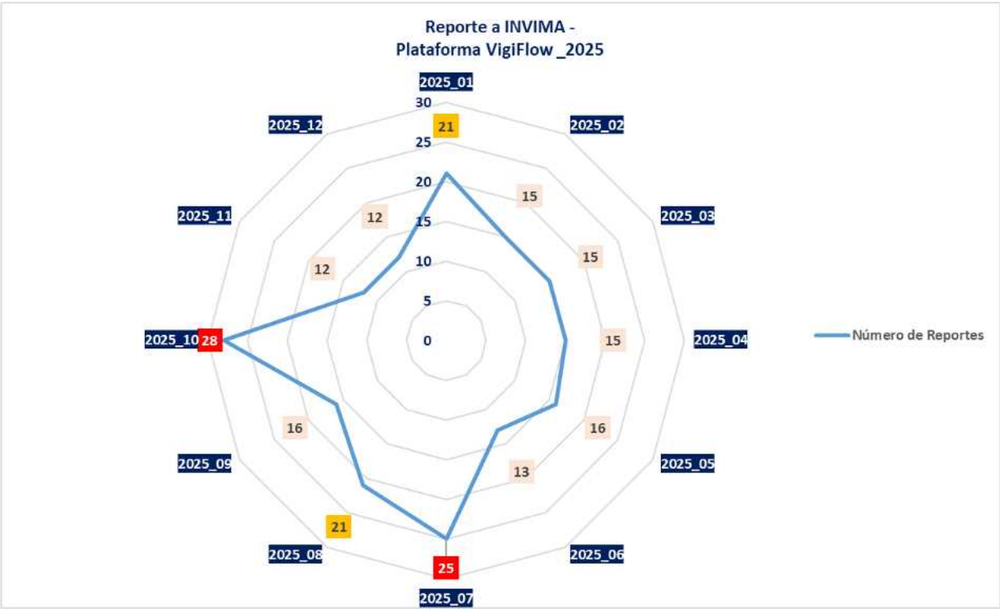
GUIA DE ESTABILIDAD Y MANEJO DE MEDICAMENTOS

d. Reportes de Vigilancia

Durante el 2025 los servicios farmacéuticos realizaron análisis, gestiones e intervenciones de eventos e incidentes adversos relacionados con los usos de medicamentos y dispositivos médicos a entes regulatorios de vigilancia y control a nivel nacional INVIMA y departamental DSSA

INVIMA de la plataforma VigiFlow:

Durante el 2025 los servicios farmacéuticos realizaron análisis, gestiones e intervenciones de eventos e incidentes adversos relacionados con los usos de medicamentos y dispositivos médicos a entes regulatorios de vigilancia y control a nivel nacional INVIMA y departamental DSSA



En 2025 se realizaron 209 reportes relacionados con medicamentos desde el programa de vigilancia farmacológica a través de la plataforma vigiflow y se realizó un análisis del 100% de los reportes de acuerdo al marco normativo de cada caso.

Farmacovigilancia Activa / Pasiva

FARMACOVIGILANCIA 2025	# ANALISIS	% PA
ERRORES DE MEDICACIÓN	974	65.4%
RAM	484	32.5%
FALLO TERAPÉUTICO	1	0.1%
OTROS	30	2.0%
TOTAL	1489	100%

En 2025 se realizaron análisis e investigaciones por farmacovigilancia en 1489 casos con un 65.4% estuvieron asociados a Errores de Medicación y 32.5% asociados a Reacciones Adversas Medicamentosas y se representó un fallo terapéutico.

Error de medicación: cualquier incidente o evento prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a un uso inadecuado del medicamento cuando estos están bajo el control del profesional sanitario, paciente o consumidor

FARMACOVIGILANCIA SEDE HOSPITALARIA 2025

MES	ENE		FEB		MAR			ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP	NOV		DIC	
SERVICIO CLASIFICACION	HOSPI	AMB	HOSPI	AMB	HOSPI	AMB	AMB	HOSPI	AMB	HOSPI	AMB	HOSPI	AMB	HOSPI	AMB	HOSPI	AMB	AMB	HOSPI	AMB	HOSPI	AMB
RAM	7	27	10	19	6	37	12	31	12	12	16	16	39	14	36	32	27	26	5	26	8	20
ERRORES DE MEDICACIÓN	26	44	21	47	17	54	62	13	67	77	56	56	36	37	37	53	65	64	14	84	14	67
FALLO TERAPÉUTICO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	2	3	3	3	1	0	1	2	0	5	0	5	3	7	1	2	0	0	0	0	4	0
TOTAL PRM	107		100		114		112		129	124		131		143		138			129		113	
ERRORES DE MEDICACIÓN CON DAÑO	0		1		0		1		0	0		2		1		0			0		4	

De acuerdo al planteamiento de los programas hoy se da cobertura a todo pacientes con manejo de QT parenteral activa y pacientes con incidentes o eventos asociadas a situaciones de riesgos, no obstante por el alto volumen de los pacientes el modelo de vigilancia farmacológica no tiene alcance a proceso de urgencias, hospitalización y/o cirugía dado que nos centramos en la gestión del paciente que tiene riesgo en el manejo activo parenteral con tratamiento antineoplásico y desde la últimas dos visitas de entes de control se felicitó por la gestión y la capacidad como barrera de seguridad no obstante nos indican la necesidad verbal de solicitar recurso humano para dar cobertura a otras categorías de pacientes hospitalizados.

Gestión *Laboratorios*

Laboratorio de Patología

En el marco del informe de gestión anual, presentamos los resultados de una operación diseñada para ser el motor diagnóstico de nuestra institución. Durante el presente periodo 2025, el laboratorio de patología se ha consolidado no solo como un centro de diagnóstico, sino como un aliado estratégico indispensable en la cadena de cuidado del paciente oncológico y hematológico. Nuestra operación se fundamenta en la precisión diagnóstica y la integración de tecnologías de vanguardia para ofrecer resultados que definen conductas terapéuticas críticas.

Nuestra misión operativa corresponde a un centro especializado en la resolución de casos de alta complejidad y se centra en la transformación de muestras biológicas en información clínica de alto valor, apoyados en una infraestructura tecnológica robusta y un equipo de especialistas comprometidos con la excelencia, que se articula a través de pilares diagnósticos avanzados.

Portafolio de Servicios y Capacidades Core:

- Patología Oncológica de Precisión: Diagnóstico integral de tumores sólidos con un enfoque clínico-patológico.
- **Inmunohistoquímica Automatizada:** Implementación de protocolos estandarizados con plataformas de última generación que garantizan la reproducibilidad y reducen los tiempos de entrega (TAT).
- **Patología Intraoperatoria (Biopsias por Congelación):** Soporte inmediato en sala de cirugía para la toma de decisiones críticas en tiempo real.
- **Cirugía de Mohs:** Especialización en el procesamiento y lectura de cortes congelados para el control de márgenes en patología cutánea maligna, asegurando la máxima preservación de tejido sano.
- **Hematopatología y Citometría de Flujo:** Diagnóstico integral de enfermedades oncohematológicas, integrando la morfología celular con la caracterización inmunofenotípica avanzada.
- **Gestión de Alta Complejidad:** Red logística y científica de remisión a aliados estratégicos para pruebas moleculares y genómicas de última línea; esto nos permite ofrecer pruebas especializadas, genéticas y moleculares de última generación sin perder la trazabilidad ni el control del paciente.

Propuesta de valor:

- **Oportunidad Diagnóstica:** La automatización de procesos nos permite entregar resultados en tiempos óptimos, reduciendo la incertidumbre del paciente y acelerando el inicio del tratamiento.
- **Rigurosidad Técnica:** El uso de tecnología automatizada y controles de calidad estrictos minimiza el error analítico, brindando seguridad total al médico tratante.
- **Integración de Resultados:** No entregamos reportes aislados; ofrecemos una correlación diagnóstica que facilita la medicina personalizada, especialmente en los servicios de hematología y oncología, articulados a juntas médicas.

La gestión del año se define por la continuidad de la transición progresiva, de un laboratorio convencional a un centro de diagnóstico predictivo y de precisión, alineado con los estándares internacionales de cuidado de la salud;

a continuación se listan los objetivos alcanzados para el año 2025, en los procesos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

- Optimización de productividad, con variación positiva del 12% respecto al año anterior, con el mismo recurso.

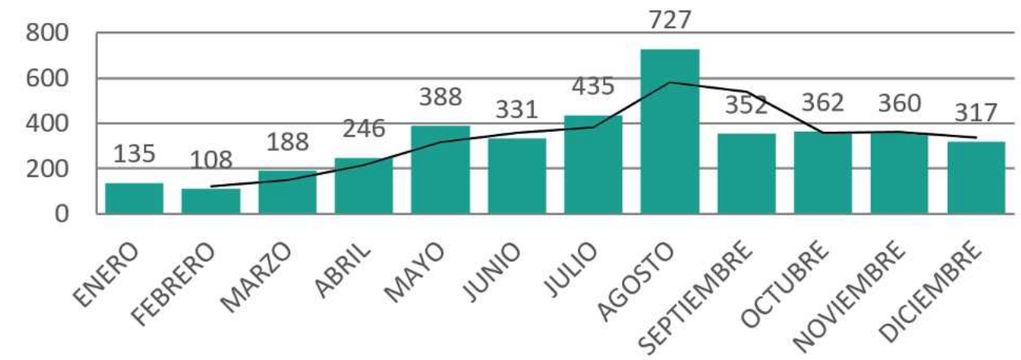
Total de estudios realizados por mes

- Certificate of Competency in External Quality Control Assessment Testing, American College of Pathologists.

El Colegio Americano de Patología (CAP), certifica la calidad, idoneidad y el rigor técnicocientífico de los diagnósticos emitidos en los informes de Citometría de Flujo.

- Reapertura del laboratorio de patología de Mohs en la sede ambulatoria poblado. (Ejecución 100%)

Congelaciones MOHS 2025



- Innovación tecnológica con implementación de patología digital. (Ejecución 50%)
- Expansión en capacidad instalada para inmunohistoquimica automatizada e implementación de pruebas, para rutas de pacientes oncológicos, candidatos a tratamiento con antiPDL-1. (Ejecución 50%)
- Implementación de pruebas de alta complejidad DISH para HER-2, optimizando oportunidad en rutas de pacientes oncológicos, maximizando margen de rentabilidad. (Ejecución 80%)
- Implementación de biomarcación, con pruebas de biología molecular. (ejecución 20%)
- Optimización en tiempos de oportunidad en programas de biomarcación patrocinados, para pacientes con cáncer gástrico en estadios avanzados, cáncer de pulmón de célula no pequeña y carcinomas avanzados de origen ginecológico. (Ejecución 90%)
- Gestión y mejora en procesos administrativos conjuntos con facturación, reflejando la productividad real de la unidad. (Ejecución 50%)
- Formulación conjunta de la propuesta de expansión en infraestructura física, contemplando potencial de crecimiento y optimizando procesos operativos, dando cumplimento el marco normativo de habilitación y calidad enmarcado en el plan maestro. (Ejecución 10%)

Laboratorio Clínico

El laboratorio clínico no solo actúa como un centro de procesamiento de datos biológicos, sino como una unidad de inteligencia sanitaria que permite la toma de decisiones médicas seguras, oportunas y costo-efectivas.

Nuestra misión operativa se enfoca en brindar un servicio integral de análisis clínicos que abarca desde las pruebas de rutina hasta la detección especializada de patógenos, garantizando que cada resultado sea una herramienta confiable para la prevención, monitoreo y tratamiento de las patologías de nuestros pacientes.

Portafolio de Servicios y Capacidades Estratégicas:

Nuestra estructura operativa se divide en tres ejes fundamentales que aseguran una cobertura diagnóstica del 100%, con resultados oportunos.

- **Laboratorio Clínico Multidisciplinario (CoreLab):** Procesamiento automatizado en áreas de química clínica, hematología, inmunología y uroanálisis, bajo estrictos estándares de control de calidad interno y externo.
- **Laboratorio clínico oncológico:** el portafolio más amplio de la ciudad en marcadores oncológicos.
- **Microbiología y Vigilancia Antimicrobiana:** Un área crítica dedicada a la identificación de microorganismos y pruebas de susceptibilidad antibiótica. Nuestra capacidad técnica es vital para el control de infecciones intrahospitalarias y el uso racional de antibióticos (Programas PROA).
- **Gestión de Red para Alta Complejidad:** Operamos un sistema logístico de remisión altamente eficiente hacia laboratorios aliados de referencia.

Propuesta de Valor:

Nuestra propuesta de valor se sustenta en la confiabilidad técnica y la integración logística.

- **Impacto en la Seguridad del Paciente:** El área de microbiología actúa como un sistema de alerta temprana, permitiendo intervenciones rápidas que salvan vidas y reducen los días de estancia hospitalaria.

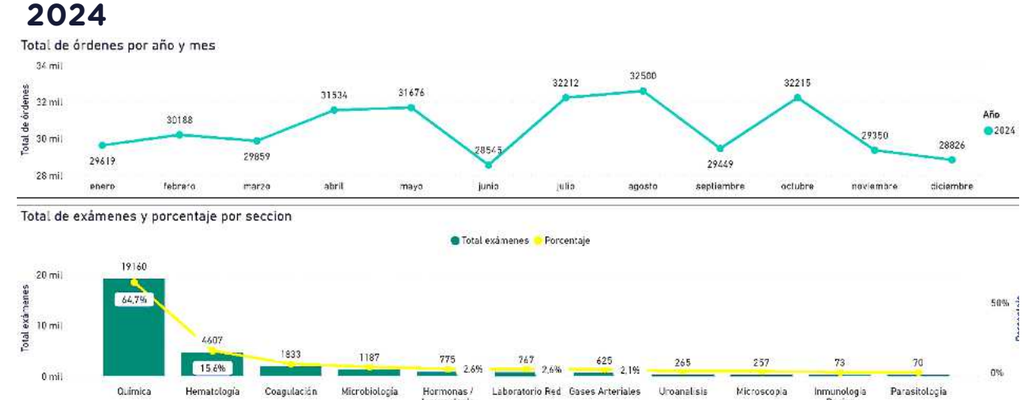
- **Eficiencia en el “Turnaround Time” (TAT):** Hemos optimizado los flujos de trabajo para asegurar que los resultados de rutina y críticos lleguen al clínico en el menor tiempo posible, impactando directamente en la rotación de camas y la satisfacción del usuario.
- **Resolutividad Integral:** Gracias a nuestra red de aliados, el médico tratante dispone de múltiples opciones para cualquier requerimiento diagnóstico.

La gestión se ha centrado en transformar el volumen de pruebas en valor diagnóstico, asegurando que la tecnología, estén siempre al servicio de la seguridad del paciente y la sostenibilidad institucional.

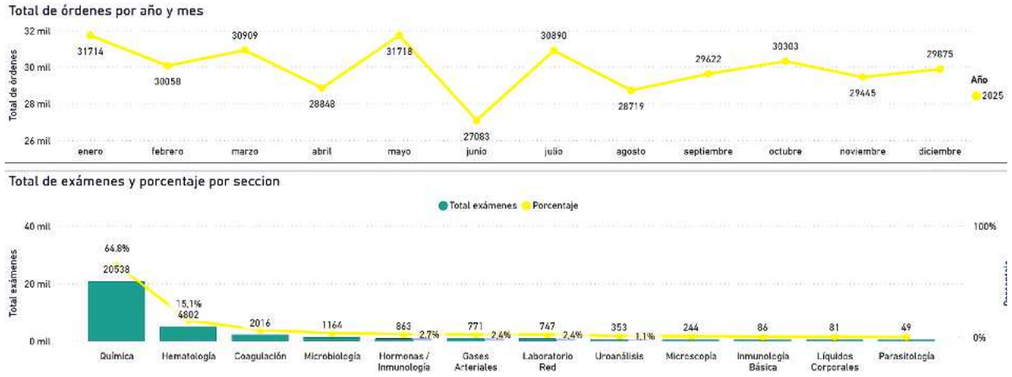
Proporción de resultados de laboratorio entregados oportunamente - Hospitalización (Laboratorio clínico

- A continuación se evidencia la productividad del Laboratorio Clínico para el año 2025, respecto al año 2024, con variación positiva del 10%, con el mismo recurso.

2024



2025



- **Pruebas de referencia:**
- Creación de bases de datos actualizadas y planes de pre-registro, parametrización y direccionamiento de referencia en tiempo real. (Ejecución 100%)
- **Proceso documental:**
- Consolidación de equipo operativo de control de calidad analítico, enfocado en análisis de control de calidad interno y externo (quattrol) - externo (riqas y API). (Ejecución 100%)
- Creación, socialización e implementación de rutas de resultados críticos UCI, Ruta algoritmo y diagnóstico de VIH, Código Fucsia. (Ejecución 100%)
- Documentación y codificación de portafolio de eventos de notificación epidemiológica. (Ejecución 100%) Se da cumplimiento estricto a los lineamientos normativos de entes reguladores, para el reporte; alineación con objetivos estratégicos de posicionar la institución como referente de calidad en el medio.
- **Programa de seguridad del paciente:**
- Documentación y codificación de registro de muestras no conformes, eventos adversos enfocado en seguridad del paciente, con reducción de eventos adversos. (Ejecución 100%)

- Diseño, estructuración y socialización del proceso de marcación segura de muestras de laboratorio para toda la institución. (Ejecución 100%)
- Realización de capacitaciones al personal asistencial, fortaleciendo una adecuada toma de muestras con reducción de eventos adversos. (Ejecución 70%)
- **Fortalecimiento laboratorio clínico - PCI:**

Consolidación equipo de microbiología con implementación de alertas inmediatas (PCI -Epidemiología - PROA – Infectología)

- **Costos:**
- Construcción base de datos para costeo del laboratorio clínico e inicio de proceso enfocado a construcción de portafolios diferenciados. (ejecución 15%)
- **Laboratorio clínico - sistemas de información:**
- Actualización y migración de indicadores con bases de datos en tiempo real. (Ejecución 90%)
- **Convenios de docencia servicio:**
- Gestión y fortalecimiento del convenio docencia servicio con Universidad de Antioquia, implementando práctica clínica para estudiantes de pregrado. (ejecución 100%)
- **Referenciación:**
- Se realizó proceso de referenciación operativa para los modelos de manejo, mantenimientos, cálculo y eficiencia de insumos - reactivos, así como de la optimización del recurso humano para laboratorios externos.
- **Entes de regulación:**
- Habilitación para el montaje de baciloscopias (secretaria de salud).
- Construcción y envío de base de datos mensuales sobre EISP de la institución (secretaria de salud)
- Acompañamiento mensual y socialización de EISP en Medellín (secretaria de salud).
- Inclusión y participación de COVE Departamental IAAS 2025.(Ejecución 100%)

Servicio de Gestión Pretransfusional

Durante este periodo, nuestra gestión se ha consolidado como el puente crítico entre la donación y el receptor, garantizando que el hemocomponente correcto llegue al paciente indicado en el momento preciso, bajo los más estrictos estándares de seguridad biológica.

La misión operativa del servicio se enfoca en la administración técnica y clínica de la cadena de suministro sanguíneo. Actuamos como el centro de control que garantiza la compatibilidad inmunológica y la suficiencia de hemocomponentes para todos los procedimientos médicos y quirúrgicos de la institución.

Capacidades Core:

- **Abastecimiento Estratégico:** Mantenemos una alianza técnica y logística con el Banco de Sangre de la Cruz Roja, asegurando un flujo constante de hemocomponentes.
- **Pruebas de Compatibilidad y Seguridad:** Realizamos con rigor técnico todas las pruebas pretransfusionales (clasificación de grupo sanguíneo, rastreo de anticuerpos y pruebas cruzadas) para mitigar cualquier riesgo de reacción adversa.
- **Gestión de Hemocomponentes:** Administración eficiente de inventarios de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitados, asegurando su correcta conservación y trazabilidad con sellos de calidad.

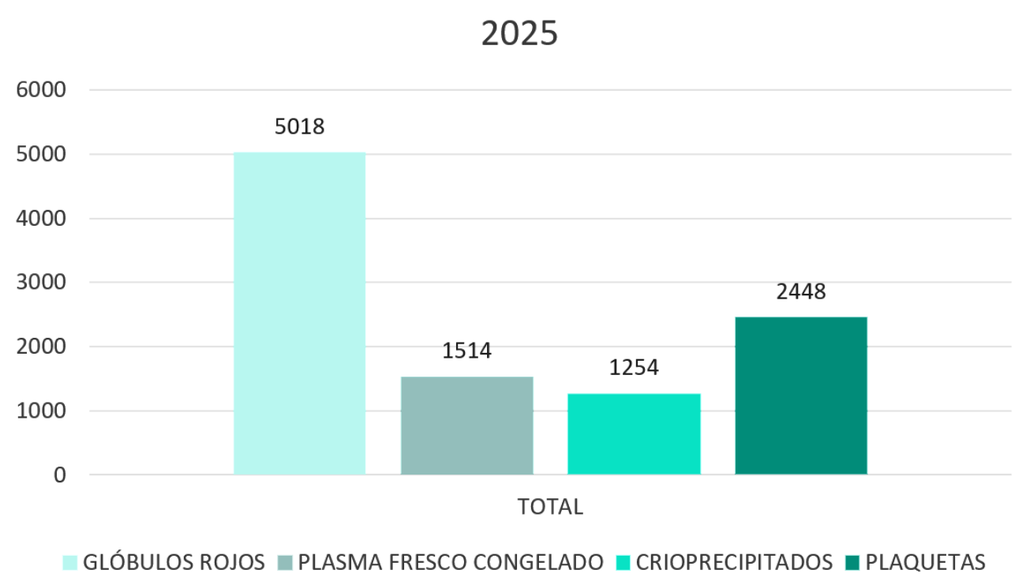
Propuesta de Valor:

- **Garantía de Abastecimiento del 100%:** Hemos cumplido con la totalidad de la demanda institucional de hemocomponentes. Ningún procedimiento quirúrgico o urgencia vital ha sido postergado o cancelado por falta de insumos sanguíneos, se garantiza el insumo terapéutico seguro y disponible las 24 horas del día.
- **Cumplimiento de Estándares de Calidad:** Nuestros procesos cumplen rigurosamente con la normativa vigente, garantizando que cada unidad transfundida sea segura y eficaz.

- **Respuesta Inmediata en Eventos Críticos:** Nuestra capacidad de respuesta ha demostrado una coordinación impecable con el banco proveedor, salvaguardando la vida de los pacientes en situaciones de alta vulnerabilidad.

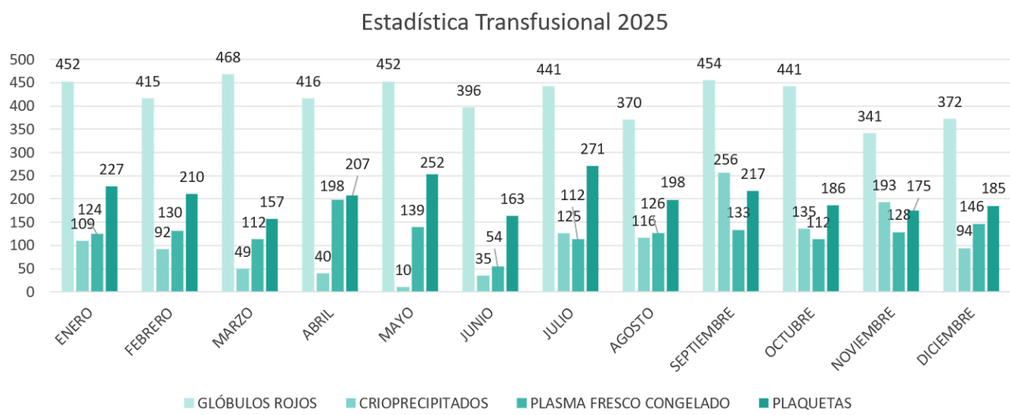
Durante este periodo 2025, la gestión se ha consolidado como el puente crítico entre la donación y el receptor, garantizando que el componente sanguíneo correcto llegue al paciente indicado en el momento preciso, bajo los más estrictos estándares de seguridad biológica.

- Cumplimiento con suficiencia a la demanda de hemocomponentes para pacientes institucionales, en respuesta a la ocupación hospitalaria, cumplimiento 100%.



Laboratorios

- Planeación y redistribución logística de las áreas de almacenamiento y laboratorio clínico, con ampliación de área de almacenamiento de hemocomponentes, cumpliendo lineamientos normativos de habilitación. (Ejecución 100%)
- Optimización de tarifas por proveedores de reactivos y pruebas, con optimización de proceso operativo y migración de tecnología. (Ejecución 100%).



- Cumplimiento de estándares de calidad en hemocomponentes, suministros y pruebas cruzadas, con gestión de eventos adversos y fortalecimiento de seguridad del paciente.
- Se realizaron 5 de jornadas intramurales de donación de hemocomponentes, recolectando 85 unidades de hemocomponentes en sitio.

Durante 2025, los laboratorios de Patología, Laboratorio Clínico y Gestión Pretransfusional fortalecieron su capacidad diagnóstica y operativa mediante la incorporación de tecnología avanzada, optimización de procesos y cumplimiento de estándares de calidad, logrando incrementos de productividad, mayor oportunidad en los resultados y garantía del 100% en el suministro de hemocomponentes, consolidándose como un soporte clave para la seguridad del paciente y la toma de decisiones clínicas.

Tecnologías en salud y *alto costo*

Dirigir de forma integral la gestión administrativa y asistencial de tecnologías en salud, medicamentos y procedimientos de alto costo en la Fundación Clínica Vida, asegurando el cumplimiento normativo, la evaluación técnico-científica y la optimización de recursos. Lidera los procesos MIPRES, la auditoría médica especializada y la coordinación de comités científicos, articulando plataformas gubernamentales y servicios clínicos, con el propósito de garantizar un acceso oportuno, equitativo y regulado a tecnologías en salud.

El año 2025 se caracterizó por una intensa actividad operativa en el área de Tecnologías en Salud y Alto Costo, con resultados que demuestran un alto compromiso con la pertinencia y oportunidad en la atención de pacientes oncológicos y hematológicos, a pesar de los desafíos significativos derivados de la reducción de personal.

Indicadores Clave 2025

Auditoría de Medicamentos de Alto Costo:

- Aproximadamente 120.000 ordenamientos auditados
- Medicamentos de alto costo de especialidades de Oncología y Hematología
- Auditoría de cumplimiento normativo (SGSSS, INVIMA, CUPS, CUM, GPC)

Gestión MIPRES y Tecnologías No PBS:

- Gestión completa de plataforma MIPRES y Web Service aproximadamente 7 mil prescripciones
- Administración de medicamentos UNIRS, nutriciones enterales (APME) y servicios complementarios
- Direccionamientos, suministros y reportes al Ministerio de Salud

Juntas de Profesionales y Evaluación Técnico-Científica:

- Gestión de aproximadamente 3.415 juntas de profesionales: Este proceso es la evaluación diaria de los MIPRES que cumplen criterios de evaluación por Staff determinado por la normatividad vigente (Resolución 740/2024), se trata de los medicamentos UNIRS, los servicios complementarios y las nutriciones enterales (APME) en el ámbito ambulatorio lo que exige una agenda con pares de prescriptores, evaluación de bibliografía técnica que justifique el uso de estas tecnologías y correlacionarlo con el estado del paciente con la intención de tratamiento, finalmente se montan a la web Service del ministerio con las decisiones y las actas correspondientes. Juntas de profesionales se muestra más adelante.
- Consentimientos informados para medicamentos UNIRS 3,202 aproximadamente
- Coordinación de comité científico institucional 13 evaluaciones

Gestión Financiera:

- Valor total de medicamentos auditados de alto costo aproximadamente 180 mil millones de pesos

- Facturación y cobro de tecnologías No PBS cercanos a 5 mil millones de pesos lo que representa un rubro significativo que va a ser cubierto por presupuestos máximo y recobros obedece a la inclusión de medicamentos no cubiertos por la UPC, el gran volumen de medicamentos UNIRS y el aumento de prestaciones por medio de tutelas o medidas legales.

Logros Principales

1. **Pertinencia Clínica:** Mantenimiento de altos estándares de auditoría médica para medicamentos de alto costo, verificando adherencia a INVIMA, guías de práctica clínica y criterios UNIRS.
2. **Compliance Normativo:** Cumplimiento integral con normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Decreto 1011 de 2006, Resolución 1885 de 2018 y protocolos de auditoría médica.
3. **Gestión MIPRES:** Administración efectiva de plataforma MIPRES como delegado institucional, garantizando trazabilidad completa de tecnologías No PBS desde prescripción hasta entrega al paciente.
4. **Evaluación de Tecnologías Innovadoras:** Deliberación técnico-científica de medicamentos oncológicos innovadores, evaluando relación costo-beneficio e impacto presupuestal.
5. **Acceso Oportuno:** Gestión de autorizaciones y direccionamientos que permitió mantener continuidad de tratamientos quimioterapéuticos y hematológicos.
6. **Reducción de Cancelaciones:** Disminución de cancelaciones de atenciones por causales administrativas mediante gestión efectiva de inconsistencias con aseguradoras.

Auditoría de medicamentos de alto costo

La auditoría de medicamentos de alto costo representa el eje central de la operación del área de Tecnologías en Salud. Esta auditoría se realiza de manera sistemática y detallada sobre cada una de las prescripciones emitidas en los servicios de oncología y hematología, verificando:

1. **Pertinencia de Indicación INVIMA:** Que el medicamento esté autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos para la indicación prescrita.

2. **Criterios Farmacológicos:** Verificación de dosis, posología, vía de administración, forma farmacéutica, cantidad y tiempo de tratamiento conforme al Decreto 2200 de 1993.
3. **Guías de Práctica Clínica Institucionales:** Que la prescripción sea consecuente con la evidencia científica disponible y protocolos oncológicos y hematológicos institucionales.
4. **Clasificación de Cobertura PBS:** Verificación de si la tecnología está incluida en el Plan de Beneficios en Salud-Unidad de Pago por Capitación (PBS-UPC) o requiere gestión adicional como No PBS.
5. **Autorización Previa:** Confirmación de que la prescripción cuenta con autorización previa de la entidad aseguradora (EPS/EAPB).

Ordenamientos Auditados por Mes - Año 2025

Basado en proyecciones comparables con el desempeño de 2024, se estima que durante el año 2025 se auditaron aproximadamente entre 120,000 ordenamientos de medicamentos de alto costo, distribuidos mensualmente según patrones de actividad clínica oncológica y hematológica.

Este volumen se mantiene consistente con años anteriores, demostrando la capacidad operativa del área para procesar un alto volumen de prescripciones con criterios rigurosos de auditoría médica farmacéutica.

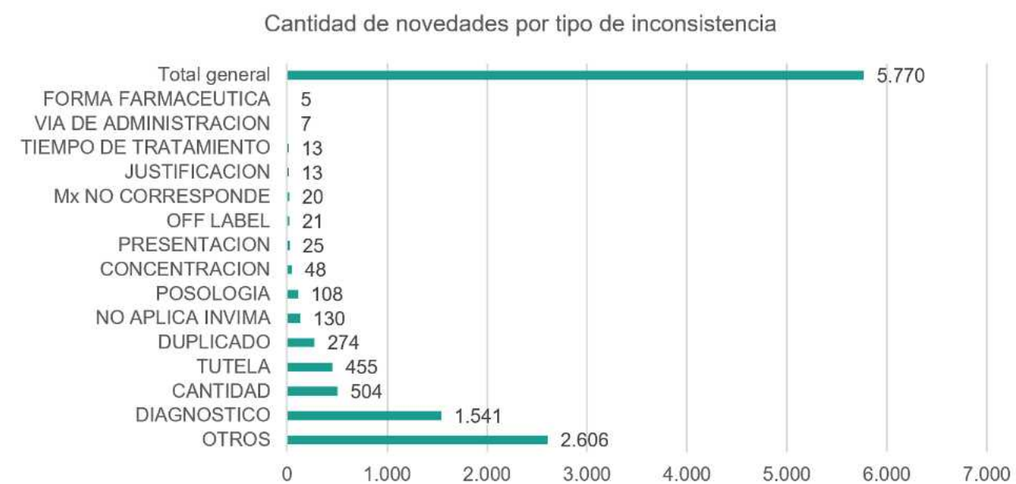
- Cantidad de ordenamientos de medicamentos considerados alto costo que se auditaron por mes y el total en el año 2025.

Representa la cantidad de auditorias realizadas a los ordenamientos alto costo, esto implica validar los criterios de auditoria y pertinencia como dosis, indicación, tiempos de tratamiento, cantidades, protocolos, cobertura, posología, forma Farmaceutica y concentración, entre otros criterios de gestión y de políticas institucionales como staff de terapias especiales o staff funcional.

Inconsistencias Detectadas

Durante el proceso de auditoría se identifican inconsistencias que requieren gestión con prescriptores y aseguradoras.

- Cantidad de ordenamientos auditados encontrados con inconsistencia por tipo durante el año 2025.



Respresenta los tipos de novedades o inconsistencias en la formulación; evidencia el tipo de esfuerzo que se tiene al momento de la auditoria siendo muy representativo el tipo “otros” (Off Label, tramite por tutela, No Aplica INVIMA, resultados de patología, sin biología molecular y ampliación de la historia clínica). Luego de evidenciar la cantidad de este tipo de inconsistencia, se segregaron algunos como causales específicas y quedaron solo como “Otros”: inconsistencias por biología molecular, resultados de patología, ampliación de la historia clínica o cualquier otro no clasificado en el listado oficial.

Gestión financiera de la auditoría

Impacto Financiero de la Auditoría

La auditoría de medicamentos de alto costo tiene un impacto financiero significativo en la institución, tanto en términos de facturación como en control de gastos.

Valor de Medicamentos Auditados Efectivamente Facturados

Durante el año 2025, el valor total de medicamentos auditados y clasificados como alto costo, efectivamente facturados, se estimó en aproximadamente 180,000 millones de pesos, con una distribución mensual variable según volumen de atenciones clínicas y número de pacientes activos en tratamiento quimioterapéutico.

Promedio Mensual: Aproximadamente 13,000 a 15,000 millones de pesos

Esta cifra representa medicamentos altamente especializados para oncología, medicamentos de última generación (inmunoterapia, terapias dirigidas) y medicamentos con amplias indicaciones UNIRS.

- Valor de los medicamentos auditados y clasificados como Alto Costo, efectivamente facturados por cada mes del 2025

Representa el costo mensual y total por medicamentos clasificados alto costo y por premedicación asociada a las aplicaciones de quimioterapia que se realizaron efectivamente durante el año 2025; la fuente de esta información es Servinte, modulo de cargos por paciente que arroja la información detallada.

Gestión de tecnologías no PBS y MIPRES

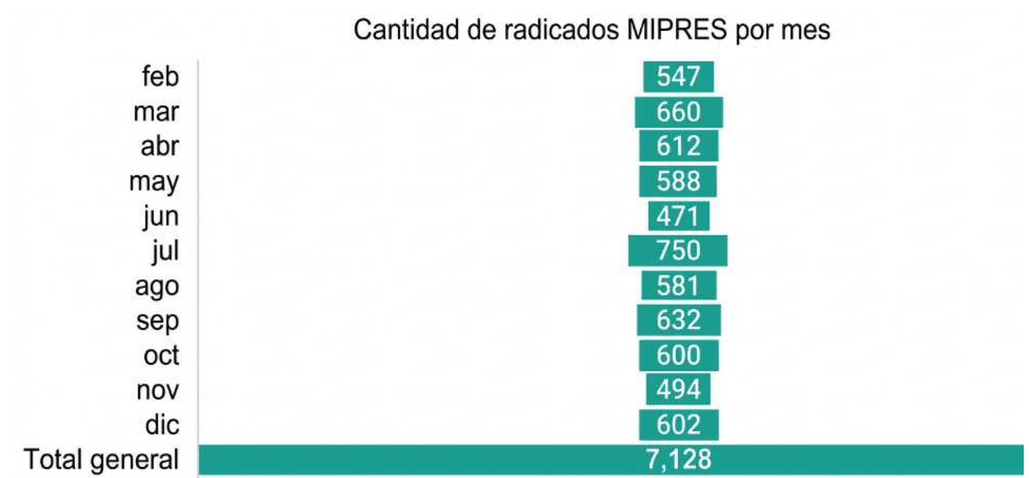
Marco Normativo

La gestión de tecnologías No PBS se rige por la Resolución 740 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, que reglamenta el proceso integral de prescripción, ordenamiento de servicios y tecnologías No Cubiertas por el PBS-UPC.

Para la gestión operativa se utiliza la plataforma MIPRES (Mi Prescripción) del Ministerio de Salud.

Ordenamientos MIPRES Gestionados - Año 2025

- Cantidad de Ordenamientos MIPRES de Tecnologías NoPBS, Medicamentos UNIRS, Nutriciones Enterales (APME) y servicios complementarios por mes.



Gestión de medidas legales y tutelas

Contexto Normativo

Las tutelas representan un mecanismo de protección constitucional para derechos fundamentales en salud. La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 establece que la salud es un derecho fundamental.

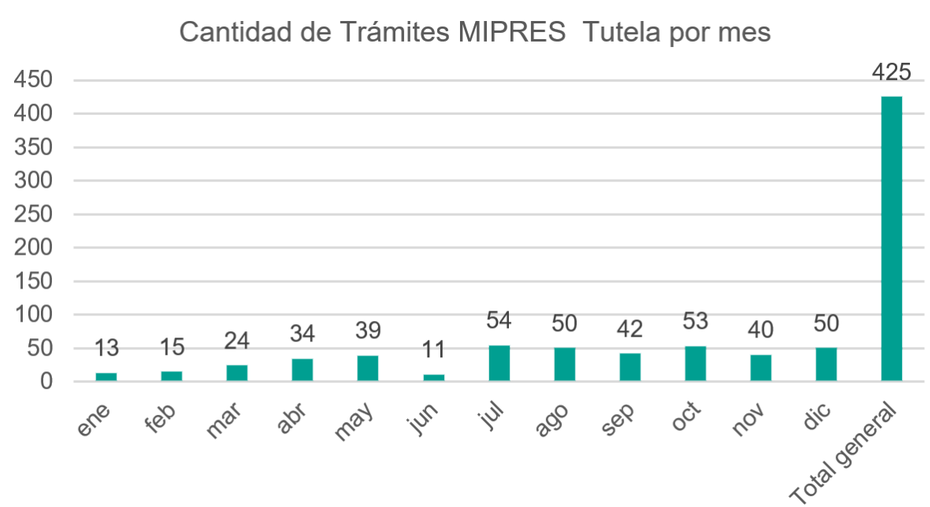
Gestión de Tutelas en 2025

Durante el año 2025, se estima que se recibieron aproximadamente 80 a 120 tutelas relacionadas con tecnologías en salud, medicamentos de alto costo, o negación de prestaciones.

Causales Principales de Tutelas

- Negación de cobertura de medicamentos oncológicos innovadores
- Retrasos en autorización de quimioterapia
- No disponibilidad de medicamentos vitales
- Discrepancia entre EPS y prescriptor

Cantidad de ordenamientos y gestiones MIPRES, direccionamientos y auditorias de Alto Costo exclusivamente por medio de medida legal Tutela.



Gestión de juntas de profesionales y consentimientos informados

Propósito de las Juntas de Profesionales

Las juntas de profesionales son espacios de deliberación técnico-científica donde se evalúan:

1. **Medicamentos UNIRS**
2. **Tecnologías No PBS complejas**
3. **Casos clínicos especiales**
4. **Evaluación de nuevas indicaciones**

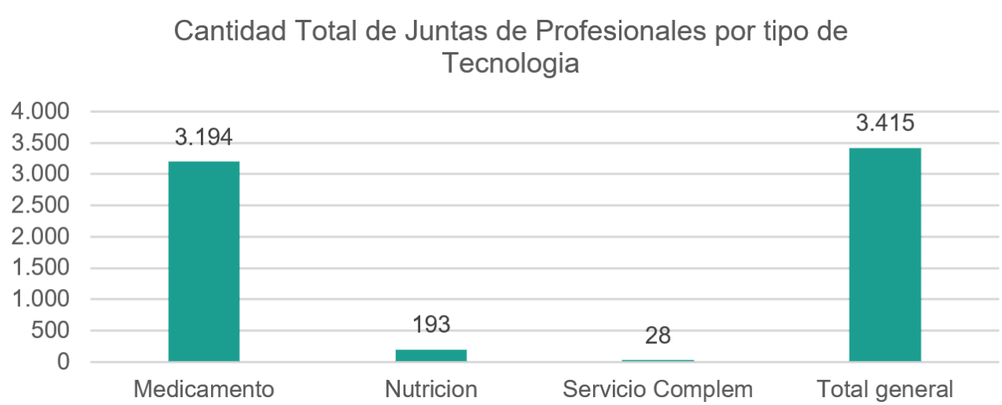
Cantidad de Juntas Gestionadas en 2025

Se estima que durante el año 2025 se gestionaron aproximadamente 3,500 juntas de profesionales.

Promedio Mensual: 250-300 juntas

- Cantidad de Juntas de profesionales gestionadas de los radicados NoPBS o Tutelas por MIPRES en el año 2025 por mes.

- Cantidad de Juntas de profesionales gestionadas en las 2025 clasificadas por tipo de tecnología NoPBS.

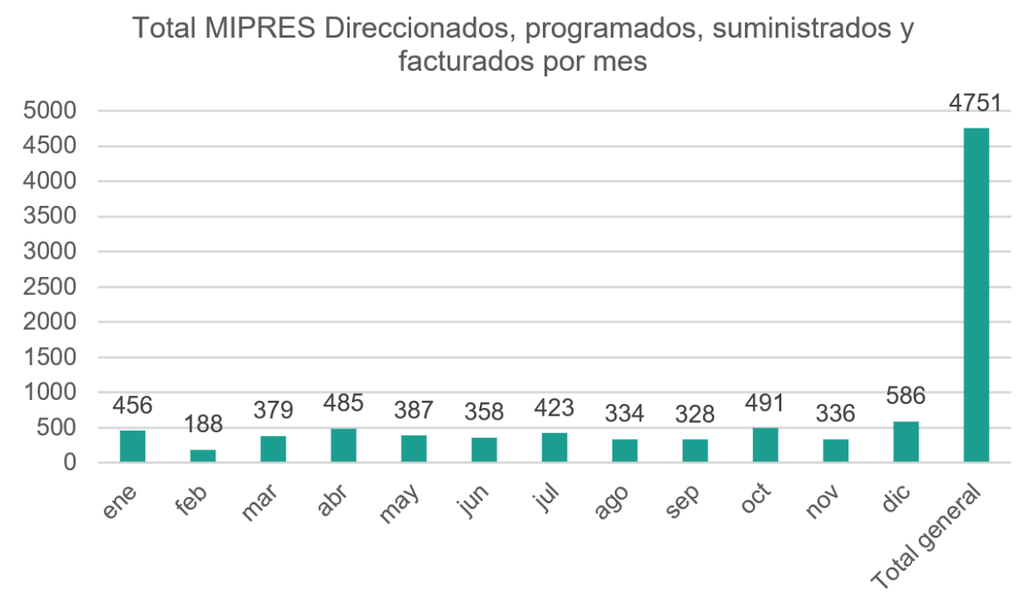


Gestión de web SERVICE MIPRES, direccionamientos, suministros y facturación

Cantidad de Direccionamientos, Programaciones y Suministros

Durante el año 2025 se estima que se realizaron aproximadamente 4,800 direccionamientos y suministros de tecnologías No PBS.

- Cantidad de direccionamientos, programaciones, suministros y facturas de Tecnologías clasificadas NoPBS y Tutelas por cada mes del 2025.



REVISAR DUPLICADO El gráfico 17 representa la cantidad y el flujo de información que se reporta al ministerio a través de la plataforma MIPRES. Cada prescripción debe cumplir proceso de 1. Direccionamiento, 2. Suministro, 3. Entrega y 4. Facturación, como procesos independientes y se hace por medio de la Web Service, un portal del Ministerio que exige por trazabilidad y seguimiento que cada radicado MIPRES, tenga estas 4 operaciones en el sistema; sin este proceso no se cumple el ciclo operativo de cobro y recobro ante la ADRES para el desembolso del recurso.

Gestión del comité científico

Propósito del Comité Científico

El Comité Científico es un órgano de deliberación institucional encargado de evaluar técnica y científicamente:

1. Nuevos medicamentos
2. Nuevas indicaciones
3. Cambios de protocolo
4. Evaluaciones económicas
5. Guías de práctica clínica
6. Medicamentos UNIRS

Evaluaciones Técnico-Científicas Realizadas en 2025

Se estima que durante el año 2025 se realizaron aproximadamente 12 evaluaciones técnico-científicas de:

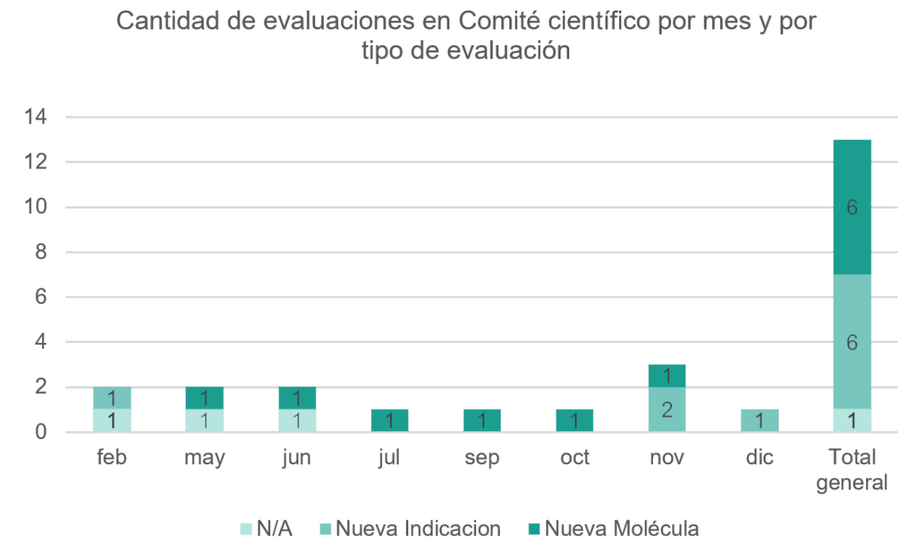
- **Nuevos Medicamentos Oncológicos:** 6 evaluaciones
- **Nuevas Indicaciones:** 6 evaluaciones
- **Actualizaciones de Guías:** 5-10 evaluaciones
- **Análisis Económicos:** 5-10 evaluaciones

Proceso de Evaluación

1. Identificación de tecnología
2. Compilación de información
3. Análisis preliminar
4. Presentación al comité
5. Deliberación
6. Decisión
7. Documentación
8. Socialización

9. Implementación
10. Monitoreo

- Cantidades de evaluaciones técnicas y científicas de medicamentos o indicaciones nuevos en el año 2025 segregadas por mes y tipo de gestión del comité científico.



Conclusiones y proyecciones para 2026

Conclusiones del Año 2025

1. **Gestión Integral Exitosa:** A pesar de desafíos significativos, el área mantuvo operación integral de todos sus procesos clave.
1. **Volumen Operativo Considerable:** Se gestionaron aproximadamente 120,000-130,000 auditorías, 3,000-3,500 juntas de profesionales, y 6,500-7,500 ordenamientos MIPRES.
1. **Pertinencia Clínica Mantenida:** Auditoría rigurosa aseguró que medicamentos de alto costo fueron prescritos según indicaciones INVIMA, criterios científicos, y guías institucionales.
1. **Impacto Financiero Significativo:** Gestión de aproximadamente 180,000 millones de pesos en medicamentos de alto costo, plus 5,000 millones

en tecnologías No PBS. Esto representa un flujo de recurso diferente, es un monto de la facturación que se queda atrapado en los tiempos de desembolsos de la ADRES para los presupuestos máximos que no están fluyendo adecuadamente o de manera regula.

1. **Cumplimiento Normativo:** Compliance integral con Resolución 740 de 2024, normatividad MIPRES, y requerimientos de entidades regulatorias.

Objetivos Estratégicos para 2026

1. **Mejora de Sistemas:** Implementar herramientas de información que aumenten eficiencia operativa como automatización de criterios de auditoría y de pertinencia utilizando inteligencia artificial (IA)
1. **Fortalecimiento de Capacidades:** Programa estructurado de capacitación especializada del personal auditor, mejorando el conocimiento en Guias de Practica Clínica, protocolos y nuevas tecnologías que se están adoptando a nivel institucional.
1. **Mejora de Tiempos:** Reducción de tiempos de respuesta en gestión de inconsistencias y MIPRES, esperando que sean respuestas de menos de 24 horas para as inconsistencias y en términos de 3 días para la gestión de las autorizaciones.
1. **Evaluación de Tecnologías Estructurada:** Implementar metodologías rigurosas de evaluación económica
1. **Integración de Sistemas:** Mejorar integración entre historia clínica, auditoría y MIPRES
1. **Sostenibilidad Financiera:** Análisis de impacto presupuestal de nuevas tecnologías

Proyecciones Operativas 2026

Auditoría de Alto Costo:

- Aumentar volumen de 120,000-130,000 auditorías
- Implementar auditoría por riesgo

Comité Científico:

- Aumentar evaluaciones técnico-científicas
- Implementar análisis económico formal
- Actualizar todas las guías de práctica clínica oncológicas
- Expandir evaluación de nuevas tecnologíasProducir informacion científica para reportes o publicaciones.

Dirección sedes *Ambulatorias*

Durante el año 2025 se logró la reforma estructural de la sede Poblado piso 3, anteriormente constituida por una sala de quimioterapia con capacidad para 32 pacientes, 1 consultorio, 1 sala de procedimientos, 3 quirófanos, el servicio farmacéutico y el laboratorio de congelación, esto motivado por la necesidad de cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a una de las autoevaluaciones realizadas por el equipo de calidad de la Clínica en el año 2023; la remodelación finalmente queda lista el día 18 de marzo de 2025, así como las rutas para el paciente y el personal, debidamente socializadas en los nuevos espacios: 5 consultorios en donde se realizan procedimientos, 3 quirófanos, 1 servicio farmacéutico y el laboratorio de congelación, por lo que el día 19 de marzo de 2024 se reinaugura la sede con la atención de 2 pacientes, uno bajo anestesia general (quirófano) de EPS Sura, y el otro bajo anestesia local (salas de procedimientos) particular, los

Infraestructura y reapertura de la sede

En 2025 se realizó la reforma y reapertura de la sede Poblado piso 3, fortaleciendo la capacidad asistencial con quirófanos, salas de procedimientos y nuevos espacios clínicos en cumplimiento de estándares de habilitación.

cuales lograron poner en funcionamiento el servicio quirúrgico con todos sus ambientes, el laboratorio de congelación, el servicio farmacéutico, las salas de procedimientos y las demás áreas de la sede (ingreso, turnero, admisiones y atención al usuario, unidades sanitarias de paciente y personal, vestieres de pacientes y personal, sala de espera).

La remodelación de la sede Poblado y su re-apertura significó un gran esfuerzo para todo el equipo de trabajo de la sede y para los líderes de áreas y procesos que acompañaron dicho proceso, que incluyó desde la presentación en Junta Directiva de la propuesta inicial que se fue abriendo camino después de varias reuniones y presentaciones, que incluyó un proceso previo de no dejar de prestar los servicios que prestaba la sede antes de su cierre, sino trasladarnos de manera articulada y organizada a la sede 80 para continuarlos prestando allí, un durante con la planeación de los servicios a retornar a la sede así como el personal, con la ubicación de los nuevos puestos de trabajo, con la selección del personal, la socialización de los procesos replanteados y de los espacios y finalmente la activación paulatina de la operación en sede con la búsqueda de soluciones inmediatas a las necesidades no contemplada dentro de lo planeado y revisado.

La sede Poblado piso 3 no solo sufrió (de manera positiva) un proceso de cambio en sus espacios, la idea era desde el principio generar una marca diferenciadora (no en negativo) de la sede Hospitalaria, que hiciera a la primera más atrayente para el mercado de pacientes particulares, de pólizas y medicinas prepagadas, partiendo de una tarifas competitivas que se ayudaron a construir al área comercial desde la dirección de sedes con el acompañamiento de algunos especialistas, hasta el ser una figura presta a tomar nota de hallazgos, sugerencias y solicitudes de mejora, gestionarlas y resolverlas, haciendo un trabajo de acompañamiento día a día al personal de la sede en la adopción de unas pautas de conducta que generaran una cultura in sitio de accountability, de dinamismo, de servicio con amabilidad y respeto.

Si bien los números eran importantes, fue la generación de valor (intangible), de confianza en el personal médico, de enfermería y de áreas de apoyo, y el sentido de pertenencia de todos por la sede, lo que generó una cadencia propia de ocupación de los espacios, de seguir siendo elegidos por los especialistas para la intervención de sus pacientes privados a pesar de evidenciar brechas aún en algunos procesos, falta de la opción de ciertos beneficios frecuentes en el medio y que vinieron más adelante (alimentación y parqueadero) y otras oportunidades de mejora que a hoy se siguen trabajando para no perder la fidelización generada.

Desde la re-apertura de la sede Poblado piso 3 se han acompañado los distintos procesos, escalando las necesidades detectadas a las áreas correspondientes, logrando la intervención de 1825 pacientes en quirófanos y 4037 en salas de procedimientos, a los que se les realizaron 2780 y 5605 procedimientos respectivamente, lo que corresponde a 5862 pacientes intervenidos y 8385 procedimientos realizados en Poblado piso 3 desde el 19 de marzo hasta el 31 de diciembre de 2025.

En promedio (de abril a diciembre para tomar meses completos), la Sede Poblado piso 3 atendió: en quirófanos: 195 pacientes/mes, 65 pacientes/quirófano/mes, siendo julio el mes de mayor número de pacientes con 260 y diciembre el mes con menor número con 164.

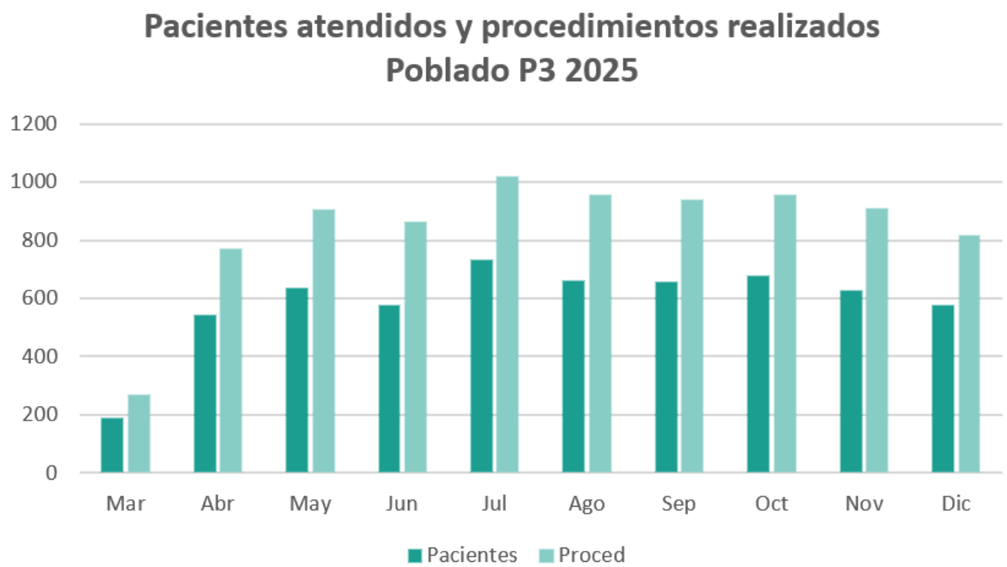
En salas de procedimientos: 435 pacientes/mes, 87 pacientes/sala de procedimientos, siendo julio el mes con mayor número de pacientes con 473 y abril el mes con menor número con 374.

En general el mes con mayor número de pacientes intervenidos en Sede Poblado piso 3 fue julio con 733 y con 1016 procedimientos realizados, mientras que el mes con menor número de pacientes y procedimientos fue abril con 543 y 769 respectivamente, que en promedio para el año 2025 se traducen en 631 pacientes intervenidos/mes y 902 procedimientos realizados/mes. Ver gráfica 1 para más detalles.

Impacto en la atención

Desde su reapertura en marzo de 2025, la sede atendió 5.862 pacientes y realizó 8.385 procedimientos, consolidándose como un espacio estratégico para la atención ambulatoria y del mercado privado.

Gráfica 1. Número de pacientes y procedimientos realizados mes a mes en la Sede Poblado piso 3 en el año 2025



En cuanto a la segmentación de la población de acuerdo a la aseguradora se mencionan los 3 lugares de mayor representatividad:

3834 pacientes corresponden a la EPS Sura, representando el 65% del total de la población atendida; 838 pacientes corresponden a Póliza de Sura, representando el 14% del total de la población atendida, y 177 pacientes financiaron su atención de manera particular, lo que representa el 3% del total de la población atendida. Para mayor detalle ver la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de Población atendida en la Sede Poblado Piso 3 en el año 2025 por aseguradora

Aseguradora	# ptes	%
Sura EPS	3834	65
Póliza Sura	838	14
Particulares	177	3
Alianza	176	3

Aseguradora	# ptes	%
Coosalud	172	3
Coomeva MP	164	3
PGP Savia Salud	122	2
Colsánitas	105	2
PIP mama Sura	77	1
EPM	60	1
Colmédica	41	1
Medplus	25	0,4
AXA Colpatria	24	0,4
Allianz	20	0,3
Medisanitas	9	0,2
Comfachocó	8	0,1
Universidad de Antioquia	5	0,1
Seguros Bolívar	4	0,1
Fiduciaria La Previsora	1	0,0
Total pacientes	**5862**	**100**

Dado que la generación de marca en la prestación de servicios de salud para pacientes del mercado privado fue el objetivo principal de la inversión económica generada en la remodelación de la sede (luego de cumplir con los estándares de habilitación), la medición del comportamiento de dicho indicador era fundamental se midiera desde el principio de su reapertura aún siendo conscientes de la falta de una estrategia comunicacional fuerte (redes sociales con influencers o publicidad paga), de un área de marketing dentro de la Clínica y de que el mercado de unos quirófanos atrayentes para dicha población se hacía cada vez más notorio en el sector, sin tener en cuenta que de acuerdo a los estudios realizados en tema, las empresas con campañas masivas en otros sectores alcanzan un reconocimiento de marca en 1 a 3 años (con inversión fuerte y ejecución perfecta) y las más tradicionales en 5 a 10 años de entrega constante y publicidad.

Entre el 19 de marzo y el 31 de diciembre del año 2025 se atendieron en la Sede Poblado piso 3 un total de 1407 pacientes particulares, de pólizas y

medicinas prepagadas (PPP para efectos de este informe), representando un 24% del total de la población atendida, con un promedio/mes de 151 pacientes (entre abril y diciembre), siendo mayo y noviembre los mejores meses con 180 y 179 pacientes respectivamente y abril el mes más bajo con 85 pacientes, con una tendencia al alta que aún se conserva a pesar del mes de diciembre que, como es de esperarse, contó únicamente con 122 pacientes atendidos de dicho grupo. Ver gráfica 2.

Así mismo es importante dentro del mercado privado o PPP realizar la segmentación de acuerdo a su origen, denominados en la institución como EXTRAINSTITUCIONALES (nombre del que soy autora) para aquellos pacientes evaluados en los consultorios privados de los especialistas pero intervenidos en la sede, o institucionales, para hacer mención a aquellos evaluados en la consulta institucional y posteriormente llevados a cirugía o procedimiento. Dicha segmentación está representada en un 87% por EXTRAINSTITUCIONALES, que corresponde a 1231 pacientes y en un 13% por institucionales, que corresponde a 176 pacientes, lo que quiere decir que el mercado PPP se mueve principalmente dada la elección que el cirujano realiza de intervenir a su paciente en nuestros espacios, lo que destaca una importante oportunidad de mejora en términos de que, a través de estrategias que nos hagan más visibles y de la generación de confianza basada en una atención cercana, respetuosa y con buenos resultados, los usuarios nos busquen directamente dentro de sus directorios telefónicos.

Así mismo es importante aclarar el origen de los especialistas que generan atención de pacientes PPP EXTRAINSTITUCIONALES; cuatro de ellos son especialistas externos a la organización que representan algo más del 10% de esta población atendida en el año 2025. El resto de los especialistas, que en número absoluto son cerca de 20, hacen parte de la organización (la

Tras la reapertura de la sede Poblado piso 3, se atendieron 1.407 pacientes del mercado privado (particulares, pólizas y medicina prepagada) entre marzo y diciembre de 2025, representando el 24% de la atención total, con una tendencia creciente en la captación de pacientes, impulsada principalmente por la confianza de los especialistas y con Dermatología como la especialidad con mayor aporte a este segmento

gran mayoría a través de un contrato por prestación de servicios) y genera el 90% restante.

La distribución porcentual del porcentaje de contribución por especialista, dentro del mercado PPP EXTRAINSTITUCIONAL puede verse a detalle en la tabla 2, sin embargo sobresale de entre ellos el Dr. Guillermo Jiménez, Dermatólogo oncólogo, con una contribución del 39%, seguido de la Dra. Catalina Santa, Dermatóloga oncóloga con el 24% y la Dra. Ángela Londoño, Dermatóloga con el 7%, lo que quiere decir que solo desde la especialidad de Dermatología se genera más del 70% del mercado PPP EXTRAINSTITUCIONAL, lo que reforzaría la idea de que el área de Dermatología es la especialidad médica que hoy más capacidad de contribución tiene en procedimientos que se ajustan a las capacidades de la sede Poblado (pequeña y mediana complejidad)

Gráfica 2. Pacientes PPP intervenidos en Poblado piso 3 mes a mes durante el año 2025

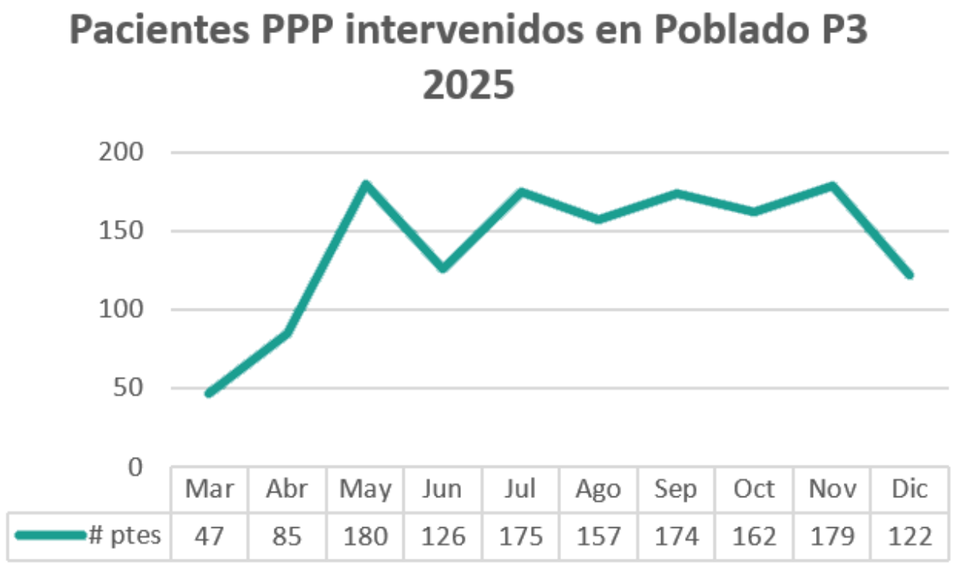


Tabla 2. Distribución porcentual de la contribución (participación) por especialista en el mercado PPP de pacientes atendidos por la Sede Poblado piso 3 en el año 2025.

Especialista	%
Guillermo Jiménez	39
Catalina Santa	24
Ángela Londoño	7
Fernando Herazo	6
Gonzalo Ángel	5
Sergio Lozano	3
María Angélica Ospina	3
Marino Cardona	3
Mauricio Borrero	3
David Miranda	2
Luis Javier Gallón	1
Milton Mejía	1
Juan Botero	1
Ana María Naranjo	1
Felipe Mesa	0,4
Ana María Carvajal	0,4
Carlos Urzola	0,3
Mauricio Jaramillo	0,3
Julián Bernal	0,3
Silvia Díaz	0,1
Catalina Franco	0,1

Dentro de los procedimientos realizados en la sede Poblado piso 3, la Cirugía de Mohs es el principal, con una participación del 39%, seguido de la resección de tumor benigno o maligno de la piel con un 23% y las biopsias de piel con un 13%, haciendo que los procedimientos en Dermatología en su totalidad correspondan al 84% de lo realizado en sede, seguido de los procedimientos de la mama que corresponden al 12%.Ver más detalles en la tabla 3.

Tabla 3.Porcentaje de participación por tipo de procedimiento realizado en la sede Poblado piso 3 en el transcurso del año 2025.

Tipo de procedimiento	%
Cirugía de Mohs	39
Resección de tumor de piel	23
Biopsia de piel	13
Crioterapia	8
Cuadrantectomía	4
Biopsia de ganglio centinela	3
Reconstrucción de mama unilateral	1
Colgajo a distancia en varios tiempos	0,9
Reconstrucción de mama bilateral	0,5
Vaciamiento ganglionar linfático	0,5
Resección de cicatriz	0,5
Fistulectomía	0,4
Biopsia de uña	0,4
Mastectomía bilateral	0,3
Mamoplastia de reducción unilateral	0,3
Injerto graso de la mama	0,3
Onicectomía	0,2
Colgajo dorsal ancho	0,2
Mamoplastia oncológica unilateral	0,1
Retiro de prótesis bilateral	0,1
Extracción de dispositivo de mama unilateral	0,1
Drenaje de colección en mama	0,1

El 70% de las cirugías de Mohs realizadas en la organización durante el año 2025 se resolvieron a través de 1 solo estadio, dato que es superior a lo reportado en la literatura para las instituciones en general que realizan este tipo de procedimientos, siendo 2 el número de estadios mayormente requeridos. Ver distribución por número de estadios requeridos para la totalidad de las cirugías de Mohs realizadas en la institución en el año 2025 en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución porcentual del número de estadios requeridos para aclaramiento total de los márgenes en las cirugías de Mohs realizadas en el 2025

Estadios requeridos	%
1 estadio	70
2 estadios	27
3 estadios	2,6
4 estadios	0,5
5 estadios	0,05
6 estadios	0,03
7 estadios	0,03

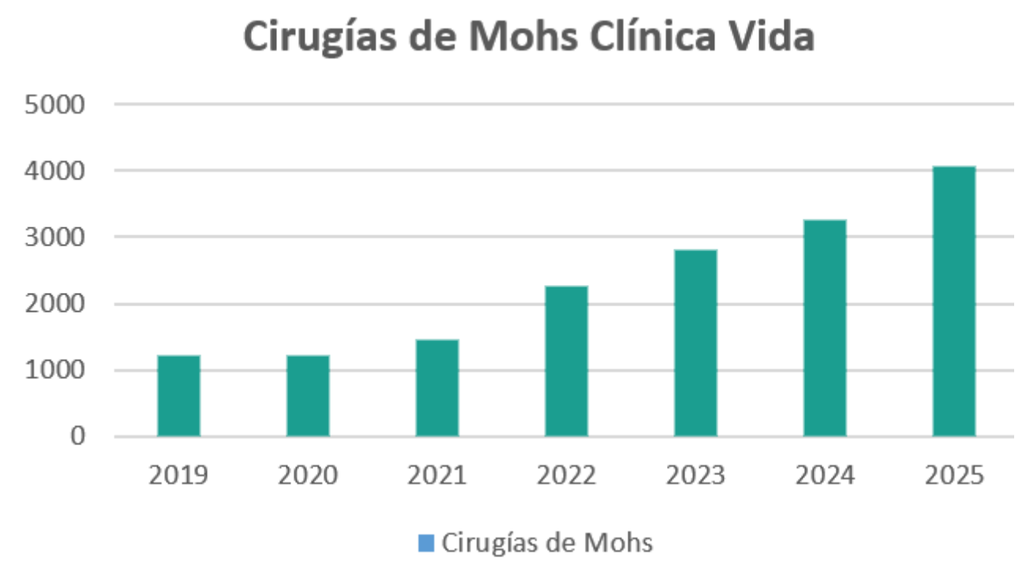
Así mismo se realizó la recopilación de las cirugías de Mohs realizadas en el año 2025 de acuerdo al diagnóstico del paciente, siendo el 90% de ellas empleadas para el manejo del Carcinoma Basocelular, el 9% para el Carcinoma Escamocelular y el 1% para otros tipos de tumor de piel.

Finalmente se recopiló la información de las cirugías de Mohs del año 2025 de acuerdo a la especialidad que reconstruye, encontrando que el Dermatología realiza dicha parte del procedimiento en el 45% de los casos, Cirugía plástica en el 50% y Oftalmología oncológica en el 5% restante.

Dentro del procedimiento insignia de la Sede Poblado piso 3, es importante destacar además que de acuerdo a las estadísticas institucionales recopiladas desde el año 2019, se han realizado y procesado en el laboratorio institucional, un total de 16 mil Cirugías de Mohs, siendo el año 2025 aquel con el mayor número de casos en la historia organizacional, con algo más de 4 mil, lo que representa un crecimiento, desde el año inmediatamente anterior, del 24,4%. Ver gráfica 3.

La Cirugía de Mohs fue el procedimiento principal de la sede Poblado piso 3, con 39% de participación, y permitió alcanzar en 2025 el mayor número de casos en la historia institucional, con más de 4.000 cirugías y un crecimiento del 24,4%.

Gráfica 3. Número de cirugías de Mohs realizadas y procesadas en Clínica Vida desde el año 2019.



Finalmente para concluir:

1. La Sede Poblado piso 3 sufrió una remodelación tanto en su infraestructura como en su población objeto definida dentro de la meta organizacional al iniciar su proceso de posicionamiento como marca PPP, que inició con una inversión en infraestructura que nos permitió competir con otros servicios quirúrgicos de la ciudad y del sector y que siguió con la confianza depositada en el equipo administrativo y asistencial encargado de hacer del nuevo espacio de la sede Poblado, un servicio que alcanzara las metas trazadas y terminara superándolas al finalizar el año.
2. La Sede Poblado cuenta ya con una identidad definida en el área quirúrgica Dermatológica; considero importante integrar a esa operación quirúrgica el resto de los procedimientos dermatológicos que hoy mueven el mercado PPP, unos ligados a la necesidad de la salud del paciente como el mapeo corporal total y la ecografía de tejidos blandos de alta resolución, que

nos permita participar en el ciclo de atención desde mucho antes de lo que hoy lo hacemos y también hasta mucho después (seguimiento y control rutinario con tecnología), y otros de tinte más cosmético pero masivamente demandados, de una manera segura, valiéndonos de la experiencia ya adquirida, de contar con los profesionales idóneos para ello y de espacios disponibles (como la Sede Poblado piso 9) para hacerlo realidad, siguiendo la premisa de que si el medio se transforma, debemos transformarnos con él.

3. Más allá de las intenciones de nuevos servicios que integren lo que ya hacemos de una mejor manera, tenemos grandes oportunidades de mejora en el marketing médico, de servicio, de servicios de salud; sin bien la construcción de marca es un proceso de no terminar y que alcanza un verdadero reconocimiento después de varios años, merece un manejo por expertos en el área.
4. Las labores de acompañar los nuevos comienzos de un servicio (de una sede en realidad), de lograr afianzar los procesos, de detectar las oportunidades de mejora en estos mediante la observación, la escucha activa de los colaboradores y especialistas, y su vivencia de cerca, de construir cultura, se denominan hoy en la organización bajo el nombre de Dirección de Sedes Poblado y Conquistadores, un rol que fácilmente se desdibuja ante los roles de otros colaboradores líderes de procesos y de personas, debido a alcances que se difuminan y se cruzan con estos, tal vez por una posición dentro de la pirámide organizacional al mismo nivel. Es una Dirección que sin procesos directamente a cargo, se encarga, escalando a los líderes directos de cada uno de ellos, de que el cambio se genere, a veces más pronto, a veces más lento, a veces luego de una sola conversación y en otras luego de muchos correos sin respuesta. Hacer que las cosas pasen (una de las premisas del corazón de la organización) requiere de personas liderándose todos los días y liderando en todo momento. Hacer que las cosas pasen requiere que cada uno aporte desde su experiencia, su liderazgo y sus procesos.

Clínicas Oncológicas Regionales CORE

Clínica Vida ha incorporado a su modelo de atención oncológica la prestación de servicios de salud descentralizada, para la población urbana y rural dispersa de los municipios del departamento de Antioquia. Con las clínicas oncológicas regionales se brinda un servicio de quimioterapia ambulatoria en el Municipio de Caucasia y Yolombó articulados con las ESEs de segundo nivel, lo que le permite al paciente asistir a las sesiones/ciclos de tratamiento acompañado de familiares y amigos que le brindan apoyo emocional y físico a largo del mismo. A su vez fortalecemos la Red Oncológica de Antioquia con oportunidad, continuidad, pertinencia y accesibilidad.

Sede Caucasia

Ubicada dentro de las instalaciones de la ESE Cesar Uribe Piedrahita del Municipio de Caucasia. La capacidad instalada es de cuatro sillas y una cama, equivalente a cinco unidades de administración de quimioterapia. Cuenta con un médico de soporte, una enfermera y un auxiliar administrativo, quienes se articulan con oncólogos y servicio de quimioterapia de nuestra sede Hospitalaria para garantizar los mismos estándares de calidad y seguridad.

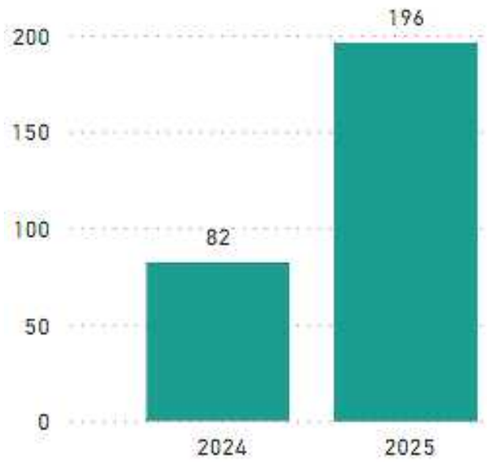


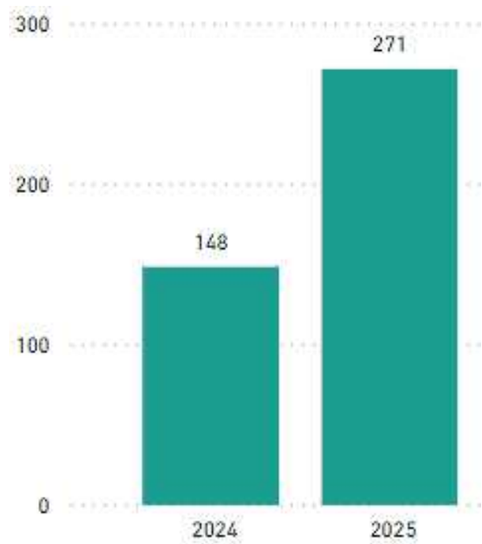
Grafico 1: Número de pacientes atendidos CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025

Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

Se observa un incremento del 139% de pacientes en la sede con respecto al 2024. Las EAPB con mayor número de usuarios fue Coosalud seguida de Savia Salud, población que tiene mayor vulnerabilidad socioeconómica

Grafico 2: Número de aplicaciones CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025

Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.



Se evidencia aumento en el 83% de las aplicaciones de medicamentos en el periodo, lo cual se traduce en mayor impacto en salud, más ingresos, mejor posicionamiento y fortalecimiento del servicio oncológico de la sede.

Grafico 3: Principales diagnósticos pacientes atendidos CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025

Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

El principal diagnostico atendido en la sede fue cáncer de mama, seguido de tumores relacionados con órganos genitales femeninos y órganos digestivos, que se conversa con el perfil epidemiológico a nivel nacional.

Sede Yolombó

Ubicada dentro de las instalaciones de la ESE Hospital San Rafael de Yolombó. La capacidad instalada es de dos sillas y una cama, equivalente a tres unidades de administración de quimioterapia. Cuenta con un médico de soporte, una enfermera, quienes tienen acompañamiento permanente por equipo especializado de la sede 80.

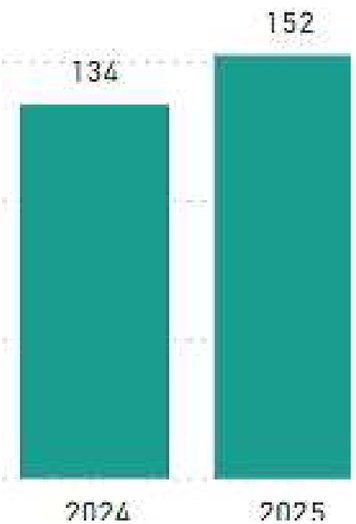


Grafico 4: Número de pacientes atendidos CORE Yolombó Enero – Diciembre de 2025

Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

Se observa un incremento de 13,4% con respecto al 2024, sede estable en su comportamiento. Las EAPB con mayor número de usuarios fue Coosalud con 107 seguido de Savia Salud con 37, EPS Sura 7, otras aseguradoras 1 usuario.

Se evidencia aumento del 2% de las aplicaciones de medicamentos en el periodo. Más pacientes recibieron tratamiento en la sede, lo que mejora el acceso a la atención especializada en la región.

Grafico 5: Número de aplicaciones CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025

Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

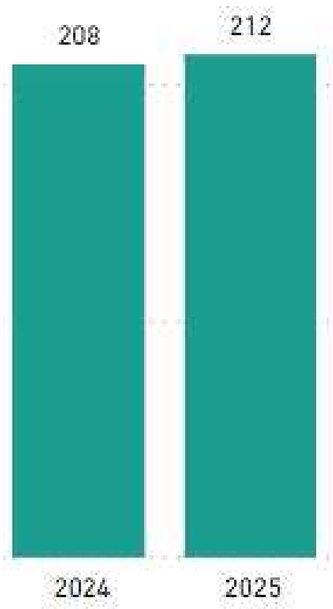
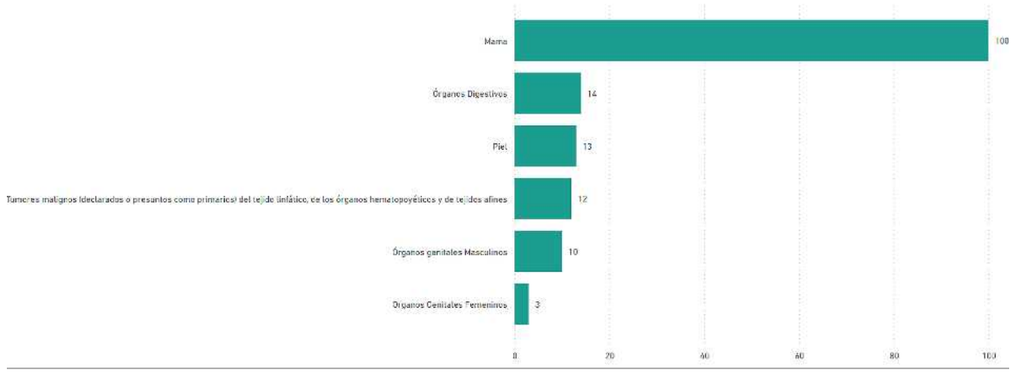


Grafico 6: Principales diagnósticos pacientes atendidos CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025



Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

Dirección Científica

Durante el año 2025, la Dirección Científica se consolidó como un eje estratégico para garantizar la calidad de los procesos clínicos y científicos de la institución, contribuyendo de manera directa al modelo de atención integral del paciente oncológico en coherencia con estándares técnicos, científicos y éticos de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida (FCCCV).

En materia de mejora continua de la calidad científica y asistencial, la Dirección Científica lideró la elaboración, actualización y seguimiento de 12 guías de práctica clínica oncológicas, así como de diferentes protocolos y procedimientos clínicos institucionales, fortaleciendo la estandarización de la atención, la toma de decisiones basadas en evidencia y generando un impacto positivo en los resultados en salud y en la práctica clínica diaria. Así como la implementación y gestión de las diferentes juntas médicas interdisciplinarias especializadas en distintos tipos de cáncer donde se discutieron 2.114 casos complejos.

En la ejecución de la planeación estratégica y el seguimiento sistemático de indicadores, participa de manera directa y continua en la revisión integral de las pacientes incidentes con diagnóstico de cáncer de mama, a través del Comité de Tumores de Mama en apoyo para la construcción y puesta en marcha de la Unidad Funcional de Cáncer de Mama (UFCA) de nuestra institución. Esta articulación garantizó la trazabilidad del proceso asistencial y permitió evaluar de manera continua la oportunidad diagnóstica, la pertinencia

terapéutica, la adherencia a los esquemas de tratamiento según estadio clínico y subtipo molecular en 899 casos incidentes de cáncer de mama; así como la coherencia entre las decisiones clínicas y los lineamientos científicos vigentes, fortaleciendo la continuidad, calidad y seguridad del tránsito de las pacientes a lo largo de una ruta de atención más eficiente, que se refleja en la mejora significativa de los indicadores de gestión del cáncer de mama.

En relación con la evaluación de nuevas tecnologías en salud, el ingreso de medicamentos innovadores y de nuevas indicaciones de tratamiento para el cáncer, a través del Comité Técnico Científico se realizó el análisis de esquemas terapéuticos y medicamentos de alto costo, lo que permitió la inclusión de 5 medicamentos (moléculas de reciente aprobación y 10 nuevas indicaciones de uso por el INVIMA). Este proceso se llevó a cabo aplicando de manera rigurosa criterios clínicos de eficacia y seguridad, costo-efectividad y sostenibilidad financiera, optimizando así la toma de decisiones institucionales para su incorporación al portafolio terapéutico. La evaluación consideró la evidencia disponible de efectividad comparada, el impacto presupuestal esperado, la relación incremental costo-efectividad y el perfil de beneficio clínico en términos de supervivencia y calidad de vida, en concordancia con la capacidad financiera de la institución y del sistema de salud. Como resultado, se fortaleció una asignación eficiente de los recursos, priorizando tecnologías de alto valor en salud, garantizando el acceso racional a terapias innovadoras y contribuyendo a la sostenibilidad del modelo de atención institucional.

Por otra parte, se mantuvo un rol activo en el liderazgo de la investigación clínica y el desarrollo científico, mediante la revisión, evaluación y aprobación de diferentes proyectos de investigación en el Comité Técnico de Investigación (CTI) de la Unidad de Investigación de la FCCCV, alineados con las prioridades institucionales, las necesidades en salud y las problemáticas clínicas de la población atendida. Este proceso fortaleció la pertinencia y el rigor científico,

En 2025, la Dirección Científica fortaleció la calidad y estandarización de la atención oncológica, mediante la actualización de 12 guías clínicas, la discusión de 2.114 casos en juntas médicas interdisciplinarias y la evaluación de nuevas tecnologías terapéuticas, contribuyendo a una atención basada en evidencia, segura y sostenible para los pacientes.

ético y metodológico de las iniciativas en investigación, promoviendo el posicionamiento de la FCCCV como un referente en investigación y en el modelo de docencia–servicio de la región y el país.

En el marco del fortalecimiento del modelo institucional de atención oncológica, se participó en la construcción de los modelos de atención y rutas integrales para el cáncer de colon, cáncer de ovario, cáncer de pulmón y cáncer de mama, mediante la participación en el diseño de los flujos asistenciales, los criterios clínicos, puntos críticos de decisión, y los roles de los diferentes actores del proceso, garantizando la asistencia oportuna y continua, así como la articulación entre servicios.

Participación en representación de la FCCCV en el panel de expertos para la actualización del consenso basado en la evidencia, de los indicadores mínimos para evaluar la gestión en la atención de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en Colombia de la Cuenta de Alto Costo. Finalmente, se destaca la participación activa y permanente en las actividades de educación médica continuada apoyando la gestión del conocimiento, tanto para personal médico y de apoyo institucional, así como en la planeación, coordinación y ejecución del Simposio de Melanoma de la FCCCV y en la Tercera Jornada de Investigación: “Innovación y Colaboración en la Investigación Oncológica”, de la Unidad de Investigación de la FCCCV con apoyo de la Universidad CES.

Proceso	N (sesiones/pacientes) anuales
Guías de práctica clínica	
Elaboración, actualización y seguimiento de GPC	12

Proceso	N (sesiones/pacientes) anuales
Juntas interdisciplinarias con asistencia permanente de oncología clínica 10 (2.114 casos)	
Terapias especiales	457
Tracto Gastrointestinal/ Oncología	458
Tórax	249
Pélvicos	253
Melanoma	355
Mastología	112
Cabeza y Cuello	9
Peritoneo	135
Muerte digna	86

Proceso	N (sesiones/pacientes) anuales
Comité de Tumores de la UFCA de cáncer de mama, 53 sesiones, semanal	
Pacientes incidentes de cáncer de mama	899
Oportunidad de la atención por especialista tratante	17,4 días
Oportunidad de inicio de primer tratamiento	28,1 días
Oportunidad de cirugía	15,7 días
Oportunidad de quimioterapia	7,1 días

Proceso	N (sesiones/pacientes) anuales
Comité técnico científico sesiones 13 en total	
Evaluación de nuevos indicaciones	10
Evaluación de nuevas tecnologías	5
Comité de plan de trabajo de temas - guías	1

Proceso	N (sesiones/pacientes) anuales
Comité de Tumores de la UFCA de cáncer de mama, 53 sesiones, semanal	
Evaluación y aprobación proyectos de investigación institucional	9
Participación activa en proyectos de investigación institucional	4
Jornada de investigación- Tercera versión, comité organizador	1
Participación co-investigador en convocatoria externa, 966 de 2025 de Minciencia.	1

Dirección de *Enfermería*

Enfermería como eje transversal del modelo asistencial

Consolidación de programas institucionales bajo el liderazgo enfermero

Se pasó de intervenciones aisladas a programas estructurados

2025: año de estructuración y formalización de procesos

- Inclusión de HIPEC más cirugía de citorreducción dentro de los procedimientos susceptibles del programa.
- Caracterización y trazabilidad de pacientes gracias a la base de datos ERAS consolidada. Uso de escalas funcionales, nutricionales y de fragilidad.
- Adherencia institucional al protocolo preoperatorio (educación, nutrición y preparación de colon).
- Identificación de barreras que impactan en estancias hospitalarias, adherencia terapéutica, tasa de complicaciones y reingreso hospitalario.
- Integración del equipo interdisciplinario, comunicación y toma de decisiones conjuntas.

Estrategia de atención con enfoque ERAS

Estructuración de consultas de enfermería ERAS con actividades de tele-orientación, educación y seguimiento telefónico

Número de atenciones realizadas con enfoque ERAS desde su implementación (agosto a diciembre 2025):

MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Total	122	67	67	50	72	378

Número de seguimientos al usuario por mes:

	1	AÑO 2025 2	3	
Diciembre	91	64	96	251
Noviembre	19	27	23	69
Octubre	36	36	61	133
Septiembre	69	71	32	172
Agosto	24	11	1	36
TOTAL DE SEGUIMIENTOS 2025	239	209	213	661

Educación al paciente y familia: creación de material educativo en colaboración con el departamento de comunicaciones de la clínica.

Incluye folletos digitales, fichas de preparación de colon y videos con participación del equipo interdisciplinario.

Página web institucional

Programa de dolor y cuidado paliativo

Consulta interdisciplinar: paliativista, enfermera oncóloga, psicología y nutrición

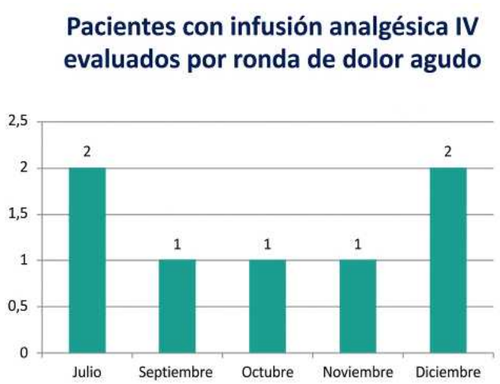
El programa creció un 14% en el año 2025, pasando de tener 1507 atenciones a 1742 en 2025. El 87% de ellas correspondió a EPS Sura.

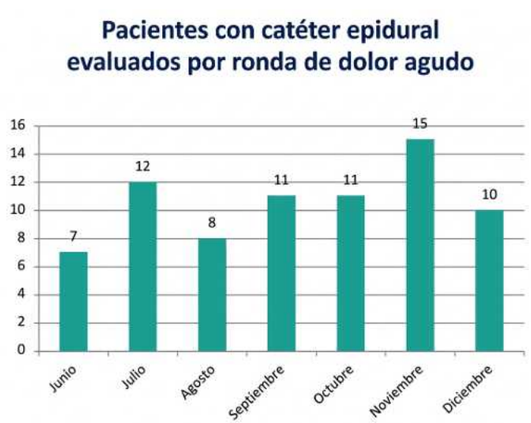
TOTAL
1507

TOTAL
1742

Programa de dolor agudo: implementación segundo semestre 2025

74 pacientes al cierre del año





Programa de accesos vasculares

Características del programa

- Atención a pacientes de acceso venoso difícil.
- Interconsulta al programa a nivel intrahospitalario.
- Valoración del paciente de manera integral.
- Determinar el tipo de acceso vascular (PICC, CLM).
- Técnica avanzada guiada por ecografía para las inserciones (previa orden médica).
- Ronda diaria de dispositivos de acceso vascular a pacientes hospitalizados.
- Seguimiento y mantenimiento de los catéteres centrales y de línea media a pacientes ambulatorios.
- Analizar y gestionar los incidentes y eventos adversos asociados al dispositivo y/o la inserción del mismo.

Fecha de inicio: agosto 2025

Catéter PICC 219

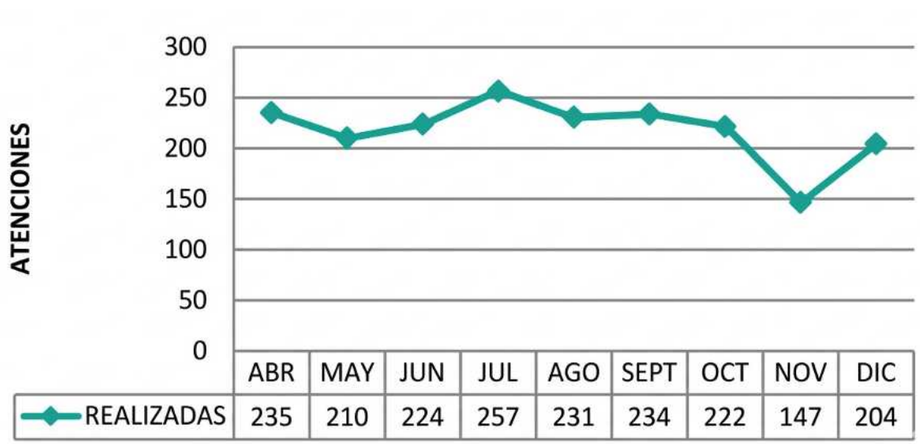
Catéter de línea media (CLM)

284 Inserciones desde agosto – diciembre 2025

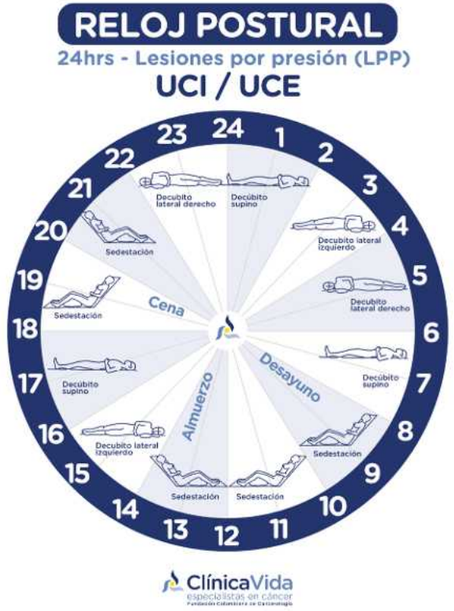
Programa de Clínica de heridas 2025

El programa creció un 14% en el año 2025, pasando de tener 1507 atenciones a 1742 en 2025. El 87% de ellas correspondió a EPS Sura.

Hospitalarios sede 80



	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
REALIZADAS	235	210	224	257	231	234	222	147	204



Inició en julio 2025 Marcación y valoración POP

20 atenciones promedio al mes para un total de 110 entre valoraciones prequirúrgicas y postquirúrgicas.

Certificación en cuidado paciente ostomizado por la Universidad del Bosque en alianza con Convatec (alcance a más de 40 colaboradores).

Programa de piel sana

Interconsulta clínica de heridas (intrahospitalaria): 1964 atenciones

Atención paciente ostomizado

- Curaciones de alta tecnología.
- Manejo de fístulas
- Instalación de Sistema de presión negativa
- Manejo de lesiones por dependencia.
- Lesiones tumorales.

Grupo interdisciplinar de educación para pacientes que inician quimioterapia

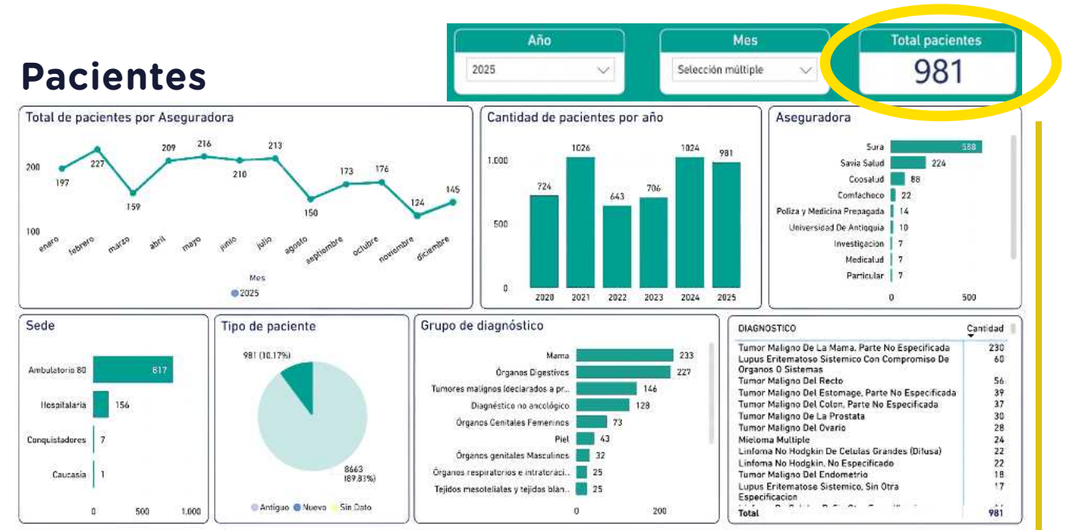
Inició en modalidad presencial en julio 2025

Nutrición
Psicología
Enfermería
Oncología

Educación grupal interdisciplinaria previo al inicio del tratamiento:

- Preparar al paciente y su familia para el inicio de la QT.
- Educar sobre cuidados, autocuidado y efectos secundarios.
- Promover la identificación temprana de signos de alarma.
- Fortalecer la adherencia y seguridad del tratamiento oncológico.

Pacientes



Total de pacientes nuevos desde julio a diciembre 2025

Integración de enfermería en el análisis institucional de eventos adversos

2025 permitió reconocer la situación real y generar conciencia institucional sobre la necesidad de fortalecer una cultura de reporte y prevención.

En 2025 se logró:

- Mayor participación de enfermería en el análisis estructurado de eventos adversos en articulación con el área de seguridad del paciente.
- Incorporación del enfoque en causas y factores contribuyentes en la revisión de eventos relevantes.
- Visibilización del comportamiento de los indicadores al interior del equipo asistencial.
- Sensibilización sobre la importancia del reporte temprano y la prevención.
- Identificación de la brecha entre incidentes y eventos como prioridad estratégica 2026.

Articulación estratégica para el fortalecimiento del recaudo institucional

En el 2025 se logró:

- Consolidar la articulación entre enfermería, auditoría y facturación para analizar de manera estructurada el impacto del proceso asistencial en el recaudo institucional
- Integrar el análisis de glosas asociadas a la documentación de enfermería dentro de los espacios de revisión interáreas
- Implementar el rol de GESTOR DE ALTAS hospitalarias para fortalecer la coordinación del egreso y su impacto en la facturación
- Posicionar la oportunidad y calidad del registro clínico como elemento estratégico para la sostenibilidad financiera
- Incorporar el fortalecimiento del registro clínico y la gestión del alta dentro de la agenda prioritaria 2026

Diseño y alistamiento del modelo de navegación oncológica

Durante 2025 se avanzó en:

- **Documentación**

Documentación formal del modelo de navegación en cáncer.

- **Definición del rol**

Definición del perfil, rol y alcance del enfermero navegante.

- **Identificación de barreras**

Identificación de puntos críticos de intervención en la trayectoria del paciente oncológico.

- **Base de datos preliminar**

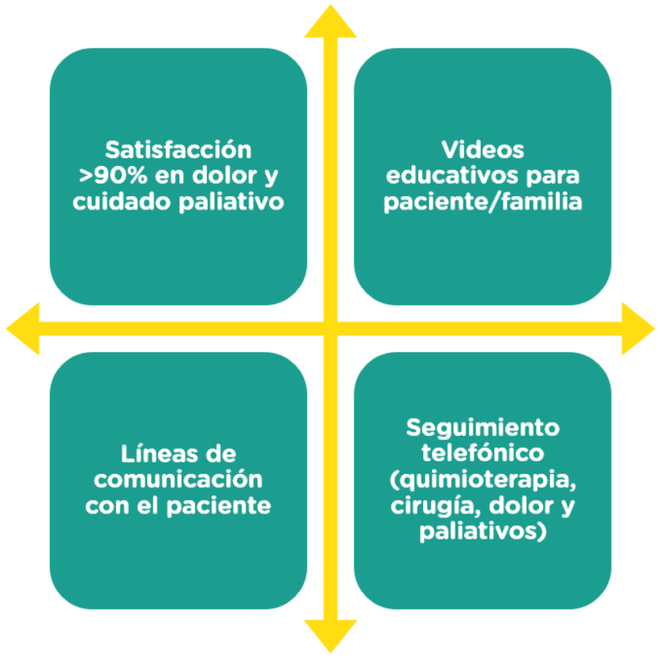
Construcción de base de datos preliminar para la ruta de cáncer colorectal

- **Talento humano**

Planeación del talento humano especializado requerido para su implementación en 2026.

Humanización y experiencia

Estrategias de continuidad y gestión temprana del riesgo



Proyección académica y fortalecimiento de competencias en enfermería oncológica

- Diseño y documentación estructurada del diplomado de enfermería oncológica, integrando múltiples áreas clínicas y profesionales. Avance superior al 60% del programa con proyección del lanzamiento en el primer trimestre 2026.
- Producción de contenidos académicos propios (presentaciones y material audiovisual de formación)
- Obtención de certificaciones clave en áreas estratégicas: certificación en manejo de ostomías (clínica de heridas), certificación en cuidado integral en enfermería oncológica en algunos colaboradores, formación y certificación en navegación en cáncer.

Proyección estratégica 2026

Eje 1: Modelo y excelencia clínica

- Implementación del modelo integral de cuidado de enfermería oncológica (MICEO)
- Implementación y consolidación de programas estratégicos (accesos vasculares, enfoque ERAS, programa hemovigilancia).
- Fortalecimiento del Programa de Inducción de Enfermería por Servicio (PIES)

Eje 2: Cultura de seguridad y resultados clínicos

- Transición hacia una cultura de seguridad preventiva
- Implementación del programa de educación al paciente y su familia
- Reducción progresiva de eventos adversos prevenibles

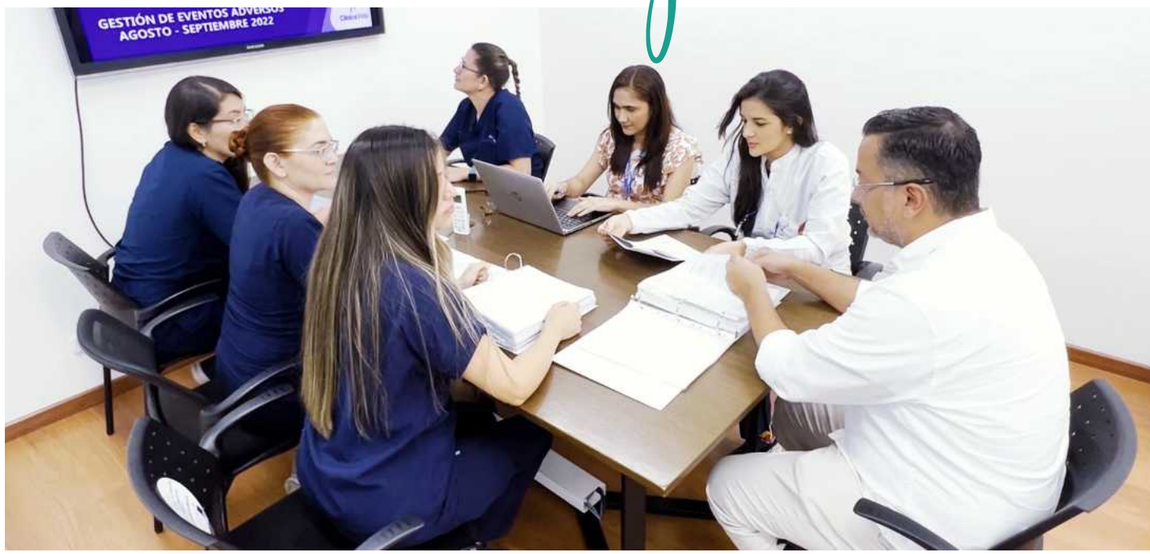
Eje 3: sostenibilidad y eficiencia operativa

- Optimización de la productividad asistencial mediante uso eficiente de la capacidad instalada y talento humano en áreas clave (quimioterapia, cirugía, etc)
- Gestión de insumos y control del gasto asistencial.
- Mejoramiento en la oportunidad y calidad del registro clínico y gestión de alta hospitalaria.

Eje 4: desarrollo, liderazgo y consolidación del talento humano

- Fortalecimiento del liderazgo clínico y estratégico
- Lanzamiento del diplomado en oncología con alcance en toda la organización.
- Estrategia institucional de retención y fidelización del talento humano en enfermería.
- Desarrollo de proyectos de innovación e investigación en enfermería oncológica.

Centro de Investigación



El centro de investigación de Clínica Vida Fundación es una unidad que se encuentra certificada en buenas prácticas clínicas desde el 2014 y se ha dedicado durante todo este tiempo a realizar estudios clínicos controlados en oncología, hematología y enfermedades huérfanas hematológicas patrocinadas por la industria farmacéutica, destacando como uno de los centros de mayor crecimiento y calidad en los últimos 5 años en el país.

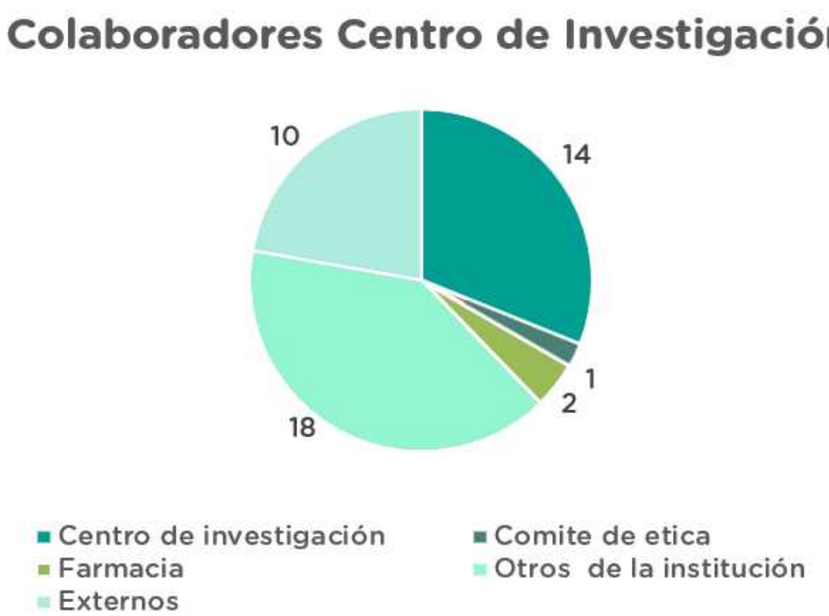
Durante el 2025, el Centro de Investigación se consolido en el país con más de 19 estudios activos en oncología y desarrollados junto a patrocinadores internacionales de primer nivel. La operación se caracterizó por un alto estándar de cumplimiento regulatorio, eficiencia operativa y disciplina financiera. Si bien el cumplimiento del presupuesto de ventas alcanzó un 94%, los ingresos crecieron un 19% respecto al período anterior, reflejando una expansión sostenida de la actividad. Este desempeño se tradujo en un margen neto del 21%, evidenciando una gestión enfocada tanto en el crecimiento como en la rentabilidad, y sentando bases firmes para la continuidad y escalamiento del centro.

1. Talento humano vinculado al Centro de Investigación:

El centro de investigación cuenta con un equipo de colaboradores expertos en ensayos clínicos y ha logrado contar con permanencia y estabilidad laboral de sus colaboradores. Tenemos más de 40 personas que integran el equipo; y está conformado por un conjunto base de 14 colaboradores que trabajan directamente para el centro, 1 colaborador que trabaja para el comité y 2 químicos farmacéuticos.

También tenemos 18 colaboradores de otras áreas que hacen parte del equipo de investigación y 10 profesionales de nuestros terceros adscritos a nuestra resolución de Buenas prácticas clínicas BPC y que apoyan los diferentes protocolos, los roles de estos terceros son: Radiólogos, patólogos, cardiólogos, Bacteriólogos, oftalmólogos entre otros.

El centro de investigador tiene el apoyo de investigadores principales muy expertos y apasionados por la investigación y para ampliar nuestra red de profesionales hemos vinculado otros especialistas de la institución a nuestro equipo de investigación.



2. Protocolos en ejecución:

El Centro de investigación término el año 2025 con 19 protocolos activos, cerró 6 estudios durante el transcurso del año y 3 de los estudios que comenzarían en el centro durante la vigencia de este año, fueron cancelados por el patrocinador para el país.

Figura #2 Estado de los protocolos

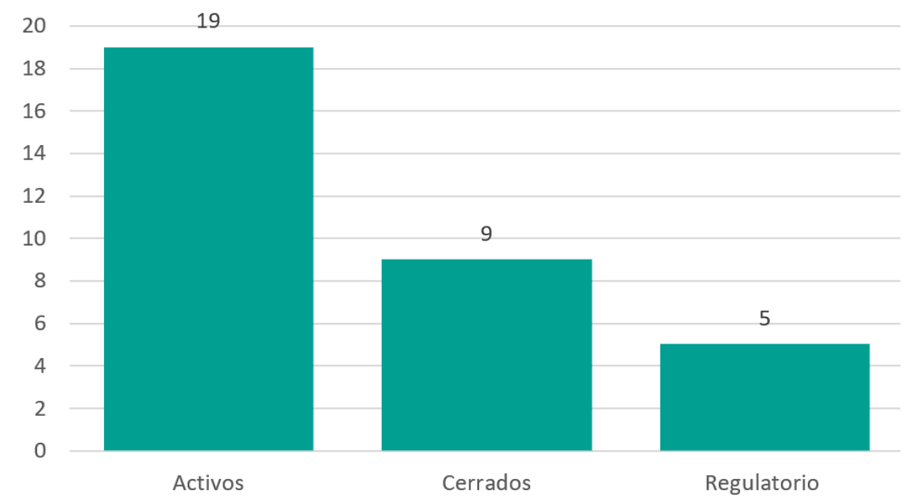
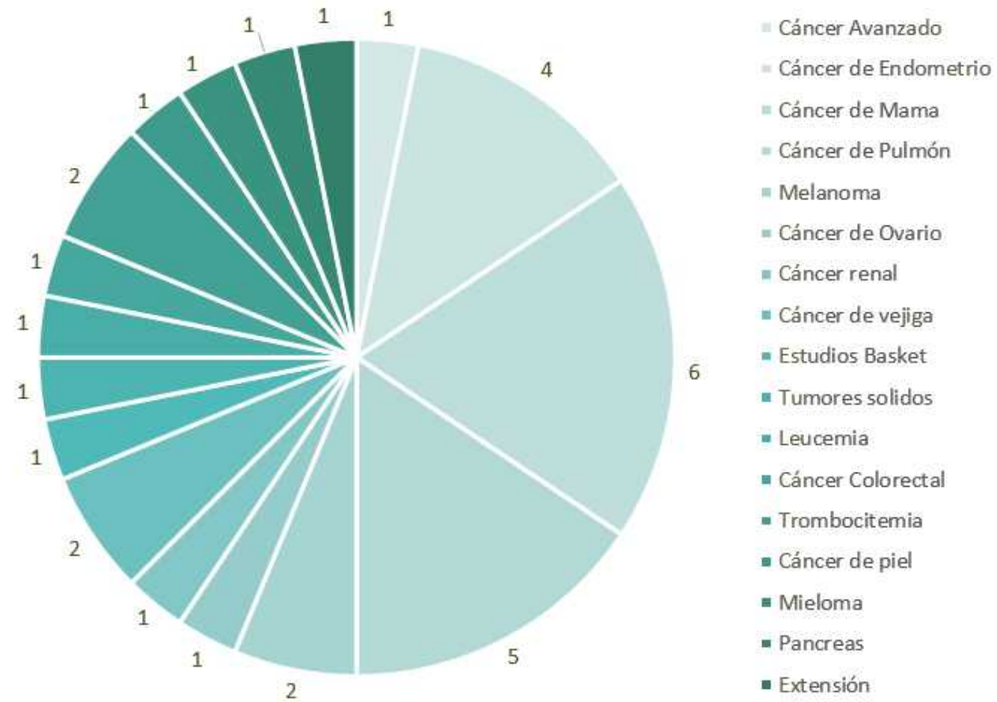


Tabla #3 Protocolos

Protocolo	Patrocinador	Área de tratamiento	Estado
MK7339-009	MSD	Cáncer de Mama	ACTIVO
MK3475-756	MSD	Cáncer de Mama	ACTIVO
MK3475-B21	MSD	Cáncer de Endometrio	ACTIVO
MK7339-007	MSD	Cáncer Avanzado	ACTIVO
MK3475-775	MSD	Cáncer de Endometrio	CERRADO
D9311C00001 EZ DUO	ASTRAZENECA/COVANCE	Cáncer de Endometrio	ACTIVO
CA224-047	BMS	Melanoma	ACTIVO
MK7684A-005	MSD	Basket	CERRADO

Protocolo	Patrocinador	Área de tratamiento	Estado
MK6482-011	MSD	Cáncer renal	ACTIVO
MK3475-B96	MSD	Cáncer de Ovario	CERRADO
MK7684A-007	MSD	Cáncer de Pulmón	CERRADO
MK3475-B15	MSD	Cáncer de vejiga	ACTIVO
MK3475-158	MSD	Tumores solidos	ACTIVO
MK1026-008	MSD	Leucemia	ACTIVO
Cambria 1	ASTRAZENECA	Cáncer de Mama	CERRADO
MK3543-006	MSD	Trombocitopenia	ACTIVO
Cambria 2	ASTRAZENECA	Cáncer de Mama	ACTIVO
MK3475-905	MSD	Cáncer de vejiga	ACTIVO
MK1308A-008	MSD	Colorectal	CERRADO
MK7684A-010	MSD	Melanoma	CERRADO
V940-007	MSD	Carcinoma cutáneo	ACTIVO
Apriliah	SYNEOS	Cáncer de Mama	CERRADO
MK2870-010	MSD	Cáncer de Mama	ACTIVO
MK3543-007	MSD	Trombocitopenia	ACTIVO
MK3475-587	MSD	Extensión Pembro	ACTIVO
CodeBreak 202	AMGEN	Cáncer de Pulmón	ACTIVO
MK2870-033	MSD	Cáncer de Endometrio	ACTIVO
Celltrium	IQVIA	Linfoma	REGULATORIO
MB12	ICON	Cáncer de Pulmón	CERRADO
CA240-0030	BMS	Cáncer de Pulmón	REGULATORIO
CA240-0029	BMS	Ca de Páncreas	REGULATORIO
CA244-008	BMS	Cáncer de Mama	REGULATORIO
MK2870-021	MSD	Cáncer de Endometrio	REGULATORIO

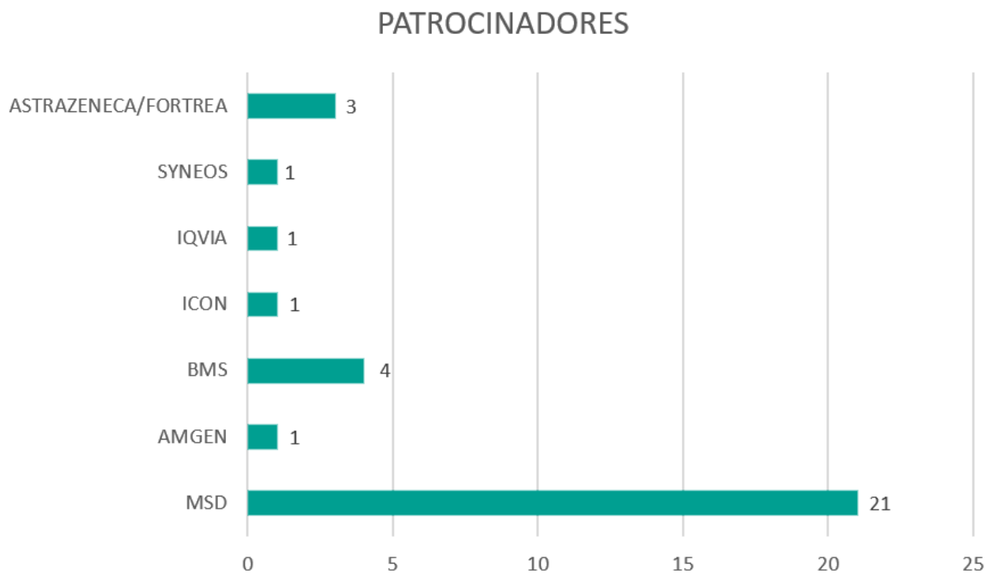
Figura #3 Áreas de tratamiento



Tabla#4: Áreas de tratamiento de los protocolos

Áreas de tratamiento 2025			
Cáncer Avanzado	1	Tumores solidos	1
Cáncer de Endometrio	4	Leucemia	1
Cáncer de Mama	6	Cáncer Colorectal	1
Cáncer de Pulmón	5	Trombocitemia	2
Melanoma	2	Cáncer de piel	1
Cáncer de Ovario	1	Mieloma	1
Cáncer renal	1	Pancreas	1
Cáncer de vejiga	2	Extensión	1
Estudios Basket	1		

Figura #4: Los principales patrocinadores son:



3. Próximos protocolos:

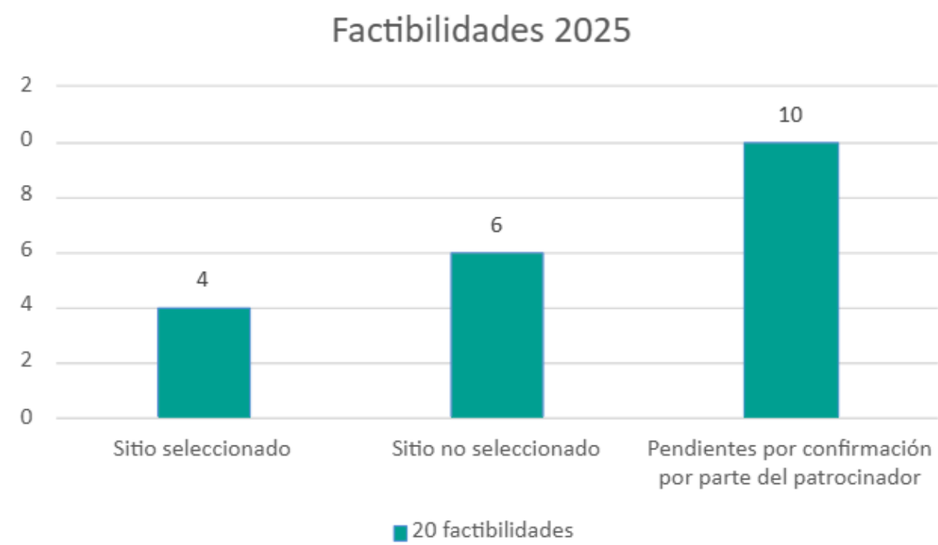
Para 2026 proyectamos empezar 5 protocolos nuevos, 3 de ellos patrocinados por BMS, uno por IQVIA y otro por MSD.

Próximos estudios		
Celltrium	**IQVIA**	**Mieloma**
CA240-0030	**BMS**	**Cáncer de Pulmón**
CA240-0029	**BMS**	**Cáncer de Páncreas**
CA244-008	**BMS**	**Cáncer de Mama**
MK2870-021	**MSD**	**Cáncer de Endometrio**

4. Factibilidades

(se entiende por factibilidad la evaluación preliminar y técnica que determina si es posible, seguro y rentable llevar a cabo una investigación específica en un centro de investigación determinado o país, también estas factibilidades son evaluadas por los centros referentes del país con el objetivo que el patrocinador defina si es viable traer el estudio a Colombia.)

En 2025 recibimos 20 factibilidades aún tenemos 10 pendientes por confirmación por parte del patrocinador, en 2024 tramitamos 18 y nos escogieron en 5 estudios.



5. Producción documental

Durante el 2025 el centro de investigación trabajó en la preparación y migración documental a Almera, se publicaron 103 documentos, se integraron en Almera los indicadores del centro, la matriz de riesgos y las actas.

6. Actividades académicas:

El centro de investigación durante 2025 asistió a 2 reuniones internacionales asociadas a protocolos de hematología; Hizo presencia en una reunión en Atlanta EU y en la ciudad de Bogotá. Se realizaron actividades académicas internas: 16 Cursos de BPC Y 2 IATAS

También participamos en la Reunión Centros organizada por MSD en la ciudad de Bogota el 24 de septiembre de 2025 y como logro obtuvimos un premio como el mejor en Colombia en Calidad del dato.

Pertenecemos activamente al Cluster de ensayos clínicos de la cámara de comercio de Medellín, en septiembre moderamos el conversatorio “unidos para innovar: la fuerza de un clúster regional con visión global” en el marco del 2do foro de investigación y ensayos clínicos

7. Retos y propósitos estratégicos para el 2026

Diversificación de clientes: estudios con otras CRO y patrocinadores

Propósito:

Ampliar y fortalecer el portafolio de clientes mediante la vinculación de nuevas CRO y patrocinadores, con el fin de incrementar la sostenibilidad financiera, posicionamiento institucional y competitividad del centro en el sector de investigación clínica.

Plan de mercadeo para promocionar el centro

Propósito:

Diseñar e implementar un plan estratégico de mercadeo que fortalezca la visibilidad del centro, potencie su posicionamiento en el sector y atraiga nuevos patrocinadores y oportunidades de investigación.

Mantener actualizada la malla documental del centro

Propósito:

Garantizar la actualización permanente, organización y control de la documentación institucional, asegurando el cumplimiento normativo, la trazabilidad de los procesos y la estandarización operativa.

Cumplimiento de normatividad vigente para recertificación (farmacia, laboratorio, centro de investigación y comité de ética)

Propósito:

Asegurar el cumplimiento continuo de la normatividad vigente aplicable a los diferentes componentes del centro, con el fin de mantener las certificaciones, fortalecer la calidad institucional y garantizar la seguridad de los participantes y la integridad de los estudios clínicos.

Recertificación en Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Propósito:

Reafirmar el compromiso del centro con los estándares nacionales e internacionales de calidad en investigación clínica, garantizando el cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas y la protección de los sujetos de investigación.

Novedad ante INVIMA por traslado de central de mezclas

Propósito:

Dar cumplimiento oportuno a los requerimientos regulatorios mediante la notificación formal ante el INVIMA del traslado de la central de mezclas, asegurando la continuidad operativa y la conformidad normativa del servicio.

Eficiencia en los procesos

Propósito:

Optimizar los procesos institucionales mediante la mejora continua, reducción de tiempos y eliminación de reprocesos, con el fin de aumentar la productividad, calidad del servicio y satisfacción de clientes y patrocinadores.

8. Necesidades actuales:

Para el crecimiento del centro en el 2026 debemos evaluar la posibilidad de tener una auxiliar de registro y una coordinadora estudios clínicos.

Los estudios nuevos de hematología hospitalaria requieren realizar actividades y gestión con personal de investigación en la sede de la 80 , por lo cual se debe tener en esta sede un espacio para una coordinadora de estudios y agendas puntuales de algunos médicos.

9. Presupuesto 2026

El presupuesto en ventas para el 2026 es de 5.782 millones con un crecimiento del 17% representado en unas ventas del Centro de investigación de 5.090 millones con un crecimiento del 8,3% y la Unidad de investigación 692 millones con un crecimiento del 181%, además mejorar la utilidad neta al 25 % (1.419 millones)

Las principales Estrategias son:

- Diversificar el centro de investigación
- Renegociación de tarifas (Centro y comité de ética)
- Gestión de la unidad de investigación con dos proyectos monetizados que sumaran 460 millones y 223 millones por los registros actuales con la ACHO

	2025	presupuesto 2026	Crecimiento
Centro de investigación	4700	5090	8,3%
Unidad de Investigación	246	692	181,3%
Total ventas	4946	5782	17%

Unidad de Investigación

La Unidad de Investigación de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida se consolida como un eje estratégico funcional encargado de dirigir y gestionar la producción científica institucional, con el propósito de posicionar a la entidad como un referente científico en la generación de conocimiento oncológico. Bajo rigurosidad metodológica y principios éticos, la Unidad articula el talento humano y los recursos técnicos a través de tres subunidades: Gestión de proyectos de investigación, Apoyo a proyectos de investigación, y Socialización y divulgación del conocimiento científico. Esta estructura no solo facilita el acompañamiento técnico, estadístico y administrativo a los investigadores en todas las fases del proceso científico, desde la concepción de la idea hasta la publicación, sino que también promueve una cultura de colaboración multidisciplinar. Al coordinar esfuerzos con la alta gerencia, aliados estratégicos y entes reguladores, la Unidad logra armonizar la labor asistencial con la investigativa, transformando la experiencia clínica en evidencia científica que impacta directamente en la mejora del diagnóstico y tratamiento del cáncer.

La Unidad de Investigación se consolidó como un eje estratégico para la generación y gestión del conocimiento científico en oncología, articulando talento humano, recursos técnicos y procesos de investigación para transformar la experiencia clínica en evidencia científica que fortalece el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

1. Talento humano vinculado a la Unidad de Investigación

La unidad de investigación ha consolidado un equipo interdisciplinario de alto nivel, evidenciando un crecimiento significativo en su talento humano científico. Actualmente, el grupo cuenta con una robusta estructura académica liderada por profesionales con formación de Doctorado y Maestrías, complementada por especialistas médicos y expertos en sistemas de información y estadística. Este fortalecimiento no solo se refleja en la diversidad de roles —que abarcan desde la coordinación y la epidemiología hasta la investigación adscrita— sino también en la vinculación de perfiles técnicos y de apoyo que garantizan la operatividad de los proyectos. La integración de investigadores adscritos con dedicaciones específicas demuestra una expansión estratégica de nuestra red de expertos, permitiendo una mayor capacidad de respuesta y excelencia en la ejecución de la actividad científica de la institución.

La unidad de investigación ha experimentado un fortalecimiento institucional sin precedentes, logrando un crecimiento del 125% en su talento humano en el último año, al pasar de un equipo de 4 integrantes en enero de 2025 a 9 profesionales altamente calificados en la actualidad.

Resulta imperativo destacar de manera especial la labor de Jonathan Maya, quien se desempeña como Auxiliar de Investigación. Su trayectoria representa un caso de éxito institucional y un modelo de movilidad laboral ascendente; tras ser reubicado desde su cargo inicial como camillero, Jonathan ha logrado una transición excepcional hacia el ámbito científico-administrativo.

A través de un proceso de capacitación continua y un alto sentido de compromiso, se ha convertido en una pieza fundamental para la unidad, gestionando con destreza tanto actividades administrativas como el trabajo de campo esencial para nuestros proyectos. Su evolución es el testimonio fehaciente de lo que los colaboradores pueden alcanzar dentro de la institución

cuando cuentan con el estímulo, el acompañamiento adecuado y la oportunidad de crecimiento. Jonathan no solo aporta al cumplimiento de nuestras metas, sino que personifica los valores de superación y excelencia que promovemos.

2. Proyectos aprobados en ejecución

La Unidad de Investigación finaliza el 2025 con 33 proyectos en ejecución. Veintidós son proyectos con diseño observacional, diez son reportes de caso y uno es un libro sobre cirugía mínimamente invasiva en oncología liderado por el Dr. Jorge Bernal. Estos proyectos se enmarcan en doce temáticas; la mayoría de los trabajos son de mastología (7), cirugía oncológica (7) seguidos por oncología clínica (5). Destacamos la incursión de radiología (1) y toxicología (1) como temas nuevos de investigación en la institución.

Once de los 33 proyectos en ejecución son en colaboración con instituciones como:

- Universidad Nacional,
- Universidad de Antioquia,
- Universidad CES,
- Universidad Pontificia Bolivariana,
- Imágenes de Vida y Salud y
- Asociación Colombiana de Hematología y Oncología - ACHO.

En la Tabla 2 se describen los títulos, nombre de los investigadores principales y modalidad en la que se está llevando a cabo el proyecto (institucional, institucional con residentes o en colaborativo con otra institución).

Figura 1. Descripción de tipos de los estudios inscritos en la Unidad de Investigación en ejecución.

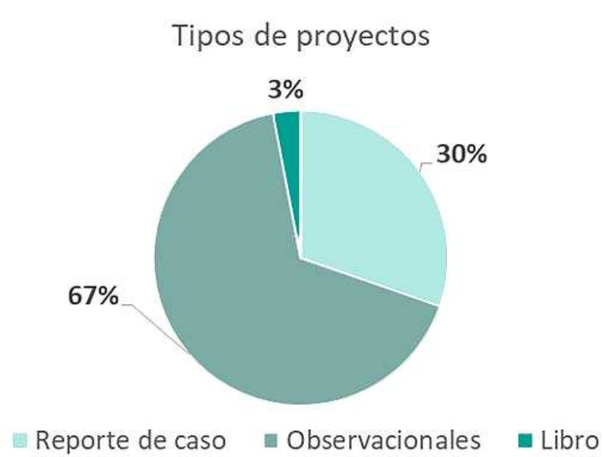
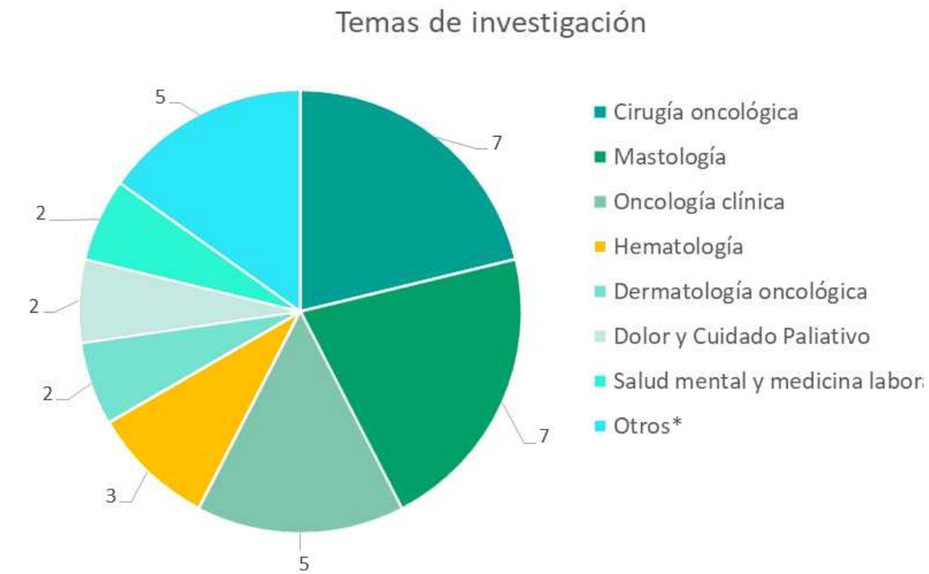


Figura 2. Descripción de las temáticas de los proyectos inscritos en la Unidad de Investigación en ejecución.



Otros: Ginecología oncológica, radiología, rehabilitación oncológica, toxicología y cirugía hepatobiliar.

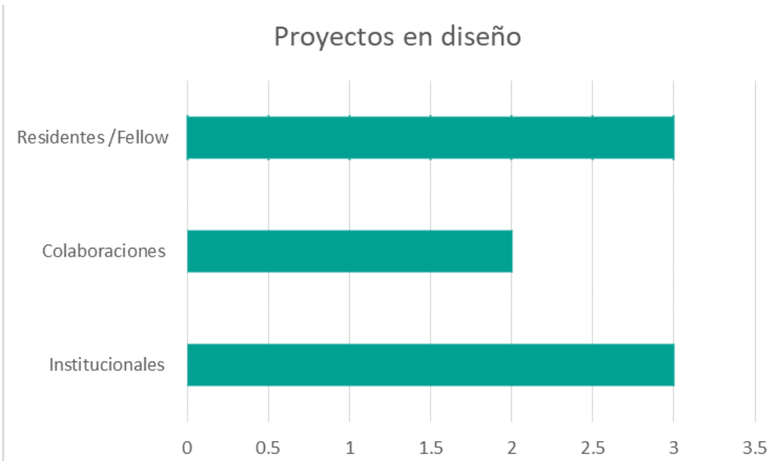
3. Proyectos en curso de aprobación

En proceso de aprobación por el Comité Técnico de Investigación (CTI), el Comité de Ética Institucional (CEI) o en trámites administrativos de formalización se encuentran ocho (8) proyectos, con temas de mastología, oncología clínica, cirugía plástica entre otros. La mitad de estos proyectos son en colaboración con otras instituciones como Stanford University, Universidad CES, Universidad de Antioquia y Clínica de Oncología ASTORGA. En la tabla 3 se describen los títulos, investigadores principales y modalidad de los proyectos en curso de aprobación.

4. Proyectos en diseño

En este momento la Unidad de Investigación está acompañando el diseño de ocho (8) proyectos. Tres (3) son de residentes que están siendo acompañados por nuestros colaboradores, dos (2) en colaboración con Medilab (proyectos de maestría en hematología e infecciosas) y los demás, de nuestros colaboradores.

Figura 3. Descripción de los tipos de proyectos inscritos en la Unidad de Investigación en diseño.



5. Proyectos monetizados

La unidad cuenta con tres (3) proyectos monetizados en ejecución producto de los convenios que se tienen con la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología –ACHO.

Nombre del proyecto	Financiación	Valor por registro	Número de participantes /registros identificados	Ingresos proyectados	Registros ingresados a la plataforma
Registro epidemiológico de las cohortes de pacientes diagnosticados con neoplasias y enfermedades hematológicas en Colombia - RENEHOC.	RENEHOC - ACHO	$150.000	1.800	$270.000.000	165
Registro epidemiológico de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en Colombia (RECAPC)*	ACHO	$100.000	5.000	$120.000.000	123
Registro epidemiológico de pacientes diagnosticados con melanoma maligno en Colombia REMMEC ACHO	ACHO	$150.000	2.500	$375.000.000	39
Unión temporal conciencia rosa - red oncológica de Antioquia	39.236.931	11,9%	26.068.927	6,9%	-34%

*El proyecto RECAPC se puso en pausa por asuntos del presupuesto de la ACHO. Esperamos que en el transcurso del primer semestre del 2026 se pueda reactivar.

Actualmente se está gestionando con la industria los proyectos con investigadores adscritos a la Unidad de Investigación

a) Supervivencia, características sociodemográficas, diagnósticas, clínicas y terapéuticas de pacientes adultos con diagnóstico de Linfoma de un centro oncológico de Medellín. Compañía: Roche.

b) Supervivencia global en pacientes con cáncer de mama avanzado, RE positivo/HER2 negativo, tratados con inhibidores de CDK4/6 en primera o segunda línea en un centro oncológico de Medellín, Colombia entre 2018-2025. Compañías: Novartis, Pfizer, Lilly.

c) Supervivencia del cáncer gástrico y de la unión gastroesofágica avanzado irresecable o metastásico luego del tratamiento con quimioterapia de primera línea: estudio de vida real en un centro oncológico de Medellín, Colombia entre el año 2020-2025. Compañía: Bristol.

6. Participación en eventos académicos

Con el apoyo de la Unidad de investigación, se presentaron resúmenes a 10 eventos académicos locales, nacionales e internacionales. Los resúmenes que fueron aprobados y fueron presentados en modalidad ponencia o poster fueron los siguientes:

A. Congreso 90 años del Cancerológico - Bogotá. Experiencia en Sarcoma Retroperitoneal en un centro de alto volumen de Medellín. Modalidad: ponencia. Dra. Juliana Restrepo.

B. IV Congreso Nacional de Enfermería - Medellín. Siete años de experiencia del programa de cuidados paliativos, Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida. Modalidad: ponencia. Enfermera Juliana Calderón.

C. Congreso Nacional de Cirugía – Bogotá.

- Sarcoma Retroperitoneal: desenlaces perioperatorios y supervivencia en un centro oncológico de Medellín, Colombia durante los años 2016-2025. Modalidad: ponencia. Dra. Juliana Restrepo.
- Linfadenectomía del colon sigmoides con preservación vascular selectiva: Prevención de la isquemia colónica. Modalidad: ponencia. Dra. Daniela Lara

- Anatomía del tronco de Henle: implicaciones quirúrgicas para cáncer de colon ascendente. Modalidad: ponencia. Dr. Alejandro Rendón.
- Desenlaces oncológicos de pacientes operados en el servicio de malignidad peritoneal de Clínica Vida, Medellín. . Modalidad: ponencia. Dr. Alejandro Rendón en nombre del Dr. Felipe Solórzano.
- Supervivencia de pacientes con carcinomatosis peritoneal por cáncer colorrectal tratados con citorreducción sola vs. Citorreducción más HIPEC en un centro oncológico de Latinoamérica – Colombia. Modalidad: ponencia. Dr. Alejandro Rendón en nombre del Dr. Felipe Solórzano.
- D2: impacto de las variantes anatómicas en la linfadenectomía para cáncer gástrico. Modalidad: ponencia. Dra. Sara Toro.

D. Ispor Europe 2025 - Glasgow. The role of a Functional Clinical Staff in guiding high-cost drug and novel technology decision-making: Experience from a Latin American oncology clinic. Modalidad: poster. Dr. David Mejía en nombre del Dr. Juan Guillermo Montoya.

E. CTOS 2025 – Boca Ratón.

- a. Retroperitoneal sarcoma: health sistem barriers and the rational for a especialist Sarcoma Unit. Modalidad: póster. Dra. Juliana Restrepo.
- b. Retroperitoneal sarcoma: single center experience in Latinamerica. Do we have difference sarcomas when compared to rest of the word ? Modalidad: póster. Dra. Juliana Restrepo.

F. VI Simposio de investigaciones de la Secretaria de Salud - Medellín. Experiencia e impacto del Staff Funcional Clínico en la toma de decisiones sobre medicamentos de alto costo y nuevas tecnologías en oncología. Modalidad: ponencia. Dr. Juan Guillermo Montoya

G. IX simposio de innovación y ciencia en el cuidado de heridas - Medellín. Cuidados de enfermería en técnicas avanzadas de la cirugía reconstructiva. Modalidad: ponencia. Enfermera Ana Lucia Pérez.

H. Congreso ACADI 2025 – Barranquilla.

- Drenaje endoscópico de mediastinitis post-esofaguectomía total por melanoma esofágico: Reporte de caso y revisión del manejo mínimamente invasivo. Modalidad: póster. Dra. Amy Piñeres. Ganador segundo puesto en la premiación.

- Serie de Casos: Persistencia de Helicobacter pylori en pacientes post-gastrectomía total. Modalidad: póster. Dra. Amy Piñeres.

Adicionalmente, desde el Comité Técnico de Investigación se avalaron las siguientes presentaciones de colaboradores:

1. Presentación del caso “Cáncer de mama en la paciente en gestación” en la Reunión Inter facultades de la Asociación Colombiana de Mastología, llevado a cabo en modalidad virtual el 24 de abril del 2025. Presentado por el Dr. José Manuel Sánchez, fellow de programa de Mastología.
2. Presentación del Póster “Melanosis tumoral dérmica y ganglionar: un enigma clínico” en el XXXIV Congreso Colombiano De Dermatología realizado en Medellín entre el 24 y 27 de abril de 2025. Presentado por la Dra. Maria del Mar Álvarez, médica de soporte del programa piel.

Figura 5. Descripción de los tipos de eventos en los que se presentaron los trabajos de investigación

7. Actividades académicas internas

Se estableció el club de revista una vez al mes, donde todos los colaboradores de cualquier área se reunieron para presentar, analizar y discutir críticamente artículos de investigación científica, con el objetivo de mejorar habilidades de lectura crítica, mantenerse actualizados, fomentar la investigación y generar nuevas ideas.

La actividad se difundió a través de los canales internos. Se llevaron a cabo cuatro (4) sesiones con un promedio de asistencia de 12 personas. Destacamos la tercera sesión donde tuvimos la participación de 20 colaboradores.

- **a) 10-09-2025.** Dra. Juliana Restrepo. Cirujana Oncóloga. Articulo presentado: Neoadjuvant Nivolumab and Ipilimumab in Resectable Stage III Melanoma.
- **b) 08-10-2025.** Samuel Agudelo. Estadístico- Epidemiólogo. Artículo presentado: Bilateral mastectomy and breast cancer mortality.
- **c) 12-11-2025.** Dra. Paulina Brome. Especialista en dolor y cuidado paliativo. Artículo presentado: An overview of the role of artificial intelligence in palliative care: a quasi-systematic review.
- **d) 10-12-2025.** Dra. Maria Cecilia Agudelo. Investigadora. Artículo presentado: Prevalence and associated factors of psychological distress among patients with oral cancer in the selected tertiary care institutes in Sri Lanka: a combined cross-sectional and case-control study.

8. Publicaciones

- **Leiomiosarcoma primario de mama, reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Cancerología. Dr. Gabriel Gallón. Estado:** aceptada en proceso de publicación.
- **Multidisciplinary team for high-cost drugs/novel technologies decision-making: A retrospective analysis of a Latin American cancer center's experience. Supportive Care in Cancer. Estado:** revisión por pares.
- **Análisis retrospectivo de la experiencia del Staff Funcional Quirúrgico en una clínica oncológica de Medellín, Colombia. IATREIA. Estado:** Sometido.
- **Surgical management of retroperitoneal sarcomas: A 9-Year experience at a high-volume referral center in a Lower-Middle-Income Country. Estado: en escrituta. Revista al que se someterá:** European Journal of Surgical Oncology (EJSO).

9. Alianzas activas con otras instituciones

- **Universidad CES**

Contexto de la Alianza: la Unidad de Investigación recibe los protocolos de los proyectos de diferentes residentes y fellows de mastología que rotan en la clínica y dentro del convenio docencia servicio así como los estudiantes del programa del enfermería de último semestre que solicitan realizar una pasantía en investigación durante 120 horas (semestre)

Objetivo principal: aportar y co-crear en los diseños y ajustar las preguntas de investigación para que verdaderamente se establezcan proyectos que ayuden a cerrar las brechas y estén en la frontera del conocimiento.

Actividades Clave: Proyectos en curso, publicaciones conjuntas, pasantías en investigación y asistencia a eventos.

Logros: en ejecución se encuentra dos (2) trabajos de fellows del programa de mastología, dos (2) proyectos de docentes investigadores en donde participan nuestros colaboradores como co-investigadores y un plan de gestión para la investigación en enfermería (anexo 1) elaborado por la estudiante de enfermería de la Universidad CES, Jessica Montoya.

1. **Trabajo de la fellow Dra. Ana María Caicedo:** Concordancia entre pruebas genómicas y las ecuaciones con variables morfo-inmuno-histológicas en la predicción del score de recurrencia en mujeres con cáncer de mama luminal temprano tratadas con cirugía primaria en una clínica oncológica de Medellín, Colombia entre los años 2016-2025. Estado: en fase de recolección de datos.
2. **Trabajo de la fellow Dra. Laura Juliana Delgado:** características Moleculares y Clínico-Patológicas Asociadas a la Supervivencia en Pacientes con Cáncer de Mama cN0, 1-2 Ganglios Centinelas Positivos y Omisión de Linfadenectomía Axilar: Un Estudio Multicéntrico en Colombia (2016-2025). Estado: en fase de recolección de datos.
3. **Trabajo de colaboradores:** Estrategia de navegación, autogestión y apoyo para mujeres con cáncer de mama metastásico en Colombia. Estado: en proceso de publicación.
4. **Trabajo de colaboradores:** Transiciones laborales, funcionamiento del rol laboral y características asociadas en mujeres supervivientes de cáncer de mama atendidas en la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida. Estado: en fase de análisis.

- **Universidad de Antioquia**

Contexto de la Alianza: La relación con la Universidad de Antioquia en investigación, específicamente con el grupo Infección y Cáncer, se ha venido

construyendo desde 2016 con el proyecto: “Evaluación de la asociación entre ancestría genética, factores de riesgo exógenos y familiares y cáncer de mama: un estudio multicéntrico de casos y controles en cuatro ciudades de Colombia” liderado por la profesora Gloria Inés Sánchez y el cual fue financiados por Minciencias. Se involucraron los siguientes colaboradores de la Clínica: Dr. Mauricio Borrero, Dr. Jorge Madrid y Dr. Fernando Herazo. En 2024, se aprobó el proyecto: “Desarrollo y validación de modelos de predicción del riesgo para la implementación de intervenciones enfocadas en mujeres con mayor riesgo de cáncer de seno” liderado por la misma investigadora de la universidad y donde participaron como co-investigadores c de la clínica la Dra. Ana Maria Naranjo y el Dr. Fernando Herazo.

Adicionalmente, se encuentran en fase de aprobación y diseño trabajos de grado de residentes de cirugía plástica, cirugía general y ginecología y obstetricia.

Logros:

- **Publicación del Abstract 81:** Survival Disparities in Colombian Breast Cancer: A Prospective Cohort Study on Incident Cases Diagnosed Between 2012 and 2019 in Three Urban Cities Free. En la revista Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention en diciembre del 2025. https://doi.org/10.1158/1538-7755.ASGCR25-Abstract-81

- **One-Health**

Contexto de la Alianza: Desde agosto de 2024, se estableció una colaboración con este grupo de investigación el cual está adscrito a la Universidad Nacional de Colombia. Con ellos se está trabajando el proyecto: “Caracterización del panorama mutacional e identificación de biomarcadores de 4 tipos de cáncer de interés y presentes en Antioquia a través de secuenciación de nueva generación” liderado por el profesor Juan Pablo Hernández Ortiz.

Este proyecto cuenta con un estudiante de doctorado y en él se ha involucrado el Dr. Juan Pablo Olaya, colaborador de la clínica que iniciará la residencia en cirugía general próximamente.

Logros: Primer puesto con la presentación de póster “Caracterización del panorama mutacional de 4 tipos de cáncer de interés y presentes en Antioquia mediante secuenciación de próxima generación”, en el VII Simposio Latinoamericano de Genética Médica y Medicina Genómica llevado a cabo entre el 23 y 25 de octubre de 2025 en Pereira. Nuestros colaboradores co-autores de esta presentación fueron el Dr. Javier Cuello, Dr. Néstor Llinás y la Dra. Maria Cecilia Agudelo.

- **Grupo Tándem Max Planck en Nano-bio-física**

Contexto de la Alianza: con el grupo de investigación dirigido por el profesor Jahir Orozco, se ha fortalecido la relación desde hace más de un año a través de asesorías en el tema de la utilidad de nanobiosensores para la detección de biomarcadores en cáncer.

Logros: Producto de esta relación se ha publicado un artículo y se completó el draft de otro donde aparecen dos colaboradores de la clínica; en el primero en los agradecimientos y en el segundo como co-autores.

1. **Sebastian Montoya-Villada, Jahir Orozco, Erick Reyes-Vera, Microwave-based label-free immunosensor to detect anti-p53 autoantibodies, Sensors and Actuators B:** Chemical, Volume 437, 2025, 137702, ISSN 0925-4005, https://doi.org/10.1016/j.snb.2025.137702
2. **Built-in thiol-mesoporous carbon-based immunosensor to detect carcinoembryonic antigen in human serum.** Danilo Echeverria, Jennifer Laverdeb, Luis Gerónimo Restrepo, Néstor Llinás, Diana López and Jahir Orozco.

- **MediGenix**

Contexto de la Alianza: Medigenix es un centro especializado en Medicina de Precisión y Ciencias Ómicas con el cual la Unidad de Investigación se relacionó durante el año. Se busca consolidar una alianza en la que ambas partes puedan obtener beneficios.

Proyección: El CEO de la compañía, presentó a la Unidad de Investigación el proyecto: “Ecosistema Digital Interoperable para la Atención Integral del Paciente Oncológico, con Captura de Datos de Vida Real, Educación Continua y Analítica Avanzada”, en el cual esperamos que participen como co-investigadores varios de nuestros colaboradores de las áreas de tecnología, sistemas de información y calidad.

- **Participación en consorcios**

- FLORRAL Study (Risk Stratification For Patients With First Local Recurrence Of Retroperitoneal Liposarcoma). Consorcio australiano más importante del mundo en sarcomas. Participamos como institución a través de la

invitación que le hicieron a la Dra. Juliana Restrepo como especialista destacada en el campo.

10. Participación en convocatorias externas

1. Participación como entidad aliada en el proyecto liderado por el profesor Jahir Orozco de la UdeA presentado en la convocatoria: 966 de Minciencias "Convocatoria Colombia inteligente: ciencia y tecnologías cuánticas e inteligencia artificial para los territorios".
2. Participación como entidad aliada en el proyecto liderado por el profesor Jahir Orozco de la UdeA presentado en la convocatoria: Cuarta convocatoria conjunta del G8+ en alianza con la corporación ruta n para la financiación de proyectos distritales de CteI.
3. Participación como entidad aliada en el proyecto liderado por la profesora Gloria Sánchez de la UdeA presentado a la convocatoria del INC: Convocatoria extramural para la cocreación de un proyecto en el marco de la red nacional de investigación en cáncer 2025.
4. Participación como entidad aliada en el proyecto liderado por la profesora Gloria Sánchez de la UdeA presentado a la Convocatoria Interinstitucional de Investigación translacional de la Universidad del Bosque.

11. Resultados de la jornada de investigación

La 3ra Jornada de Investigación y Primer Simposio de dolor y Cuidado Paliativo llevados a cabo el 28 de octubre de 2025 en el Aula Maxila de la Universidad CES tuvo una gran acogida y buenos comentarios. En resumen tenemos los siguientes números:

Personas inscritas: 171

Número de asistentes: 120

Stands: Clínica Vida, Lily y Novartis

Pendones: Clínica Vida y AMGEM

Photobooth 360

12. Retos y propósitos estratégicos para el 2026

Tras el cierre del ciclo 2025, la Unidad de Investigación enfoca su hoja de ruta 2026 en la formalización administrativa, la optimización de sus canales de comunicación y el aumento de la intensidad académica.

- **Formalización y visibilidad nacional**

Consolidación y registro en Minciencias: El reto principal será formalizar el Grupo de Investigación institucional ante la plataforma GrupLAC de Minciencias. Esto implica categorizar a nuestros investigadores (CvLAC) y cumplir con los requisitos de producción científica para participar oficialmente en la Convocatoria Nacional de Medición de Grupos.

Reestructuración del ecosistema digital: Tras detectar aspectos por mejorar en la arquitectura y funcionalidad del sitio web actual, el propósito para 2026 es el rediseño y optimización del sitio de investigación. El objetivo es que sirva como una herramienta real de consulta para investigadores externos, repositorio de publicaciones y canal de captación de proyectos.

- **Dinamización de la cultura científica (intensidad académica)**

Fortalecimiento del Club de Revista: Evolucionar la periodicidad del Club de Revista para realizarse dos veces al mes. El reto es garantizar una programación rigurosa que involucre a colaboradores de diferentes áreas, fomentando el análisis crítico de literatura de alto impacto.

Ciclo de conversatorios y capacitación específica: Incrementar la oferta de espacios de discusión técnica. Se priorizarán capacitaciones en:

- a) Bioestadística aplicada y manejo de bases de datos.
- b) Redacción de artículos científicos para revistas indexadas.
- c) Ética y normativa vigente en investigación clínica.

Transferencia de conocimiento: Lograr que los resultados de los proyectos terminados en 2025 se presenten en conversatorios internos para que el personal asistencial apropie los hallazgos de nuestra propia "evidencia de vida real".

- **Optimización operativa**

Estabilidad del equipo de datos: Un reto crítico será asegurar personal permanente para la digitación y gestión de registros, evitando la dependencia de personal en rotación, lo que garantiza la integridad y continuidad de la información recolectada.

Interoperabilidad y acceso remoto: Resolver las barreras técnicas de acceso al servidor para que el uso de herramientas como REDCap sea fluido tanto dentro como fuera de la red institucional, facilitando la colaboración con aliados externos.

13. Necesidades actuales

Necesidad	Justificación	Gestión / propuesta
Dar continuidad del personal asignado para la digitación	Desde que se realizaron los convenios con la ACHO, han enviado a la Unidad de Investigación al personal reubicado. Si bien es una gran ayuda, el tiempo invertido en la capacitación de este talento humano se pierde una vez que las personas terminan las incapacidades. Se requieren por lo menos una persona permanente que apoye la actividad de digitación. Muy importante que sea talento humano en salud. Aunque se trate del diligenciamiento de un registro web, para poder realizar la actividad con eficiencia y calidad, se requieren conocimientos intermedios-avanzados en las patologías de interés, específicamente para diligenciar el registro RENEHOC.	1. Capacitaciones a las personas asignadas a la Unidad de Investigación 2. Capacitaciones de los especialistas **Propuesta:** contratar talento humano específicamente para que realice esas actividades. Incluso debería ser uno de los médicos de soporte de hematología al que se le pague por horas.
Anclar el REDCap (Research Electronic Data Capture) a la red externa	Facilitar la creación de bases de datos y encuestas en línea, así como la gestión de los datos recopilados desde cualquier lugar del mundo. Actualmente solo se puede acceder a la plataforma desde los computadores anclados la red interna institucional. Por tal motivo, no es posible usar la herramienta en proyectos interinstitucionales y colaboraciones. Tampoco es posible trabajar desde otro sitio incluso usando VPN.	1. Solicitud de soporte al área de Tecnología. **Respuesta de la directora de TICs:** se requiere tecnología de mayor capacidad que se sale del presupuesto del año 2025. **Propuesta:** Revisar con la dirección de TICs el presupuesto que se requiere para poder usar el REDCap desde cualquier lugar.

Tabla 2. Proyectos inscritos en la Unidad de Investigación en ejecución

Id	Nombre del proyecto	Modalidad del proyecto	Investigador principal
1	Caracterización de pacientes con tumor células de la granulosa	Institucional residentes	Daniela Sánchez Présiga
2	Caracterización de voluntades anticipadas de pacientes entre los 20 y los 90 años que se encuentran en etapa de fin de vida, interconsultados al servicio de cuidados paliativos en una institución de salud de cuarto nivel de complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia, 2024-2025	Institucional	Paulina Brome

Id	Nombre del proyecto	Modalidad del proyecto	Investigador principal
3	Supervivencia de mujeres jóvenes con cáncer de mama en la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida en la ciudad de Medellín – Colombia desde enero 2017 a junio 2024.	Institucional	María Elvira Montoya
4	Caracterización clínica y demográfica de pacientes con Tuberculosis atendidos en una IPS oncológica en la ciudad de Medellín durante 2023– 2024	Institucional	Paola Romero
5	Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de pacientes con diagnóstico de cáncer de piel en un centro de referencia de Medellín, Colombia entre 2023 a 2024	Institucional residentes	Tania Liliana Molina Huertas
6	Caracterización del panorama mutacional e identificación de biomarcadores de 4 tipos de cáncer de interés y presentes en Antioquia a través de secuenciación de nueva generación	Colaboración	Juan Pablo Hernández Ortiz
7	Transiciones laborales, funcionamiento del rol laboral y características asociadas en mujeres supervivientes de cáncer de mama atendidas en la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida	Colaboración	Elsa Vásquez T
8	Sarcoma retroperitoneal: experiencia en una Institución en Medellín y lecciones aprendidas	Institucional	Juliana Restrepo L
9	Registro epidemiológico de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en Colombia (RECAPC)	Colaboración	Handerson Osma
10	Tumor fibroso solitario de hígado: reporte de caso	Institucional	Juan Pablo Olaya
11	Tratamiento de tumor neuroendocrino pancreático grado 2 gigante con metástasis hepáticas: reporte de caso	Institucional	Maria Alejandra Arteaga
12	Registro epidemiológico de las cohortes de pacientes diagnosticados con neoplasias y enfermedades hematológicas en Colombia - RENEHOC.	Colaboración	RENEHOC
13	Resultados Tempranos y a Largo Plazo en Carcinomatosis Peritoneal: Experiencia en Citorreducción con o sin HIPEC en un Centro de Malignidad Peritoneal en Medellín, Colombia	Institucional	Felipe Solórzano

Id	Nombre del proyecto	Modalidad del proyecto	Investigador principal
14	Factores laborales y psicosociales asociados a burnout en personal de salud de una institución oncológica de Medellín, Colombia durante el año 2025	Institucional	Paulina Brome
15	Angiosarcoma mamario radioinducido: reporte de un caso y revisión de la literatura	Institucional	Néstor Llinás
16	El staff funcional clínico en la toma de decisiones sobre medicamentos de alto costo y nuevas tecnologías en la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida	Institucional	Juan Guillermo Montoya
17	Características Moleculares y Clínico-Patológicas Asociadas a la Supervivencia en Pacientes con Cáncer de Mama cN0, 1-2 Ganglios Centinelas Positivos y Omisión de Linfadenectomía Axilar: Un Estudio Multicéntrico en Colombia (2016-2025)	Institucional residentes	Laura Juliana Delgado
18	Comportamiento de la supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad en los pacientes con cáncer gástrico operados con intención curativa en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia entre el año 2016-2024	Institucional	Mónica Castro
19	Recurrencia loco-regional y supervivencia libre de enfermedad según el abordaje quirúrgico axilar en pacientes con cáncer de mama y respuesta patológica axilar post neoadyuvancia en un centro oncológico de Medellín, año 2023-2025	Institucional	Alejandra Ochoa
20	Risk Stratification For Patients With First Local Recurrence Of Retroperitoneal Liposarcoma FLORRAL Study	Colaboración	Juliana Restrepo L
21	Bradicardia Asociada a la administración de Rituximab	Institucional	Jorge Marín Cárdenas
22	Registro epidemiológico de pacientes diagnosticados con melanoma maligno en Colombia REMMEC ACHO	Colaboración	Néstor Llinás
23	Cirugía Mínimamente Invasiva en Oncología: Fundamentos, Técnicas y Experiencia Clínica de un centro de alta complejidad	Institucional	Jorge Bernal

Id	Nombre del proyecto	Modalidad del proyecto	Investigador principal
24	Acerca de la leucemia de linfocitos grandes granulares: reporte de caso	Institucional	Fabiola Vizcarra
25	Concordancia entre pruebas genómicas y las ecuaciones con variables morfo-inmuno-histológicas en la predicción del score de recurrencia en mujeres con cáncer de mama luminal temprano tratadas con cirugía primaria en una clínica oncológica de Medellín, Colombia entre los años 2016-2025	Institucional residentes	Ana María Caicedo
26	Leiomiosarcoma primario de mama, reporte de un caso y revisión de la literatura	Institucional	Luis Javier Gallón Villegas
27	Leucemia Mielomonocítica Crónica con doble mutación activadora en KRAS: caracterización molecular de un caso infrecuente	Colaboración	Juan Paulo Sandoval
28	Tumor neuroendocrino de la vesícula, reporte de caso y revisión de la literatura	Colaboración	Catalina Mesa
29	Supervivencia global en pacientes con cáncer de mama avanzado, RE positivo/HER2 negativo, tratados con inhibidores de CDK4/6 en primera o segunda línea en un centro oncológico de Medellín, Colombia entre 2018-2025	Institucional	Javier Mauricio Cuello López
30	Biopsia de Ganglio Centinela en pacientes con Carcinoma Escamocelular Cutáneo en un centro oncológico de Medellín entre el año 2016-2025	Institucional residentes	Nataly García Correa
31	Causas de solicitud de eutanasia en pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en una clínica de Medellín, Colombia entre el año 2024-2025	Institucional	Paulina Brome
32	Persistencia de Helicobacter pylori en pacientes post-gastrectomía total	Institucional	Amy del Mar Piñeres
33	Drenaje endoscópico de mediastinitis post-esofaguectomía total por melanoma esofágico: Reporte de caso y revisión del manejo mínimamente invasivo	Institucional	Amy del Mar Piñeres

Gerencia *financiera*

Gestión *financiera*

En una institución de salud, la gestión financiera es mucho más que la administración de recursos: es un componente estratégico que permite garantizar la sostenibilidad de los servicios y la continuidad en la atención de los pacientes. Desde esta gerencia se trabaja permanentemente en el equilibrio entre el uso responsable de los recursos y la capacidad de la institución para responder a las necesidades del sistema de salud.

La labor del área financiera se centra en aspectos clave como el control y optimización de los costos, la gestión adecuada del financiamiento, el análisis permanente de los indicadores financieros y la identificación de riesgos que puedan afectar la estabilidad de la organización. Asimismo, se vela por el cumplimiento de las normativas vigentes y por la toma de decisiones informadas que permitan fortalecer la eficiencia institucional.

Este trabajo se desarrolla en medio de un contexto complejo para el sector salud en Colombia. Actualmente, el sistema enfrenta una crisis estructural caracterizada por un déficit financiero creciente, retrasos en los pagos por parte de algunos aseguradores y cambios regulatorios constantes que impactan directamente la operación de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

A esto se suma la intervención de varias EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entre ellas Savia Salud EPS y Coosalud EPS, entidades con las que la institución mantiene relación contractual. Si bien estas intervenciones

buscan garantizar la continuidad de la atención a los afiliados y la adecuada gestión de los recursos, en la práctica los cambios frecuentes de interventores y las dificultades administrativas han generado retrasos en el flujo de recursos hacia las instituciones prestadoras.

En este contexto, factores como los ingresos insuficientes derivados de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el incremento de los costos médicos y administrativos, así como problemas históricos de gestión en algunos aseguradores, representan desafíos importantes para la estabilidad financiera del sector.

Frente a este panorama, la gestión financiera de la clínica continúa trabajando con rigor técnico, visión estratégica y responsabilidad institucional para asegurar la sostenibilidad de la organización y contribuir a que la misión de brindar atención de calidad a los pacientes se mantenga vigente.

La gestión financiera de la Fundación durante el año 2025 se enfocó en la administración eficiente de los recursos disponibles, con el objetivo principal de alcanzar las metas institucionales mientras se optimizan los rendimientos y se minimizan los costos operativos.

El año 2025 enfrentamos desafíos muy complejos en la caja en el segundo semestre del año donde los recursos por parte de las entidades intervenidas tomaron una dinámica más lenta y los reprocesos administrativos lograron que la cartera empezara a deteriorarse, con esto los riesgos asociados a cartera se redefinieron e incrementaron el deterioro y los días de rotación se afectaron, con esto se incrementaron a su vez los días de pagos a proveedores. Nuestra prioridad ha sido fortalecer la salud financiera y responsable que garantice la sostenibilidad de la institución y pueda seguir brindando servicios de calidad a la comunidad, pero estas situaciones no han permitido mantener los indicadores de caja esperados.

En 2025, la Fundación fortaleció su gestión financiera para garantizar la sostenibilidad institucional, logrando un crecimiento del 15% en ingresos operacionales ($380.309 millones) y una ejecución presupuestal del 104%, pese a los desafíos del sistema de salud.

Durante el periodo 2025, hemos trabajado en mejorar los procesos internos con el fin de que esto nos permita optimizar y ser eficientes en los recursos financieros, realizando diferentes estrategias de optimización de los costos fijos, mejorar negociaciones con proveedores y que aún con deterioro de pago a estos no se vea afectados los rebate que siempre están atados a días de cartera.

Los ingresos operacionales en 2025 fueron de $ 380.309 millones de pesos lo que representa un incremento del 15% en comparación con los $ 330.089 de 2024.

Frente al presupuesto la ejecución de las ventas fue del 104%.

Descripción	2024	PART	2025	PART	Var. 2024-2025
EPS y medicina prepagada suramericana S.A.	208.512.325	63,2%	220.280.333	57,9%	6%
Unión temporal conciencia rosa - red oncológica de Antioquia	39.236.931	11,9%	26.068.927	6,9%	-34%

Coosalud entidad promotora de salud S.A.	37.560.116	11,4%	44.746.094	11,8%	19%
Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S.	20.655.032	6,3%	53.306.602	14,0%	158%
Caja de compensación familiar del Choco	5.866.510	1,8%	10.422.658	2,7%	78%
Uroclin S.A.S.	3.136.784	1,0%	4.567.853	1,2%	46%
Merck Sharp & Dohme Colombia S.A.S.	3.409.330	1,0%	2.872.906	0,8%	-16%
Seguros de vida Suramericana s.a.	2.942.545	0,9%	4.876.854	1,3%	66%
Universidad de Antioquia	2.496.819	0,8%	2.794.946	0,7%	12%
Empresas Públicas de Medellín E.S.P	1.486.918	0,5%	1.463.841	0,4%	-2%
E.P.S Sanitas S.A.S - en intervención bajo la medida de toma	956.129	0,3%	-	0,0%	-100%
Medplus medicina Prepagada S.A	838.141	0,3%	1.053.046	0,3%	26%
Compañía de Seguros Bolívar S.A	34.153	0,0%	268.448	0,1%	686%
Colmédica Medicina Prepagada S.A.	265.635	0,1%	263.079	0,1%	-1%
Coomeva Medicina Prepagada S.A	585.247	0,2%	664.115	0,2%	13%
Medisanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada	81.714	0,0%	135.336	0,0%	66%
compañía de medicina Prepagada Colsanitas S.A.	151.315	0,0%	831.824	0,2%	450%
Otras aseguradoras y particulares	1.873.724	0,6%	5.692.264	1,5%	204%
Total Ingresos Operacionales	**330.089.369**	**100%**	**380.309.126**	**100%**	**15%**

Los costos totales en 2025 fueron de $ 315.005 millones de pesos lo que representa un incremento del 10% en comparación con los $ 285.122 de 2024, con el trabajo que se continuó de costos y gastos se logró que estos no crecieran en la misma proporción que las ventas y con esto mejorar la rentabilidad, frente al presupuesto tenemos una ejecución del 100% del

presupuesto teniendo en cuenta que las ventas frente al presupuesto tuvieron una ejecución del 104%.

La utilidad bruta tuvo una variación del 45% frente al 2024 y frente a presupuesto una ejecución del 125%, este ha sido el resultado de las estrategias de optimización garantizando la calidad en la prestación del servicio, el margen se ubicó en el 17% para el 2025.

El margen ebitda para el 2025 fue de 9.7% frente al 6.7% del año 2024y frente al presupuesto se tuvo una ejecución de 141%.

PyG Acumulado - Comparativo 2024-2025					
Concepto	**dic-24**	**dic-25**	**% Variación.**	**Ppto 2025 Acum.**	**% . Ejec. Real vs Ppto**
Ingresos Operacionales	330.089.368.640	380.309.126.049	15,2%	364.177.725.460	104,43%
Costo de Ventas	285.122.637.027	315.005.726.057	10,5%	312.120.709.940	100,9%
Utilidad Bruta	44.966.731.613	65.303.399.992	45,2%	52.057.015.521	125,4%
Margen Bruto	13,6%	17,2%		14,3%	
Gastos Operacionales	25.386.073.472	31.071.461.565	22,4%	27.925.496.405	111,3%
Gastos de Ventas	1.131.136.285	1.283.835.573	13,5%	1.375.535.100	93,3%
Gastos No operacionales Fros	18.414.778.653	15.264.060.888	-17,1%	16.260.655.234	93,9%
Otros Ingresos	6.255.062.377	4.172.020.888	-33,3%	2.071.112.075	201,4%
Utilidad antes de Imp.	6.289.805.580	21.856.062.855	247,5%	8.566.440.857	255%
Impuestos	-	191.366.000	0,0%	101.000.000	189,5%
Utilidad Neta	6.289.805.580	21.664.696.855	244,4%	8.465.440.857	256%
Margen Neto	1,9%	5,7%		2,3%	
Depreciaciones	3.325.974.960	3.848.661.181	15,7%	3.271.770.955	117,6%
Amortizaciones	214.551.175	188.890.615	-12,0%	170.962.134	110,5%
Ebitda	21.990.047.991	36.985.654.651	68,2%	26.198.717.105	141,2%
Margen Ebitda	6,7%	9,7%	46,0%	7,2%	

Financiera

Se continuaron con los controles implementados para mejorar la planeación financiera que permitan mayor precisión y flexibilidad en la planificación de los objetivos financieros, los enfoques principales se dieron en radicación y recaudo, que en el momento actual del sector es vital la eficiencia con el fin de garantizar los recursos, teniendo en cuenta que los procesos en las EPS no están siendo en el tiempo establecido por la ley y que no solo son las intervenidas sino también las otras EPS en situación normal.

El segundo semestre del año representó una afectación directa de los indicadores de recaudo debido a los incumplimientos en los pagos acordados con interventores de las ERP intervenidas y los ajustes a los procesos internos en general de todas las ERP, todo esto contribuyó al crecimiento y deterioro de la cartera de la Fundación.

Cuentas por cobrar	2024	2025
EPS Suramericana S. A.	29.009.929	42.306.074
Unión Temporal Conciencia Rosa	4.214.208	3.638.987
Coosalud Entidad Promotora de Salud S. A.	19.317.609	32.029.115
Sanitas EPS	1.084.354	501.442
Salud Total EPS S. A.	409.508	424.120
Alianza Medellín Antioquia EPS	13.394.879	43.788.843
Compañía suramericana de seguros	425.616	967.172
Uroclin S.A.S.	676.291	1.303.316
Secretaria Seccional De Salud	779.872	779.872
Colsanitas MP	164.527	274.820
Bristol Myers squib	161.923	142.110
Coomeva Medicina Prepagada	423.682	568.736
Merck Sharp & Domhe Colombia	715.920	580.185
Comfachocó Caja de Compensación Familiar	2.796.409	5.423.774
Demás entidades	8.132.736	11.087.238

Gestión de Compras

El área de compras para la institución cumple un papel estratégico, además de garantizar la disponibilidad oportuna de bienes y servicios, su gestión se orienta a la adquisición eficiente, optimización de recursos, el fortalecimiento de relaciones con proveedores y el aseguramiento de altos estándares de calidad y seguridad delos pacientes. El siguiente informe tiene como propósito presentar los principales resultados alcanzados durante el año 2025, destacando las acciones para fortalecer el proceso, optimizar los recursos y cumplir con los planes estratégicos de la Clínica.

Durante el periodo enero–diciembre 2025, el área de Compras logró optimizar recursos, garantizar el abastecimiento oportuno de insumos médicos y fortalecer la relación con proveedores estratégicos. Se alcanzaron ahorros significativos y se mejoró la trazabilidad de los procesos, con intervenciones en el proceso de planeación (revisión de máximos y mínimos, stock de seguridad, y métricas ajustadas al consumo).

El valor de las compras para este período asciende a $178.905.572.195 con un aumento del 11% respecto al año anterior, este incremento obedece al crecimiento de la operación de la clínica, mayor número de quimioterapias aplicadas, aumento en las atenciones y procedimientos. La distribución de las compras en el 2025 por grupo de insumos está distribuida así:

Medicamentos	**155,216,619,369**	**87%**
Dispositivos Médicos	**19,352,248,604**	**11%**
Dm Diagnósticos	**3,433,409,530**	**2%**
Aseo-Cafetería-Papelería	**903,294,692**	**1%**

Durante el período evaluado se evidencia una tendencia creciente en los días de rotación de inventarios equivalente a 13,24 para el cierre del año, este comportamiento está directamente relacionado con demoras en los pagos por parte de las entidades responsables, lo que ha generado restricciones en el flujo de caja. Como consecuencia, se ha presentado dificultad para cumplir oportunamente con los compromisos financieros a proveedores, disminución en la capacidad de negociación (descuentos financieros), entregas parciales o programadas ante la incertidumbre de pago, incremento en el nivel de inventario de ciertos insumos críticos como medida preventiva ante riesgo de desabastecimiento o falta de entrega. Esta situación se hizo más visible en el segundo semestre del año y es una muestra de las condiciones generales del sector, donde la continuidad en la prestación de los servicios depende de la disponibilidad permanente de medicamentos y dispositivos médicos que frente a la incertidumbre financiera obliga al proceso de compras a implementar medidas de prevención.

En negociaciones con proveedores se obtiene rebate por valor de $ 32.899.671.803, que representa el 18,4% del valor total de las compras, respecto al año anterior muestra un aumento del 22%, este incremento significativo es el resultado de la gestión estratégica liderada por el área de compras, el comportamiento positivo está asociado a varios factores claves: Consolidación de compras por volumen, que permitió mejorar el nivel de descuentos comerciales y por producto a mayores escalas, aseguramiento de precios competitivos, estabilidad en el suministro, cumplimiento de metas de crecimiento institucionales, mejoras en la planeación de la demanda;

La gestión estratégica de compras permitió alcanzar rebates por $32.899 millones (18,4% de las compras), con un crecimiento del 22% frente a 2024, fortaleciendo la eficiencia financiera institucional.

reduciendo compras urgentes o fragmentadas, fortalecimiento de relaciones con proveedores claves, logrando fidelización y apoyos logísticos. El incremento en el valor obtenido se traduce en ahorro financiero, optimización del presupuesto y mayor eficiencia en la gestión del gasto, además, contribuye de manera directa en la generación de margen de contribución. Dentro de los valores obtenidos, se debe destacar la gestión de recuperación por renegociaciones con proveedores que debido a las metas acordadas no se alcanzarían con proveedores como Roche, con quien se alcanza un valor de $1.944.587.127 soportado en ajuste de metas de consumo.

Comparativo_2024_vs_2025 valores de Rebate

	2024	2025	Variación $	Variación %
Enero	1,676,810,842	1,821,413,007	144,602,165	8.6%
Febrero	1,851,204,794	2,373,266,422	522,061,628	28.2%
Marzo	2,249,213,670	3,409,349,163	1,160,135,493	51.6%
Abril	2,640,161,733	3,361,562,641	721,400,908	27.3%
Mayo	2,587,407,821	2,410,357,310	-177,050,511	-6.8%
Junio	2,343,243,189	3,001,158,427	657,915,238	28.1%
Julio	1,902,499,677	2,388,099,696	485,600,019	25.5%
Agosto	2,288,739,367	2,237,468,671	- 51,270,696	-2.2%
Septiembre	2,195,308,066	2,817,421,269	622,113,203	28.3%
Octubre	2,130,322,642	3,484,547,630	1,354,224,989	63.6%
Noviembre	2,126,785,645	2,030,258,398	- 96,527,247	-4.5%
Diciembre	2,969,976,409	3,564,769,169	594,792,760	0.0%
	26,961,673,855	32,899,671,803	5,937,997,948	22.0%

Gráfica comparativa de valores de rebate año 2024 – 2025

Comparativo 2024 vs 2025

Gráfica comparativa de valores de rebate año 2024 – 2025

Relación rebate/compras 2025

	Compras	Rebate	Variación %
Enero	12,718,079,924	1,821,413,007	14.3%
Febrero	13,831,971,771	2,373,266,422	17.2%
Marzo	15,752,079,889	3,409,349,163	21.6%
Abril	14,449,447,107	3,361,562,641	23.3%
Mayo	14,671,267,293	2,410,357,310	16.4%
Junio	13,120,476,263	3,001,158,427	22.9%
Julio	16,241,638,839	2,388,099,696	14.7%
Agosto	14,808,269,755	2,237,468,671	15.1%
Septiembre	17,055,298,878	2,817,421,269	16.5%
Octubre	18,270,918,052	3,484,547,630	19.1%
Noviembre	11,138,117,212	2,030,258,398	18.2%
Diciembre	16,848,007,213	3,564,769,169	21.2%
	178,905,572,195	32,899,671,803	18.4%

Gráfica comparativa de valores de rebate año 2024 – 2025

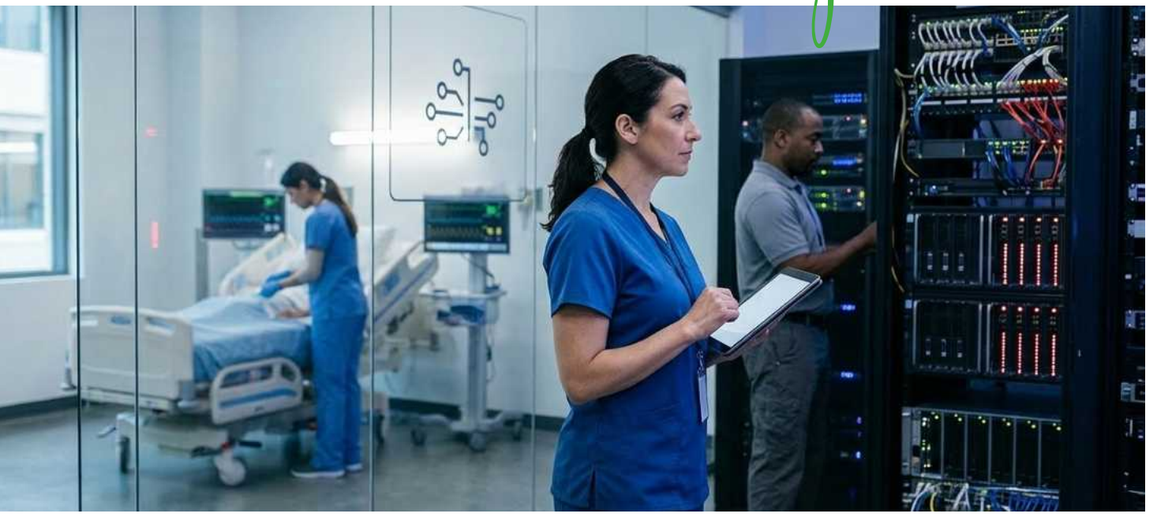
Para le gestión del período desde compras se lideró el proceso de incorporación de tecnología biomédica, necesaria para fortalecer la capacidad de operación en el servicio de cirugía, sin que ello representara desembolso directo de inversión (Capex) para la institución. Esta gestión se basó en un modelo de negociación colaborativa con proveedores estratégicos mediante el cual se lograron acuerdos que permitieron la disponibilidad de dos Torres de laparoscopia, cuatro Electro bisturí y un evacuador de humo, con este proceso fue posible modernizar y ampliar capacidad tecnológica, mejorar la oportunidad, optimizar el recurso, transferir riesgo de obsolescencia y costo de mantenimiento de equipos. El valor de estos equipos es de $1.213.207.870. Adicionalmente para el programa de acceso vascular ingresó un ecógrafo por valor de $24.000.000. Valores que se consideran un menor costo de inversión dada la modalidad de comodato precario bajo las mismas condiciones actuales de consumo de insumos y dispositivos

En el desarrollo del proceso, la gestión se ha enfocado en la optimización integral del abastecimiento buscando no solo eficiencias económicas sino operativas, que impacten la calidad del servicio asistencial, durante el último periodo, se estandarizaron procesos claves del ciclo de compras, se cambiaron frecuencias de adquisición, se redujeron costos administrativos, se eliminaron reprocesos y se disminuyó carga operativa del equipo, logrando reducir el número de personas del área lo cual representa un ahorro al año de $53.280.000

Adicionalmente es importante resaltar en el desarrollo del Plan Operativo, se logra la consolidación de compras centralizadas, para área administrativa, sinergias con los servicios de infraestructura y biomédica, depuración de cajas menores, planeación del ciclo financiero con tesorería y desarrollo del plan de mejora para el desarrollo del sistema SERVINTE en el módulo de suministros, mejor parametrización de conceptos, códigos, informes y reportes como el SISMED.

La gestión de compras permitió incorporar tecnología biomédica por más de $1.213 millones sin inversión directa (Capex) mediante acuerdos estratégicos con proveedores, fortaleciendo la capacidad quirúrgica y optimizando la eficiencia operativa institucional.

Dirección Tecnología



El área de Tecnología de la Información (TI) de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida tiene como propósito gestionar y garantizar el funcionamiento adecuado de la infraestructura tecnológica y de los sistemas de información que soportan los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo de la institución.

Entre sus principales responsabilidades se encuentran la administración de la infraestructura tecnológica, la gestión de los sistemas de información institucionales, el soporte a usuarios, la seguridad de la información y el aseguramiento de la disponibilidad de los servicios tecnológicos necesarios para el desarrollo de las actividades clínicas y administrativas.

En el contexto del sector salud, el área de Tecnología se constituye como un componente estratégico, ya que permite garantizar la continuidad operativa de los servicios, el acceso oportuno a la información clínica, la protección de los datos institucionales y el soporte tecnológico necesario para la toma de decisiones y la adecuada prestación de los servicios de salud.

Asimismo, el fortalecimiento de los sistemas de información y de los controles de seguridad contribuye al cumplimiento de los requisitos normativos del sector, al mejoramiento de los procesos institucionales y a la calidad en la atención brindada a los pacientes.

En 2025, el área de Tecnología de la Información fortaleció la continuidad operativa, la seguridad de la información y la disponibilidad de los sistemas, consolidándose como un soporte estratégico para los procesos clínicos y administrativos de la Fundación.

Durante el año 2025, el área de Tecnología de la Información (TI) desempeñó un rol estratégico en el aseguramiento de la continuidad operativa, el fortalecimiento de la seguridad de la información y el soporte a los procesos clínicos y administrativos de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida.

La gestión del área se orientó a garantizar la disponibilidad de los sistemas, la protección de la información institucional y el acompañamiento permanente a los usuarios, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la calidad en la atención en salud.

A continuación, se indican cada uno de los logros de los diferentes procesos de TI:

Infraestructura

- **Renovación equipos de cómputo:** Se realizó la renovación progresiva de equipos de cómputo, mejorando el desempeño con nuevas especificaciones, la estabilidad operativa y la experiencia de los usuarios, especialmente en áreas críticas para la atención clínica y administrativa.

Renovación equipos de cómputo

Año	Equipos a renovar	Equipos renovados	Cumplimiento
2024	161	161	100%
2025	52	50	100%
**No ha iniciado el proceso de renovación*			
Total equipos de cómputo escritorio			535
Total equipos de cómputo portátiles			81
*TOTAL EQUIPOS FCCCV			616

- **Migración e implementación de nuevos Servidores:** La migración e implementación de nuevos servidores permitió fortalecer la infraestructura tecnológica, reducir riesgos operativos y garantizar la disponibilidad de los sistemas críticos que soportan la atención clínica y administrativa. En el 2025 se implementaron 7 servidores de los cuales 1 se hizo por migración del directorio activo, servicio crítico para el funcionamiento del área.

Servidores 2025

Nombre	Rol	Tipo	Ubicación
Sirius-TC	Oncología pruebas	Virtual	Tocancipá
Atlas	Apidocker pcc	Virtual	Tocancipá
BacoTC	Vista 360	Virtual	Tocancipá
PoseidonBackup	Recuperación de desastres	Virtual	Tocancipá
Apolo-02	Controlador de dominio (Secundario)	Fisico	Sede hospitalaria 80
Wazuh	Monitoreo y seguridad	Físico	Sede hospitalaria 80
GLPI	Mesa de ayuda	Físico	Sede hospitalaria 80
Total Servidores virtuales Tocancipá			15
Total Servidores físicos Sede hospitalaria 80			11
Total servidores otras ubicaciones			1
TOTAL SERVIDORES FCCCV			**27**

TOTAL SERVIDORES FCCCV	**27**
Total servidores pendientes por migrar	4

- Lo que representa un 85% del total de la infraestructura core migrada
- La migración de la infraestructura tecnológica a una nube privada tiene como objetivo principal:

Garantizar la continuidad operativa y reducir el riesgo tecnológico asociado a la obsolescencia de la infraestructura local.

Esta decisión estratégica tiene como objetivo:

- Proteger la disponibilidad de los sistemas clínicos y administrativos.
- Reducir el riesgo de interrupciones por fallas físicas.
- Fortalecer la seguridad de la información institucional.
- Asegurar capacidad de crecimiento sin inversiones críticas urgentes.

- Mejorar los tiempos de recuperación ante incidentes tecnológicos.
- Modernizar la plataforma tecnológica institucional.

Este proyecto no es solo una actualización tecnológica; es una medida preventiva de gestión del riesgo institucional, orientada a proteger la operación clínica y garantizar estabilidad a largo plazo

Crecimiento 2024 vs 2025

- **Reporte de ticket:** Se consolidó la gestión de tickets, permitiendo medir, analizar y mejorar los tiempos de atención, la trazabilidad de los requerimientos y la calidad del servicio brindado a los usuarios. Con respecto al 2024 se tuvo un incremento de atención por tickets aproximado del 45 % en el número de tickets atendidos.
- Este aumento **no corresponde a un incremento en fallas tecnológicas,** sino al proceso de alineación institucional para que todas las solicitudes se gestionen a través del canal formal establecido, garantizando el cumplimiento de la ruta completa de reporte y atención.
- **Implementación de Wolkvox - Automatización call center:** Se realizó el acompañamiento para la implementación de Wolkvox como herramienta de automatización del Call Center, mejorando la gestión de llamadas, la trazabilidad de la atención y la eficiencia en la comunicación con los usuarios, a través de una línea de WhatsApp institucional certificada por Meta. A esta automatización se lograron vincular procesos como Call Center, Quimioterapia, CIGESPA y Cirugía.
- **Licenciamiento Office 365:** Durante el año 2025 se realizó la gestión y optimización del uso de las licencias Office 365, con el objetivo de garantizar que la mayoría de los usuarios cuenten con herramientas de ofimática adecuadas para el desarrollo de sus funciones administrativas y asistenciales. Esta iniciativa permitió un uso más eficiente y controlado de los recursos tecnológicos y se mantiene bajo un enfoque de mejora continua, ajustando el licenciamiento de acuerdo con las necesidades reales de la institución.

Actualmente, se cuentan con **303 licencias de correo electrónico en uso;** sin embargo, mediante la optimización de la plataforma se logró la creación de **buzones de correo adicionales,** alcanzando un total de **650 correos activos,** sin necesidad de adquirir nuevas licencias.

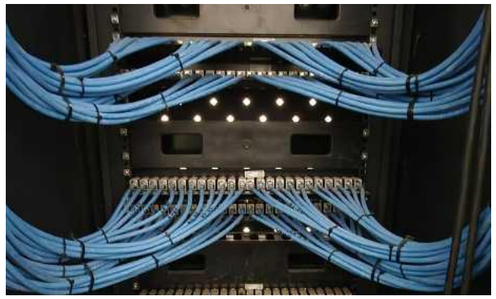
Esta optimización se refleja en un **ahorro aproximado de USD 2.186** mensuales, fortaleciendo la eficiencia en la gestión de recursos tecnológicos.

Adicionalmente, se continúa trabajando en la implementación progresiva de **Microsoft Teams,** con el objetivo de que toda la institución cuente con una herramienta corporativa de comunicación y colaboración.

- **Puesta a punto Sede Torre Intermédica Poblado y Sede Administrativas (Sótano):** Se realizó la puesta a punto a nivel tecnológico de las sedes, garantizando conectividad, estabilidad de los servicios, funcionamiento adecuado de los equipos y soporte oportuno a las áreas operativas. Esta puesta a punto incluye cámaras, biométricos, centro de datos, conectividad entre otros:

Antes

Despues



Proyectos

Durante el año 2025 se llevó a cabo la reestructuración del área de Tecnología, con la creación del área de Proyectos, con el fin de centralizar y fortalecer la gestión relacionada con el ERP institucional Servinte Clinical Suite, los procesos de reparametrización, la implementación de proyectos internos y la puesta a punto del sistema de información, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente.

Para esta reestructuración, se vinculó al área de TI una persona con conocimiento y experiencia en Servinte Clínical Suite, cuya función inicial fue realizar el análisis de funcionalidad y usabilidad de la plataforma.

Como resultado de este análisis, se identificaron y estructuraron diversos proyectos, los cuales fueron ejecutados en un período de cuatro (4) meses, mejorando la eficiencia operativa, la adopción del sistema y el alineamiento de la solución tecnológica con las necesidades clínicas y normativas de la institución.

Este trabajo generó un impacto positivo en la automatización de procesos previamente manuales.

En 2025 se creó el área de Proyectos de TI, fortaleciendo la gestión del ERP Servinte Clinical Suite y optimizando procesos institucionales mediante automatización y mejoras operativas.

Actividad	Prioridad	Fecha Implementación	Estado	Area impactada	Descripción	Impacto
Duplicación de cargos con NC obligatoria	Alta	04/11/2025	Finalizado	"Facturación Cartera"	Se prende parámetro en el programa de duplicación de cargos para que sea obligatorio realizar la NC antes de hacer la duplicación y así garantizar que la factura quede anulada a través de la nota.	PROCESO
Fuentes de Refacturación	Alta	14/10/2025	Finalizado	"Facturación Cartera"	Se revisa la configuración de las fuentes de re-facturación para que estén asociadas a conceptos de suministros que no muevan inventario, adicional se valida que todos los usuarios de facturación tengan en sus variables de ambiente estas fuentes	PROCESO
Matriz de Usuarios	Alta	20/09/2025	En Progreso	Transversal	Se están validando los permisos en los diferentes perfiles de usuarios que se tienen creados en servinte y se retiran los permisos que no se tengan derecho de acuerdo a las actividades a realizar.	PROCESO
Validación maestro de territorios	Alta	15/10/2025	Finalizado	Facturación	El maestro de territorios de Servinte no se tenía completo en la definición de sus municipios/ localidades/Barrios. Se realiza la revisión con la información del DANE y se adiciona las iniciales del DPTO para agilizar su búsqueda al momentto del ingreso. El impacto se dió principalmente en los RIPS	PROCESO
Resolución 2275 - RIPS	Alta	01/10/2025	Finalizado	Facturación - Cartera	Se realiza revisión de todos los maestros (ERP) y se corrigen los errores encontrados, con esto se estabiliza el proceso de facturación y se disminuyen las glosas	ECONOMICO

Actividad	Prioridad	Fecha Implementación	Estado	Area impactada	Descripción	Impacto
Admisiones y facturas del servicio Clínica de Heridas	Alta	14/10/2025	En Progreso	"Clinica de Heridas Facturación"	Se implementan dos bodegas nuevas en el servicio de Farmacia, adicional se apoya el proceso de admisiones y facturación para crear los ingresos asociados y así generar las facturas por paciente de una forma mas eficiente. Adicional esto mejoró el manejo del tablero clínico ya que los pacientes no quedan pendientes y no se generan bloqueos en la próxima visita del paciente	ECONOMICO
Giro cama	Media	06/10/2025	En Progreso	"Hospitalización Urgencias Cirugía"	Se crea un circuito para el proceso de altas el cuál incluye un alta de enfermería/farmacia/ facturación/caja. Esto con el fin de detallar los tiempos de giro de cama en los servicios	PROCESO
Consentimiento informado - firma manuscrita	Alta	03/12/2025	En Progreso	"Cirugía Urgencias Hospitalización"	Se inició con el consentimiento informado de anestesia y enfermería (área de cirugía). Este queda inmerso en la HC sin necesidad de un formato físico y garantizando el diligenciamiento correcto de estos documentos	ECONOMICO
Correo Proveedores	Baja	19/11/2025	En Progreso	Tesorería	Se implementa el envío de correo de comprobantes de pago a proveedores desde el módulo de servinte con el fin de evitar procesos manuales	PROCESO
Ingreso de líder de HCE	Alta	24/02/2025	Finalizado	Trasversales asistenciales	Con el ingreso del líder Clinico se garantiza la correcta parametrización y soporte del ERP en los módulos Clínicos.	PROCESO

Actividad	Prioridad	Fecha Implementación	Estado	Area impactada	Descripción	Impacto
Inducción y reinducción de HCE	Alta	15/03/2025	En Progreso	Trasversales asistenciales	"Garantizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica electrónica. Se abordan las especialidades médicas para mejorar la calidad del dato consignado en la HCE"	PROCESO
Parametrización de nuevas Normas	Alta	13/03/2025	En Progreso	Trasversales asistenciales	Se han parametrizado de forma correcta las resoluciones, circulaes y normaitvas que impactan la HCE y a su vez se ha capacitado al personal asistencial en estos nuevos cambios	LEGAL
Re-parametrización de maestros clínicos	Alta	13/03/2025	En Progreso	Trasversales asistenciales	Se ha venido realizando re-parametrizaciones en los diferentes maestros clínicos que permiten el registro adecuado de la historia clínica y su impacto administrativo	PROCESO
Gestión de tableros clínicos	Alta	13/03/2025	En Progreso	Trasversales asistenciales	Disminución del impacto bloqueante para la atención de pacientes ya que al estar en constante revisión, se sacan los pacientes de manera oportuna.	PROCESO
Cero papel en Cigespa - Farmacia	Baja	21/03/2025	Finalizado	Cigespa - Farmacia	"Se agilizó la atención de los pacientes (disminución de filas). Se optimiza recursos (almacenamiento y mano de obra) y se disminuye costos con el cero papel"	ECONOMICO
Medicamentos de control	Alta	15/01/2025	Finalizado	Servicio Farmaceutico - Asistencial (Enfermería)	"Reducción de costos en los formularios de Alto costo Reducción en tiempo en los procesos de análisis Garantía en la dispensación o no del medicamento"	ECONOMICO

Actividad	Prioridad	Fecha Implementación	Estado	Area impactada	Descripción	Impacto
Automatización de reportes del ERP	Baja	15/01/2025	En Progreso	Areas administrativas	Reducción de tiempo de mano de obra en la creación de los informes administrativos. Se crearon en la herramienta FENIX donde el usuario puede descargarlos en tiempo que requiera	PROCESO
Control de equipos de la central	Alta	25/02/2025	Finalizado	Cental de esterilización	ETL para el desarrollo de la aplicación	PROCESO
Robot para descarga de HCE	Baja	15/03/2025	Finalizado	Sistemas de Información	Optimización de tiempo para la descarga y generación de los soportes para entregar a las entidades	PROCESO
Correo de agenda CX	Baja	20/12/2025	Finalizado	Cirugía	Se entrega funcionalidad que permite el envío de la programación de CX a traves de correo electrónico, disminuyendo el papel y garantizando una correcta información al medico	PROCESO

- **Impacto de la enfermera oncóloga en el área de TI:** La vinculación de una enfermera oncóloga al área de TI fortaleció la articulación entre tecnología y los procesos asistenciales, permitiendo una mejor parametrización de los sistemas, una ejecución más ágil de los proyectos tecnológicos y un mayor acercamiento con el cuerpo médico y el personal asistencial, optimizando la gestión de la Historia Clínica Electrónica y el acompañamiento a los usuarios de la fundación. Esta profesional cuenta con 13 años de experiencia en el área asistencial de la institución, lo que aporta un profundo conocimiento de los procesos internos, facilitando la identificación de oportunidades de mejora, la toma de decisiones más acertadas y la implementación de soluciones tecnológicas alineadas con la realidad clínica.

Durante el año 2025, el área de Tecnología priorizó el fortalecimiento de este componente mediante la implementación de controles y herramientas orientadas a la mitigación de riesgos, la protección de la información crítica y la continuidad de los servicios, en cumplimiento de la normatividad vigente y en apoyo a los procesos clínicos y administrativos de la organización.

Implementación de Wazuh: Se realizó la implementación de la plataforma Wazuh como solución centralizada de monitoreo, detección de amenazas y gestión de seguridad de la información, fortaleciendo la postura de ciberseguridad institucional.

Beneficios obtenidos:

- Fortalecimiento de la seguridad perimetral e interna.
- Detección proactiva de incidentes de seguridad.
- Mayor visibilidad sobre eventos y riesgos tecnológicos.
- Cumplimiento de buenas prácticas en seguridad de la información.
- Mejora en la capacidad de respuesta ante incidentes.

Renovación de antivirus Sophos – Migración de XDR a MDR: Se realizó la renovación de la solución de seguridad Sophos, migrando del esquema XDR a MDR (Managed Detection and Response), lo que permitió contar con un

servicio administrado de monitoreo y respuesta ante incidentes de seguridad. Esta actualización fortaleció la protección de equipos y servidores mediante supervisión continua, análisis avanzado de amenazas y atención especializada 24/7, mejorando la detección temprana y reduciendo los tiempos de respuesta ante incidentes.

Adicionalmente, se implementó la solución Sophos Mail para fortalecer la seguridad del correo electrónico institucional frente a amenazas como phishing, malware, spam y suplantación de identidad. La integración con la plataforma de correo corporativo permitió el filtrado avanzado de mensajes, la detección de enlaces y archivos maliciosos y la aplicación de políticas de protección y control, reduciendo riesgos asociados a ataques dirigidos y fortaleciendo la postura de ciberseguridad institucional.

Durante 2025 se reestructuró el área de seguridad, asignando un rol dedicado al monitoreo preventivo. Actualmente, el proceso se encuentra en fase de estabilización y se proyecta el desarrollo de campañas de sensibilización dirigidas a los usuarios finales, fortaleciendo la cultura de seguridad de la información en la institución.

Desarrollo de software

El desarrollo de software interno se consolidó como un eje estratégico para la automatización de procesos manuales, la mejora de la eficiencia operativa y el fortalecimiento de los procesos clínicos y administrativos de la institución.

Esta capacidad permitió diseñar soluciones ajustadas a las necesidades reales de la organización, optimizando tiempos, reduciendo errores operativos y mejorando la trazabilidad de la información como complemento de la herramienta ERP organizacional.

Asimismo, el desarrollo interno representó una optimización significativa de costos, al disminuir la dependencia de soluciones de terceros y evitar la adquisición de herramientas que no se ajustaban completamente a los requerimientos institucionales, garantizando mayor control, sostenibilidad y capacidad de evolución de las soluciones implementadas.

A continuación, se presentan los proyectos de desarrollo de software ejecutados, evidenciando el impacto del área de Tecnología en la transformación digital, la automatización de procesos y el uso eficiente de los recursos.

Actividad	Prioridad
Tarifas laboratorio	**Beneficios operativos** Rapidez en la toma de decisiones. Precisión al momento de decidir a qué laboratorio enviar las muestras. **Beneficios de gestión y control** Claridad en las tarifas pactadas por el equipo comercial. Transparencia en la infowrmación de tarifas. **Beneficios tecnológicos** Acceso a tarifas en tiempo real. **Beneficios financieros** Reducción de errores en la facturación. Mejor control de costos al elegir el laboratorio más conveniente. Optimización de márgenes gracias a tarifas actualizadas en tiempo real. **Beneficios comerciales** Mayor confianza entre el área comercial y operativa. Cumplimiento efectivo de las condiciones pactadas con los clientes. Mejora en la relación con aliados y laboratorios externos. **Beneficios estratégicos** Soporte a la toma de decisiones basada en datos confiables. Mayor competitividad frente a otros proveedores. Capacidad de reacción rápida ante cambios de tarifas o condiciones del mercado. **Beneficios organizacionales** Disminución de reprocesos y retrabajos. Estandarización de criterios para el envío de muestras. Aumento de la eficiencia operativa del equipo.
Central esterilización v2 y v3	**Beneficios de seguridad y cumplimiento** Resguardo y protección de la información. Cumplimiento de normas y protocolos de esterilización. Validación del peso por carga esterilizada según la normativa vigente. Soporte documental ante auditorías internas y externas. **Beneficios de inventario y control** Sistema centralizado de inventario de todos los instrumentales. Justificación clara de entradas y salidas de inventario para procesos de compra. Control preciso de stock disponible y necesidades de reposición. Reducción de pérdidas, extravíos o uso no autorizado. **Beneficios de trazabilidad** Trazabilidad completa de los reusos en instrumentales con límite de usos permitidos. Seguimiento del instrumental desde quirófano hasta central de esterilización. Identificación rápida de fallas o eventos críticos en el ciclo de uso. **Beneficios operativos** Reportes oportunos de daños desde quirófanos hacia la central. Mejora en los tiempos de respuesta para mantenimiento o reposición. Disminución de reprocesos y reprocesamientos innecesarios. **Beneficios financieros** Optimización de compras basada en datos reales de uso y desgaste. Prolongación de la vida útil del instrumental. Reducción de costos por reposiciones imprevistas o sanciones regulatorias. **Beneficios estratégicos y de gestión** Información confiable para la toma de decisiones. Planeación eficiente de compras y mantenimiento. Mayor transparencia entre áreas clínicas, administrativas y logísticas.
Central de muestras	**Beneficios de calidad y seguridad del paciente** Precisión en el marcado de tubos de muestra. Disminución del riesgo de errores en la identificación de muestras. Mayor seguridad en la asociación correcta muestra–paciente. **Beneficios operativos** Rapidez en la marcación de tubos de muestra. Agilización del flujo de trabajo en la toma y procesamiento de muestras. Reducción de reprocesos por errores de rotulación. **Beneficios tecnológicos** Consulta precisa de datos del paciente mediante lector de código de barras. Automatización del proceso de identificación. Integración con sistemas de información clínica o de laboratorio. **Beneficios de trazabilidad y control** Seguimiento confiable de las muestras desde la toma hasta el análisis. Registro automático de eventos asociados a cada muestra. Facilita auditorías y control de calidad. **Beneficios financieros** Reducción de costos por repetición de pruebas. Optimización del uso de insumos y recursos del laboratorio.

Actividad	Prioridad
Patología v2	**Beneficios de facturación y recaudo** Facturación adecuada según validaciones por EPS. Disminución de glosas por errores en CUPS o conceptos facturados. Mayor tasa de aceptación de facturas por parte de las EPS. **Beneficios administrativos y de control** Recuperación automática del centro de costos correspondiente. Asociación correcta entre CUPS y concepto facturable. Estandarización de criterios de facturación. **Beneficios de actualización y mantenimiento** Actualización permanente de los códigos CUPS. Adaptación rápida a cambios normativos o contractuales. Consistencia entre sistemas clínicos y administrativos. **Beneficios de cumplimiento normativo** Cumplimiento de lineamientos exigidos por las EPS. Soporte documental para auditorías y revisiones. **Beneficios financieros** Reducción de reprocesos y refacturación. Optimización del flujo de caja. Disminución de pérdidas por facturación incorrecta.
Mipres v2	**Beneficios operativos** Mejora en los tiempos de carga de la información. Agilización de los procesos de validación. Reducción de tiempos de espera en la operación diaria. **Beneficios de calidad de la información** Aseguramiento de información precisa y confiable. Disminución de errores por cargas incompletas o inconsistentes. Mayor integridad y consistencia de los datos. **Beneficios de toma de decisiones** Acceso oportuno a información validada. Soporte efectivo para decisiones operativas y administrativas. Mayor confianza en los reportes generados. **Beneficios tecnológicos** Optimización del rendimiento del sistema. Procesos más estables y eficientes. Mejor experiencia de usuario.
Seguimiento postquirurgico	**Beneficios de atención y seguridad del paciente** Trazabilidad completa del paciente durante su proceso de recuperación postquirúrgica. Acompañamiento continuo después de la intervención en el servicio de cirugía. Detección temprana de alertas o complicaciones en el proceso de recuperación. **Beneficios asistenciales y operativos** Seguimiento oportuno del estado del paciente. Mejor coordinación entre el equipo quirúrgico, enfermería y otros servicios asistenciales. Continuidad del cuidado sin interrupciones. **Beneficios de trazabilidad y control** Registro estructurado de la evolución del paciente. Historial confiable del proceso postoperatorio. Soporte documental para auditorías clínicas y de calidad. **Beneficios de experiencia del paciente** Mayor sensación de acompañamiento y confianza. Mejora en la percepción de calidad del servicio. Atención más humana y centrada en el paciente. **Beneficios estratégicos y de calidad** Mejora de los indicadores de calidad asistencial. Soporte para análisis de resultados clínicos. Identificación de oportunidades de mejora en los procesos quirúrgicos.
Clima	Permite medir la satisfacción del personal mediante encuestas estructuradas Maneja niveles jerárquicos para segmentar resultados de forma correcta Presenta resultados con gráficas dinámicas fáciles de interpretar Usa inteligencia artificial para resumir comentarios abiertos Facilita la toma de decisiones estratégicas basadas en datos reales Reduce el tiempo de análisis manual de encuestas

Actividad	Prioridad
Altas	Control en tiempo real del estado de las camas Visibilidad completa desde la orden de alta médica hasta la reasignación Centraliza la información del proceso en un solo sistema Reduce tiempos muertos de camas desocupadas Mejora la coordinación entre enfermería, hospitalización, aseo y admisiones Incrementa la capacidad operativa de la clínica Disminuye tiempos de espera de pacientes Genera trazabilidad de alta, egreso y limpieza Permite medición de desempeño y control operativo
Bot se somer	Automatiza la creación de usuarios Automatiza procesos de admisión Realiza cargos de Somer sin intervención manual Ahorro estimado del 70 % al 80 % del tiempo operativo Reduce dependencia de una persona específica Disminuye errores operativos Agiliza procesos administrativos repetitivos
Tarifas comerciales	Extrae maestros de Servinte a Excel de forma controlada Permite edición directa por el equipo comercial Carga automática de tarifas en el aplicativo Actualización directa en Servinte sin intervención de DBA Reduce tiempos operativos Elimina cadenas de correos innecesarias Disminuye errores en el cargue de maestros Mejora el control y trazabilidad de cambios
Bot de descarga de facturas	Automatiza la descarga de facturas desde Servinte Funciona de manera programada en horario nocturno Implementado en cinco equipos simultáneamente Reemplaza un proceso manual repetitivo Garantiza la descarga oportuna de información Reduce carga operativa del personal Disminuye riesgo de errores u omisiones
Modulo de auditoria de cuentas (Control de facturas)	" Permite auditar cuentas antes de la generación de facturas Se adapta a cambios temporales del proceso operativo Mejora el control previo a la facturación Reduce reprocesos y ajustes posteriores Aporta trazabilidad al proceso de auditoría"
San agustin	Se lleva un control mas ordenado y confiable de la facturación que se realiza en el mes Se mantiene confidencial el número de documento del documento del colaborador, puesto que ya no hace falta exponerlo mediante Whatsapp. El modelo de verificación por correo asegura que la persona que solicite el almuerzo sea la misma que lo reciba, o en su defecto, asegura que el dueño del número de identidad tenga conocimiento de esa solicitud.
Correo Gestor de ordenes	Al optar por un modelo de envio de correos el paciente y/o sus familiares y allegados tienen a la mano los documentos de sus consultas asegurados con una contraseña para mantener su información personal de manera confidencial. Al enviar documentos mediante un correo se redujo drásticamente el consumo de hojas de papel dentro del proceso de Cigespa.
Mejoras en ODP	Se muestra una mejora en el tiempo de consulta sobre los medicamentos. Se evidencia una reducción muy considerable en el tiempo que se requiere para exportar el reporte de odp El cambio dió pie a la posibilidad de generar indicadores en PowerBi directamente desde la fuente y no subiendo manualmente el reporte."
Construcción herramienta de seguimiento	Proporciona mayor claridad sobre el estado actual de los desarrollos y las tareas del equipo. Centraliza la información, eliminando el seguimiento disperso y poco estructurado. Facilita la priorización de actividades según su avance y criticidad. Permite la asignación clara de responsables para cada tarea o desarrollo. Mejora el control y seguimiento del progreso de manera sencilla y ordenada. Apoya la toma de decisiones oportunas al contar con una visión clara del avance. Fortalece la comunicación y alineación entre las áreas involucradas.

Actividad	Prioridad
Cero papel seguimiento dispensación (Pendiente salida a producción)	Reducción significativa en el uso de papel, generando ahorros operativos y aportando a la sostenibilidad ambiental. Implementación de firma digital entre el dispensador de medicamentos y el paciente o su acompañante, fortaleciendo la validez y confiabilidad del proceso. Envío automático de correos electrónicos al paciente como soporte y confirmación del proceso de dispensación. Mejora en la trazabilidad de la información desde la entrega del medicamento hasta la confirmación por parte del paciente. Custodia segura y centralizada de la información en formato digital, minimizando riesgos de pérdida o deterioro de documentos físicos. Acceso ágil y controlado a la información, facilitando la consulta por parte de las áreas autorizadas. Mayor facilidad para la generación de informes operativos y gerenciales. Simplificación de los procesos de auditoría interna y externa mediante información estructurada, histórica y fácilmente verificable. Fortalecimiento del control interno y del cumplimiento normativo en los procesos de dispensación de medicamentos. Mejora en la experiencia del paciente al recibir notificaciones claras y oportunas.
Implementacion de laravel	Estandarización de la arquitectura tecnológica en los nuevos desarrollos. Mejora significativa en la mantenibilidad y calidad del código. Reducción del riesgo técnico y de la dependencia de desarrolladores específicos. Optimización y aceleración de los tiempos de desarrollo. Mayor capacidad de escalabilidad de las soluciones tecnológicas. Facilidad para la incorporación y adaptación de nuevos desarrolladores. Base sólida para la evolución continua y sostenibilidad de los sistemas.
Tableros de cirugía en el gestor	Se culmina la visualizacion del modulo y se realizan detalles que permiten mayor disposicion para el analisis
seguimiento postquirurgico	

Auditoría Externa del Área de Tecnología

Durante el año 2025 se realizó una auditoría externa integral al área de Tecnología, con el fin de evaluar la gestión de TI, el uso de licencias, la estructura del equipo, los procesos, las capacitaciones y los controles de seguridad de la información.

El resultado de la auditoría fue favorable, evidenciando un adecuado manejo del área; sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora, las cuales fueron priorizadas y gestionadas mediante planes de acción definidos por el área de TI.

Las oportunidades se convirtieron en una hoja de ruta para el fortalecimiento del área, permitiendo mejorar la gobernanza, optimizar recursos y reducir riesgos tecnológicos.

Tecnología

N°	Observación identificada	Impacto	Acción de mejora	Estado
1	Configuración y distribución de switch	Medio	Se inició la renovación de los swtich con el fin de unificar marcas y renovar licenciamiento	En proceso
2	Distribución de puntos wifi	Medio	Se habilitan y se reubican los AP en diferentes puntos, adicional se incrementa la mascara y las MG de navegación para aumentar la cantidad de usuarios y mejorar la experiencia	Finalizado
3	HA en los Firewall	Critico	Se inicia la implementación de SD-WAN lo que permitira tener alta disponibilidad en las sedes	En proceso
4	Revisión directorio activo	Alta	Se reestructuran los perfiles de TI y se asigna una persona a la administración del DA	Finalizado
5	Migración de servidores a nube privada	Critico	Se migraron los servicios mas criticos para la nube privada en Tocancipá, actualmente solo faltan 4 servidores los cuales quedaran migrados este primer trimestre	En proceso
6	Infraestructura fisica (Equipos)	Medio	Se continua con la modalidad de renting tecnologico para que minime el impacto economico en el presupuesto general	Finalizado
7	Seguridad informatica	Critico	Se renueva licenciamiento de antivirus con nuevas tecnologias de monitoreo 7/24, monitoreo de correos electronicos. Para inicio del trimestre 2026 se enfacarán esfuerzos en capacitación a usuarios finales	En proceso
8	Mantenimiento y soporte	Alta	Ingresan 2 personas nuevas al area de soporte en sitio para estabilizar el proceso	Finalizado

El área de Tecnología se consolidó como un aliado estratégico para la institución, fortaleciendo la seguridad, la continuidad operativa y la optimización de los recursos, bajo un enfoque de mejora continua.

INVERSION CAPEX 2024 V 2025

Gestión
Terceros no asistenciales

Desde la coordinación administrativa se realiza la interventoría de los diferentes contratos con los terceros no asistenciales, velando por el cumplimiento de los procesos, facturación y minutas dispuestas.

Proceso de lavandería optimización y gestión estratégica

Sede Hospitalaria 80

Nuestras medidas de optimización fueron cuidadosamente implementadas para asegurar la reducción de costos sin afectar la calidad del servicio, la higiene o la comodidad de los pacientes, esto se logró ajustando procesos y mejorando las eficiencias.

- Optimización de recorridos de ropa: rediseño logístico para mayor eficiencia
- Nueva frecuencia en el cambio de la ropa de cama de acuerdo a protocolos clínicos.

Eficiencia operativa y mejora continúa elevando la calidad del servicio

Nuestras iniciativas no solo se enfocaron en la eficiencia de costos, si no tambien en la mejora proactiva de la calidad del servicio incrementando renovando el número de prendas hospitalarias que anteriormente en el déficit de ropa se generaban cuellos de botella que originaban quejas, insatisfacción y demoras en los procesos asistenciales.

Proceso de alimentación

Optimización del servicio de alimentación a pacientes

En nuestro compromiso de mejora continua en el proceso de alimentación para este 2025 se implementaron las siguientes estrategias:

- **Fortalecimiento nutricional y operativo:** Incorporación en la interventoría con una nutricionista de la Clínica con el objetivo de asegurar la pertinencia clínica y calidad operativa de las dietas.
- **Mejoramiento del desarrollo solicitud de dietas:** beneficios esperados, exactitud en la facturación, mayor control y seguridad, mejora en la atención a nuestros pacientes con requerimientos especiales.

Eficacia: Reducción de tiempos, errores en la solicitud y cancelación de dietas.

Transparencia en facturación: Clara información entre las solicitudes y la facturación

Trazabilidad: Con la mejora en el desarrollo realizado por nuestra área de tecnología logramos tener esta traza.

Informador de pacientes aislados: Herramienta para identificar y gestionar de manera especial las necesidades alimentarias de pacientes en aislamiento, garantizando su seguridad y la del personal, esto representaba riesgo en la seguridad del paciente e incluso el personal del servicio.

- **Mejoramiento de la infraestructura por parte de nuestro aliado:** con esto garantizamos un ambiente adecuado para la preparación y distribución de alimentos cumpliendo con los más altos estándares sanitarios y operativos

1. Renovación de equipos de cocina (cocina inteligente)
2. Optimización de áreas de almacenamiento
3. Mejoras en zonas de distribución
4. Implementación de tecnologías para el control ambiental

- **Incremento de donaciones diarias para acompañantes de la Fundación:** Con el fin de fortalecer el apoyo a las familias de los pacientes, mejorando su experiencia y bienestar, la Fundación diariamente dona 9 almuerzos y nuestro aliado 8 almuerzos y 4 cenas diariamente.

Informe Optimización del proceso de aseo y desinfección

Compromiso con la calidad y la salud

A continuación, se detallan las áreas donde se han logrado mejoras tangibles y medibles:

Mejora a la calidad del servicio de aseo y desinfección de la sede hospitalaria 80:

- **Percepción del personal y pacientes:** Con el cambio de proveedor de aseo logramos impactar en el incremento en la satisfacción y disminución de quejas relacionadas con la limpieza de las áreas comunes, habitaciones, cirugía y zonas de atención, se realizaron brigadas de aseo.
- **Acciones de la interventoría:** Implementación de rondas de supervisión conjuntas más rigurosas, retroalimentación constante al personal operativo y resultados en tiempo real.
- **Resultados:** Reducción del riesgo de transmisión de patógenos en el ambiente hospitalario, con las pruebas mensuales en diferentes lugares de luminometría.
- **Eficiencia en la gestión de facturación y reducción de costos:** Se realizó estudio de tiempos y movimientos y con ello se aplicaron las acciones con el fin de mejorar los procesos en optimización de tiempo de operarias y las rutas, se logó disminuir el AIU en el contrato del 10% al 8% con ello mejorando el costo financiero.

Jardinería conquistadores

Antes

Despues

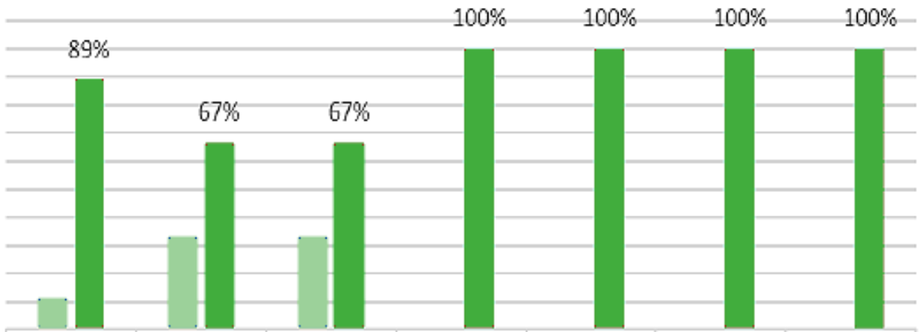
Antes

Despues

Sede hospitalaria

Resultados pruebas de luminometria

Sedes ambulatorias



	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Fallo	11%	33%	33%	0%	0%	0%	0%
Pasa	89%	67%	67%	100%	100%	100%	100%

El grafico evidencia la evolución del cumplimiento de las pruebas realizadas entre los meses de mayo y noviembre del 2025 mostrando una mejora progresiva y sostenida en los resultados. A partir de agosto se evidencia una mejora significativa, alcanzando un 100% de cumplimiento durante cuatro meses consecutivos.

Proceso de vigilancia

La seguridad de pacientes, personal, visitantes e instalaciones es un componente crítico en el entorno hospitalario

Se está realizando un trabajo constante con el aliado para asegurar un servicio de vigilancia de alta calidad, eficiente y con una gestión de costos responsable.

- **Eficacia sin compromiso en la seguridad:**

1. Reducción de la facturación a través de la optimización de personal de vigilancia esto con el fin de disminuir los costos operativos asociados al servicio de vigilancia, manteniendo e incluso mejorando el servicio y respuesta por parte de los aliados
2. Se realizó un análisis exhaustivo de las necesidades de seguridad por áreas y horarios, y se realiza una reasignación estratégica del personal.
3. Inversión en video vigilancia: Se realizó adquisición en instalación de camaras de seguridad, cubriendo todas las necesidades identificadas previamente de acuerdos a los riesgos definidos.

Optimización del servicio de vigilancia que permitió reducir costos y fortalecer la seguridad institucional.

Terceros

Información de gestión Máquinas de Snack contratadas con el tercero

Despues de realizar el análisis se ve un cambio favorable con el cambio a un solo proveedor en las maquinas de Snack para todas las sedes.

- Incremento del porcentaje de participación sobre las ventas de un 10% a un 12% generando mayores ingresos para la Fundación
- Oportunidad de beneficio para empleados: El incremento de los ingresos por participación sobre las ventas permite implementar una medida de beneficio para los empleados minimizando el valor de la estación de café en un 50% por producto sin que esto implique un costo adicional para la Clínica, ya que se financiará con el mayor ingreso generado por la máquinas de snack.

Gestión Biomédica

El Departamento de Ingeniería Biomédica es responsable de la gestión integral de la tecnología médica de la institución, garantizando su disponibilidad, seguridad y correcto funcionamiento para apoyar la prestación de los servicios asistenciales. Nuestras acciones principales incluyen la administración del inventario de equipos biomédicos, planeación y ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos, gestión de contratos y proveedores, evaluación e incorporación de nueva tecnología, control del presupuesto del área, cumplimiento normativo y seguimiento a indicadores de gestión. Estas actividades permiten asegurar la continuidad operativa de los equipos, la seguridad del paciente y la eficiencia en el uso de la tecnología en la institución.

Durante la vigencia 2025, el Área de Ingeniería Biomédica fortaleció de manera integral su modelo de gestión, enfocándose en la estandarización de procesos, el cumplimiento normativo, la optimización de recursos y el aseguramiento de la operación clínica segura. Las acciones desarrolladas permitieron consolidar un enfoque estratégico que aporta valor técnico, financiero y operativo a la institución.

Participación en proyectos:

1.1 Proyectos de infraestructura y gases medicinales

- **Central de Mezclas:**

Participación y ejecución del proyecto de la Central de Mezclas, contribuyendo a la implementación y fortalecimiento del proceso productivo.

- **Producción de aire medicinal:**

Inicio de la puesta a punto y elaboración de la documentación del proceso de producción de aire medicinal, así como la formulación de propuestas de reforma del área, orientadas a mejorar la seguridad, confiabilidad y cumplimiento normativo.

- **Sistema de nitrógeno líquido – Sede hospitalaria 80:**

Planeación y adquisición de los equipos requeridos para la implementación del sistema de nitrógeno líquido en la sede hospitalaria 80.

- **Red de gases medicinales – Sede Conquistadores:**

Planeación y ejecución de la red de gases medicinales, garantizando condiciones adecuadas para la operación clínica y la expansión de los servicios.

- **Reapertura de poblado:**

Se llevó a cabo la planificación, adquisición y dotación de la sede Torre Intermédica Poblado, garantizando el cumplimiento de los tiempos establecidos, la normatividad vigente, los requisitos de infraestructura y los lineamientos institucionales

1.2 Proyectos de mejora y optimización de procesos

- **Reforma del área de ósmosis y compresor de aire instrumental:**

Ejecución de la reforma del área de ósmosis de la institución, así como del compresor de aire instrumental, logrando un proceso más sólido, seguro y productivo.

- **Central de Mezclas – Sede Caucasia:**

Puesta a punto de la Central de Mezclas de la sede Caucasia, asegurando su correcta operación y alineación con los requerimientos del proceso.

1.4 Proyectos de apoyo institucional

Acopio de residuos – Urgencias:

Participación en el proyecto de adecuación del área de acopio de residuos ubicada en el servicio de urgencias

2. Gestión Documental

Durante el periodo evaluado se fortaleció de manera significativa la gestión documental del área, mediante la creación, actualización e implementación de manuales, formatos, instructivos y protocolos, orientados a la estandarización de procesos, el cumplimiento normativo y la mejora continua.

2.1 Manuales, planes y planeación estratégica

Se desarrollaron y actualizaron documentos clave para la operación del área, entre ellos:

- Creación del Manual de Limpieza y Desinfección de Equipos Biomédicos.
- Actualización del Manual de Gestión Biomédica

Elaboración y actualización del documento de procesos del área, consolidado como un insumo esencial para la estandarización de actividades, definición clara de responsabilidades y metodologías de trabajo, fortaleciendo la organización interna, la inducción del personal y el cumplimiento normativo.

- Actualización del Manual de Mantenimiento Preventivo
- Creación del cronograma de capacitaciones 2026.
- Elaboración del estado de la tecnología actual, soportado en un macro documento de estado tecnológico que incluye una matriz de análisis por categorías como ampliación, capacidad instalada, normatividad, obsolescencia y seguridad del paciente.
- Elaboración del OPEX 2026, correspondiente al presupuesto anual del área, fundamentado en los planes de mantenimiento preventivo definidos por los manuales de fabricante y el análisis del comportamiento histórico de los equipos. Esta actividad permitió una planeación más precisa de los

recursos, optimización del gasto y garantía de la continuidad operativa y la seguridad tecnológica.

2.2 Formatos y flujogramas

Con el fin de fortalecer el control y la trazabilidad, se diseñaron e implementaron los siguientes formatos y flujos:

- Creación del formato para ingreso y salida de equipos biomédicos por terceros, junto con su respectivo flujograma.
- Implementación del formato de control por equipo, que refuerza el seguimiento individual, facilita auditorías, fortalece la trazabilidad técnica y asegura el cumplimiento normativo.
- Creación del formato de evaluación de equipos biomédicos en demostración
- Creación del formato de solicitud de información para evaluación de equipos biomédicos
- Creación del formato de evaluación para adquisición de equipos biomédicos.
- Creación y ejecución del formato de evaluación de mal uso de equipos biomédicos, orientado a la gestión del riesgo y la prevención de daños.

2.3 Protocolos e instructivos técnicos

- Creación de más de 50 instructivos técnicos de mantenimiento preventivo y seguridad eléctrica, cargados y gestionados en la plataforma Qsystems.

2.4 Gestión de información y control

- Implementación del módulo de control y seguimiento de accesorios en Qsystems, integrado directamente a la hoja de vida de cada equipo.
- Participación activa en auditorías externas a proveedores y entes de control, en articulación con el área de Calidad.

3. Gestión de Ahorro y Optimización de Recursos

De acuerdo con el seguimiento documentado en el formato de control de ahorros del área, durante el último semestre se registraron múltiples intervenciones que generaron ahorro económico directo para la institución, alineadas con la estrategia institucional 10.5.

A la fecha, el ahorro documentado asciende a $36.280.036, principalmente asociado a:

- Optimización del talento humano propio.
- Recuperación y reutilización de repuestos.
- Ejecución de mantenimientos correctivos internos.
- Optimización de procesos técnicos y administrativos.

3.1 Recuperación de concentradores de oxígeno

La institución tenía reportados como perdidos 20 concentradores de oxígeno entregados a pacientes. Mediante un trabajo articulado con el Servicio Farmacéutico, se logró la recuperación de 17 equipos, generando el siguiente impacto económico:

- Valor unitario por concentrador: $3.694.000
- Valor total recuperado: $62.798.000

Ahorro institucional total (ahorro técnico + recuperación de activos): $99.078.036

Adicionalmente, se fortaleció la gestión financiera del área mediante la implementación de análisis económicos estructurados, incluyendo consolidación de costos mensuales, clasificación por categorías, análisis porcentual y representaciones gráficas, permitiendo una lectura más estratégica del comportamiento del gasto biomédico.

4. Inversión en Equipamiento Biomédico

Durante el año 2025, los mayores niveles de inversión se concentraron en los meses de agosto y octubre, asociados a la adquisición de equipos estratégicos para garantizar la operación segura y continua de los servicios clínicos.

La inversión total en equipamiento ascendió a $482.797.425, destacándose la adquisición de:

Compresor de aire instrumental.

Videolaringoscopio C-MAC.

- Fibrobroncoscopios.
- Gamma sonda.
- Electrobisturí de energía avanzada.
- Básculas clínicas.
- Refrigeradores biomédicos.

5. Gestión de Mantenimientos Preventivos

El indicador de cumplimiento de mantenimientos preventivos presentó los siguientes resultados:

Gestión interna

- Programados: 3.810
- Ejecutados: 3.515
- Cumplimiento: 92 %

Gestión externa

- Programados: 581
- Ejecutados: 579
- Cumplimiento: 99 %

Los mantenimientos no ejecutados se encuentran asociados principalmente a la no disponibilidad de equipos, reprogramaciones con proveedores y condiciones del servicio.

6. Gestión de Mantenimientos Correctivos

Durante el año 2025 se registraron 1.384 mantenimientos correctivos, de los cuales se ejecutaron 1.370, alcanzando un cumplimiento del 98,98 %.

Los correctivos no ejecutados corresponden principalmente a espera de repuestos y procesos de garantía, debidamente documentados y en seguimiento.

7. Gestión de solicitudes

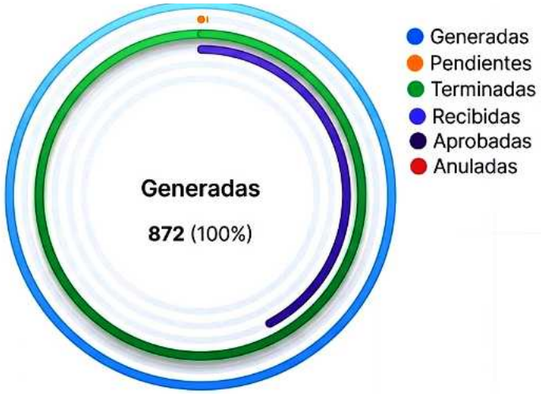
En el área se tuvieron 872 en la plataforma Qsystems, que no corresponden a mantenimientos preventivos ni correctivos siendo de carácter.

Acondicionamiento: 257

Actividades generales del área: 258

Insumos y accesorios: 232

Acta de entrega de equipo: 125



8. Gestión de Capacitaciones

Durante el periodo 2025, el área capacitó a un total de 528 colaboradores de diferentes servicios, abordando temas como:

- Cuidado y limpieza de equipos biomédicos.
- Uso adecuado de la tecnología.
- Manejo de la plataforma Qsystems.

El personal de ingeniera recibió un total de 40 horas de capacitación en temas como:

- Cuidado y limpieza de equipos biomédicos.
- Uso adecuado de la tecnología.
- Seguridad eléctrica
- Manejo de equipos patrón

Estas capacitaciones contribuyeron a la reducción de eventos por mal uso, al fortalecimiento de la cultura de cuidado de los equipos y a la seguridad del paciente.

Gestión Infraestructura

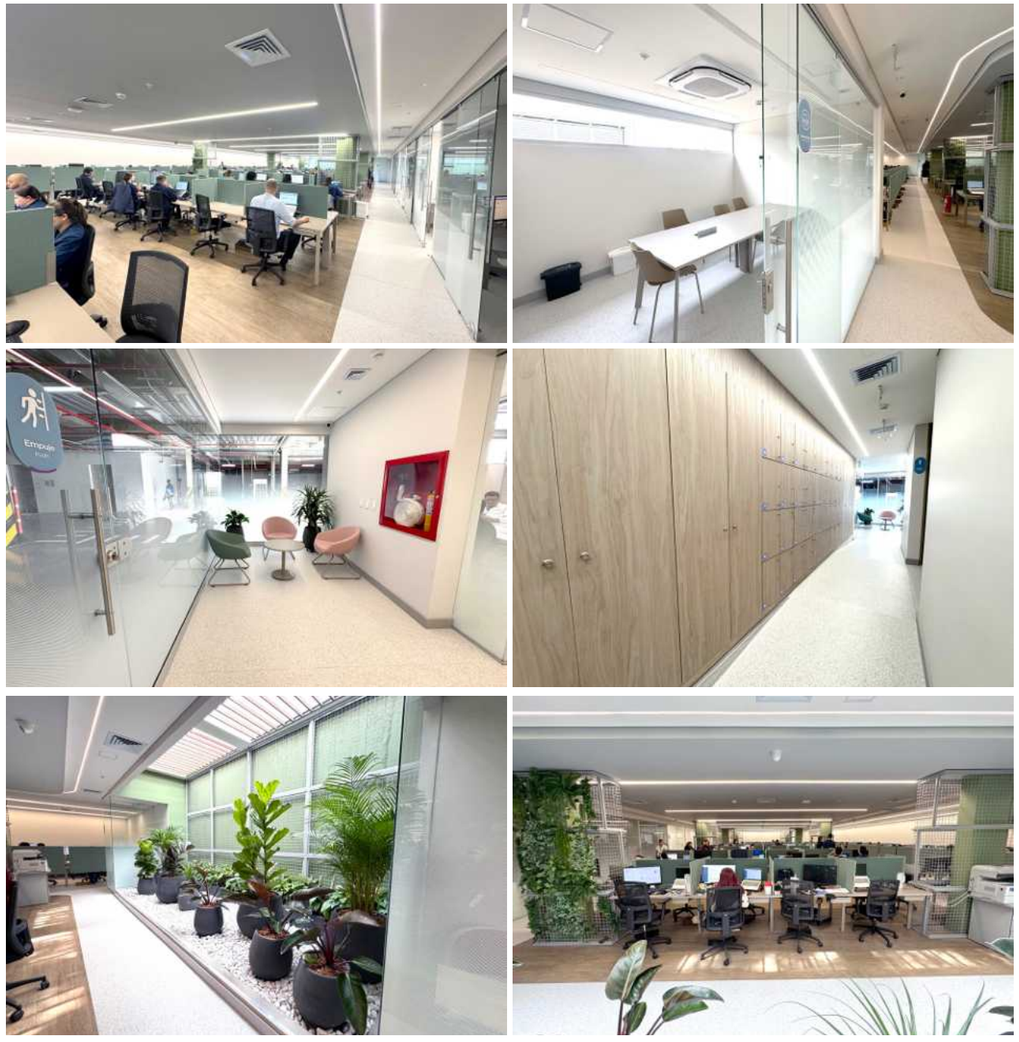
La Coordinación de Infraestructura se encarga de la planeación, control y seguimiento del recurso humano, materiales y equipos, para la ejecución de los mantenimientos preventivos, correctivos y demás solicitudes relacionadas en las diferentes sedes de la institución, así como también del mantenimiento de sistemas y equipos industriales, del mobiliario y activos físicos, y de los nuevos proyectos de expansión y de remodelación de espacios. El equipo está conformado por un Coordinador y 11 colaboradores, entre técnicos y auxiliares de mantenimiento, distribuidos en entre las diferentes sedes.

La finalidad y objetivo del área es garantizar condiciones óptimas, confortables y seguras en temas de infraestructura física, cumpliendo con oportunidad y calidad, para el bienestar de pacientes, acompañantes, personal operativo y administrativo de la institución, apegados a la normatividad vigente establecida en el sector salud.

El equipo de infraestructura presentó una ejecución de 91% de los mantenimientos de los equipos industriales e infraestructura de las sedes en general, que estaban dentro de la planeación del año, pese a tener áreas críticas operativas donde se cuenta con muy poca disponibilidad de los espacios para intervenciones.

Se asignaron recursos por $ 307 millones de pesos para mantenimientos correctivos principalmente en sistemas de aires acondicionados, sistema de agua caliente, ascensores de la sede hospitalaria 80 y corrección de hallazgos de habilitación de manera general, todo esto con relación a que se cuenta con una infraestructura antigua y que en algunos casos presenta deterioro importante.

En 2025, el área de Infraestructura alcanzó un 91% de ejecución de mantenimientos, desarrolló 10 proyectos de obra civil y generó ahorros por $125 millones mediante estrategias de eficiencia energética y optimización de recursos, garantizando condiciones seguras y adecuadas en las sedes institucionales.



Área Administrativa

Se logró ajustar y conformar un equipo de trabajo multidisciplinario, que sea capaz de atender las actividades diarias de la operación, generando una respuesta oportuna a los usuarios en todas las sedes garantizando eficiencia en costos, evitar trabajos tercerizados y mejorar los tiempos y la calidad en la entrega final.

Dentro de la estrategia 10.5 planteada desde la gerencia para el ahorro de costos y gastos el área de infraestructura aportó una generación de ahorros de $ 125 mill de pesos en los últimos 5 meses del año, estos ahorros basados en mecanismos de ahorro energético, en iluminación de diferentes zonas comunes y funcionamiento de equipos de aire acondicionado, impactando en las estratégicas de reducción en el consumo de los servicios públicos de Sede hospitalaria 80.

Se iniciaron y ejecutaron exitosamente 10 proyectos relevantes de Infraestructura y obra civil, con una inversión que superó los 300 millones de pesos y en su mayoría con personal propio, generando ahorros significativos también con el enfoque de la estrategia 10.5.

- **Reformas locativas** para construcción de las oficinas de la Unidad de Investigación en Piso 6, Sede hospitalaria 80.
- **Construcción de Sala de Lactancia. Sede Conquistadores,** dando respuesta a cumplimiento normativo.
- **Reforma locativa, construcción e insonorización de cuartos de la Central de gases, en sede hospitalaria 80,** dando respuesta a cumplimiento normativo en la generación de ruido y sanción interpuesta por la inspección de policía.
- **Adecuaciones locativas y puesta a punto de sala de Quimioterapia y cuarto de gases, en Sede Conquistadores,** dando respuesta a cumplimiento normativo.
- **Reformas locativas** para cumplimiento de estándares de Infraestructura y optimización de procesos en Cirugía piso 5, Sede hospitalaria 80: Adecuación del cuarto de escritura, del cuarto de equipos, nuevo locutorio y el cafetín del personal.
- **Adecuaciones locativas en redes hidrosanitarias existentes** para lograr la certificación de separación de las aguas residuales y aguas lluvias, en Sede hospitalaria 80.
- **Diversas adecuaciones locativas para cumplimiento de estándares de Infraestructura, asociados a temas normativos de habilitación, en servicios principales como Cirugía, UCI, UCE, Esterilización, Hospitalización, Quimioterapia y Clínica de Heridas de Sede hospitalaria 80,** puntualmente para garantizar los estándares dentro de los trabajos sucios, en cuartos de equipos, cuartos de aseo, con temas de almacenamiento de insumos, de seguridad del paciente en baños y pasillos, de SST asociado al personal operativo, dotación de sistemas y elementos faltantes, y de infraestructura en general.
- **Puesta a punto, dotación y amoblamiento de 5 habitaciones VIP** en Piso 5, Sede hospitalaria 80, junto con el área de Compras.

Se lideró exitosamente en la interventoría, seguimiento y control de la ejecución de los grandes proyectos de Infraestructura propuestos en el año, en sedes hospitalaria 80, Torre Intermédica Poblado y Conquistadores:

- **Reforma locativa y reinauguración del piso 3 de la Sede Torre Intermédica Poblado.**

Ejecución: 100%.

- **Construcción de nuevo bloque de oficinas administrativas para 160 personas, en sótano de Sede hospitalaria 80.**

Ejecución: 100%.

- **Construcción de nuevos acopios principales de residuos, en parqueadero de Urgencias, Sede hospitalaria 80, para evitar sanción ambiental.**

Ejecución: 100%.

- **Construcción de la Central de Mezclas de Sede hospitalaria 80.**

Ejecución: 95%.

- **Construcción de nuevas oficinas de Call Center, sótano de sede hospitalaria 80.**

Ejecución: 95%.

Se ejecutaron proyectos y adecuaciones de infraestructura en sedes clave, orientados al cumplimiento normativo, mejora de servicios asistenciales y fortalecimiento de espacios administrativos, con avances entre el 95% y 100% en los proyectos priorizados.

Adecuaciones locativas para montaje de red de oxígeno dentro de sala de quimioterapia en sede conquistadores.

Antes

Despues

Construcción de nuevos acopios principales de residuos, en parqueadero de Urgencias, sede 80.

Antes

Despues

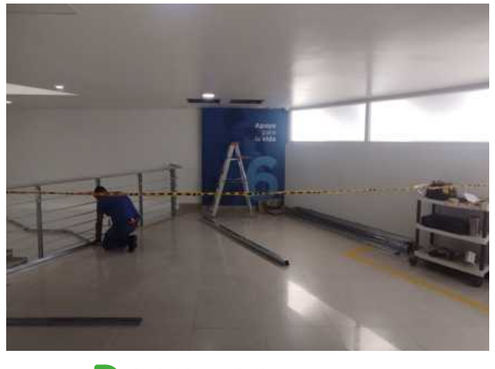
Instalación de puertas acústicas, central de gases, sede 80.

Antes

Antes

Adecuaciones locativas para oficinas administrativas en Piso 6, Sede 80

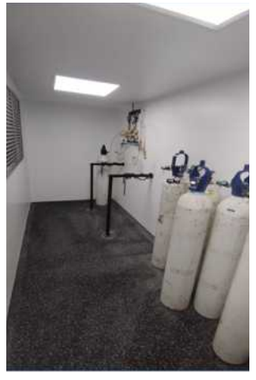
(Investigación)



Despues

Despues

Adecuaciones locativas para montaje de red de oxígenodentro de sala de quimioterapia en sede conquistadores.



Antes

Despues

Construcción de sala de lactancia sede conquistadores

Antes

Despues

Adecuaciones para nueva Of. Dirección de Cirugía, piso 5 sede 80.

Construcción de nuevo bloque de oficinas administrativas para 160 personas en sótano sede 80

Antes

Despues

Antes

Despues

Gestión Comercial

Gestión Comercial

Tipo de aseguramiento	2025	2024	% Variación
Público – PBS	369,326,151,174	322,063,318,261	15%
Privado – PPP	10,982,974,875	8,026,050,379	37%
Total	380,309,126,049	330,089,368,640	15,2%

Presupuesto 2025	364,177,725,460
Ejecución presupuestal 2024	104,4%

Gestión Administrativa y Negociación Interinstitucional:

La estrategia comercial de la Fundación se orientó a fortalecer los convenios interinstitucionales existentes a partir del comportamiento del recaudo efectivo de la cartera en cuanto a oportunidad y valor del dinero en el tiempo, y a la modalidad de pago diferente al evento, con énfasis en el fortalecimiento del mercado de aseguramiento privado y particular como aporte preponderante a la rentabilidad institucional, junto con la mayor contención posible del costo mediante negociaciones de tarifas de compra de servicios de salud complementarios por debajo de la media de crecimiento de tarifas de venta. Lo anterior guarda relación estrecha con la estrategia financiera generando sinergia que permitió la obtención de los siguientes resultados:

- Negociación de Tarifas con clientes, con incremento general ponderado del 7.2%.
- Negociación de Tarifas con proveedores, con incremento general ponderado del 3.9%.
- Disminución de tarifas de Radioterapia en 13% mediante negociación con nuevo proveedor.
- Disminución de tarifas de Tejidos osteomusculares en 20% mediante negociación con nuevo proveedor.
- Renegociación Laboratorio Echavarría con disminución de tarifas del 30% ponderado.
- Renegociación Laboratorio Synlab con disminución de tarifas del 10% ponderado.
- Depuración y actualización del Sistema de Información Institucional, conforme a la norma vigente.
- Reapertura de la Sede Torre Intermédica-Poblado el 19 de marzo.
- Avance en la implementación de la Ruta Preferencial para la prestación de servicios de salud a la población afiliada a planes voluntarios y particulares.
- Estabilización del proceso de seguimiento y control a los modelos de Pago Individual y Global Prospectivos.

Nuevos Contratos:

Durante el 2025, según la estrategia desarrollada, se celebraron los siguientes convenios:

PGP para el manejo del cáncer de Mama a la población de Savia Salud EPS.

PIP para el manejo del cáncer de Mama a la población (cohorte II) de EPS Sura.

Banco de Tejidos Hospital Universitario San Vicente Fundación - Tejidos osteomusculares y cutáneos.

Hospital Pablo Tobón Uribe - Radioterapia y Radiocirugía.

Neumomed - Espirometría y Consulta de Neumología.

Creimed - Aplicación de medicamentos.

Hogar Santa Teresita - Albergue de usuarios pertenecientes al PGP.

Gestión Financiera:

La estrategia Comercial tiene intrínseco el componente financiero, en tanto, propende por la generación de rentabilidad y flujo de caja a partir de la venta efectiva. En esta línea se lograron los siguientes resultados económicos:

Cumplimiento de Presupuesto de Ventas del 104.4%.

Incremento del 15.2% en ventas globales.

Incremento del 30% en ventas de modelos de pago global e individual prospectivo PGP-PIP, los cuales hacen referencia a la atención de la población adulta con sospecha y/o diagnóstico de cáncer de mama, afiliada a EPS Sura y a Savia Salud EPS, enmarcada en la ruta de atención para el tratamiento integral de esta patología, lo cual significó una participación del 20% en las ventas totales al cierre del año, dando cumplimiento a la meta establecida en el Plan Operativo Anual. Este resultado impacta positivamente la salud financiera de la organización, dada la modalidad de pago fijo mensual que representa una proporción importante en el flujo de recursos disponibles.

Incremento del 37% en ventas de mercado privado y particular, lo cual aporta al mejoramiento de la rentabilidad, logrando una participación del 2.9% en las ventas totales.

Cumplimiento en la ejecución contractual del PGP Unión Temporal Conciencia Rosa de Savia Salud EPS del 96%. Este resultado fue el producto de los ajustes efectuados a los diferentes procesos internos, que permitieron maximizar la eficiencia operativa institucional, dado que su inicio tuvo un resultado negativo, el cual se logró reversar y compensar posteriormente con la gestión realizada mediante la articulación de las áreas asistenciales y administrativas, operando de manera transversal bajo un objetivo común que permitiera garantizar resultados en salud positivos y sostenibilidad económica para la institución, lo cual sentó una línea de base de para futuros modelos similares.

Nuevo contrato PGP de cáncer de Mama de Savia Salud EPS con margen de utilidad del 16%.

Resultados Sede Intermédica: Margen Operacional 18% y Margen Ebitda 22%.

La gestión comercial fortaleció los convenios interinstitucionales y el mercado privado, logrando cumplimiento del 104.4% del presupuesto de ventas y un crecimiento del 15.2% en ventas totales, junto con negociaciones estratégicas con clientes y proveedores que mejoraron la rentabilidad y el flujo de recursos de la institución.

Gestión de la Calidad

Gestión de la Calidad

Gestión del mejoramiento continuo

El Área de Mejoramiento Continuo tiene como objetivo fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, garantizando servicios seguros, oportunos, eficientes, humanizados y centrados en el paciente. Asi mismo, promueve el cumplimiento de la normatividad vigente y lidera procesos de auditoría interna y planes de mejoramiento para optimizar los procesos y mejorar la satisfacción de los usuarios.

Desarrollo del informe

El área de Planeación y Calidad orienta la prestación de servicios de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida con excelencia, seguridad y enfoque centrado en el usuario, promoviendo la mejora continua, el cumplimiento normativo y el fortalecimiento de los resultados y la experiencia del paciente y su familia.

Durante la vigencia se realizó seguimiento al Sistema Único de Habilitación, al programa de auditoría para el mejoramiento continuo y a las acciones de mejora que permiten evaluar el desempeño institucional.

1.1 Sistema aseguramiento de la calidad

La Alta Gerencia de la institución demuestra su compromiso permanente con el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación, mediante el liderazgo y respaldo a los procesos orientados al cumplimiento de los estándares de habilitación exigidos por la normatividad vigente. Este compromiso se evidencia en la asignación oportuna de recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, el acompañamiento a los responsables de los servicios habilitados y el seguimiento sistemático a las acciones de mejora, con el fin de garantizar una prestación de servicios de salud segura, continua y con altos estándares de calidad para los usuarios.

Desde el proceso de Planeación y Calidad se realiza de manera permanente y continua evaluación al cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación para propender por el cumplimiento de los siete estándares definidos en la norma Resolución 3100 de 2019.

1.2 Programa de auditoría para el mejoramiento - PAMEC

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en salud permite a las instituciones identificar por medio de un mecanismo sistemático y continuo la calidad observada en comparación con la calidad deseada, para así asegurar que la atención en salud sea de alta calidad y seguridad.

- **Atención del paciente crítico**
- **Prevención del cansancio en el personal de la salud**
- **Altas seguras relacionadas con ayudas diagnósticas**

De acuerdo con el cronograma la definición y ejecución de los pasos de la ruta crítica, se cierra el año con un 100% de cumplimiento al mismo.

Se priorizaron 33 oportunidades de mejora resultantes de la autoevaluación posterior a la aplicación de la evaluación del costo, riesgo y volumen.

Para definir la calidad esperada se realizó revisión de los indicadores existentes en la institución, para identificar si ya se encontraban instaurados o se debían crear nuevas fichas técnicas, se realizará seguimiento a un total de 16 indicadores. Posteriormente se formuló el plan de acción, para ser ejecutado de acuerdo con el cronograma, en el primer semestre del año 2026.

La implementación y seguimiento del PAMEC en seguridad del paciente ha generado resultados positivos evidenciados en el fortalecimiento de la cultura de seguridad, la mejora en la adherencia a protocolos institucionales y la reducción de eventos adversos prevenibles. A través del análisis sistemático de indicadores, la gestión del riesgo y la ejecución de planes de mejora, se logró optimizar la atención, promover prácticas seguras y garantizar el cumplimiento de los lineamientos normativos, contribuyendo a una atención más segura, oportuna y centrada en el paciente

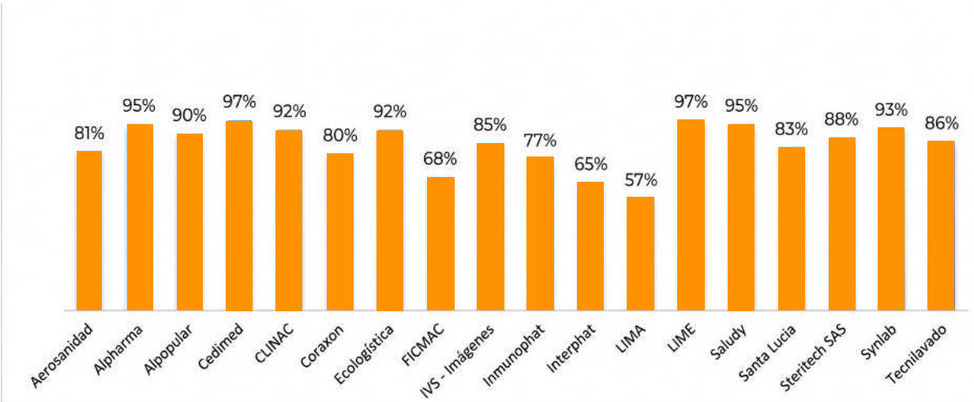
1.3. Gestión de auditorías

El programa de auditoría busca verificar el cumplimiento del sistema obligatorio de la garantía de la calidad, la normativa vigente, los lineamientos institucionales, adicional, de dictar directrices para las auditorías externas a los aliados estratégicos; esto se lleva a cabo bajo el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar.

Uno de los principales logros en la gestión de las auditorías fue la sensibilización de líderes y coordinadores frente al propósito del ejercicio auditor, destacándolo como una herramienta estratégica orientada al mejoramiento continuo de los procesos internos y externos, desde una mirada crítica, objetiva y sistemática, que fortalece el autocontrol institucional y asegura el cumplimiento normativo.

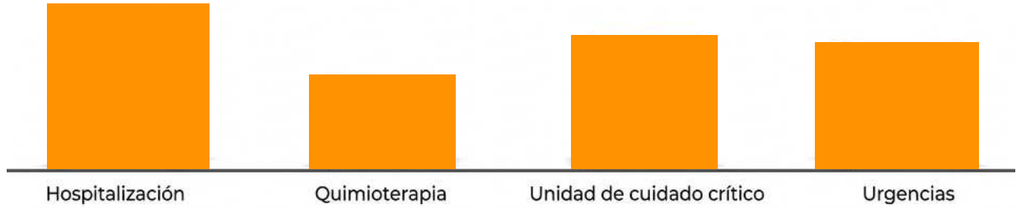
1.3.1 Resultados de auditorías interdependencias y aliados estratégicos

De acuerdo con la programación anual de auditorías a aliados estratégicos se ejecutó el 100% de las auditorías programadas, encontrando un promedio de cumplimiento del 85%, un nivel aceptable de acuerdo con lo establecido en la institución, esto nos permite identificar aquellos aliados que se encuentren comprometidos con el fortalecimiento de los procesos asistenciales, el mejoramiento continuo y el logro de resultados favorables en la atención integral de los usuarios.



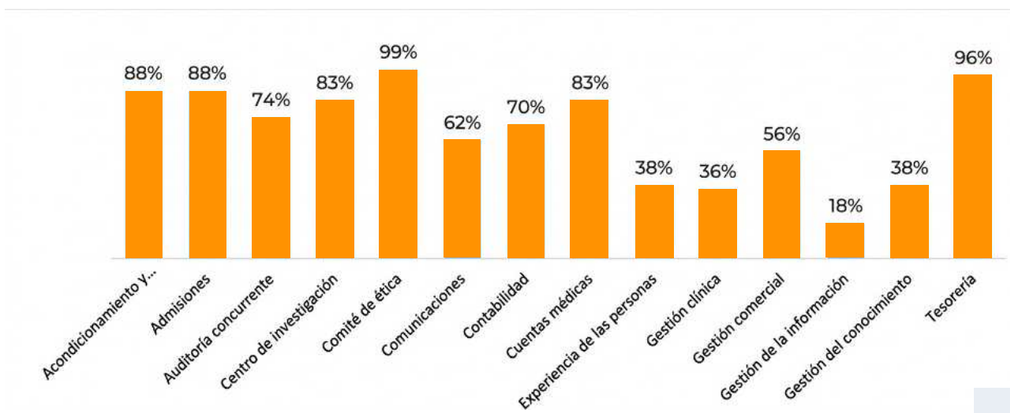
1.3.2 Resultados de auditorías internas a servicios asistenciales

Para la vigencia 2025 se realizaron cuatro auditorías a los servicios priorizados, con el propósito de evaluar el cumplimiento de los estándares establecidos y fortalecer el desempeño de los procesos asistenciales y administrativos. Como resultado de estas auditorías, se efectuó acompañamiento permanente a los líderes de los servicios, orientado a la identificación de oportunidades de mejora y a la implementación de acciones correctivas y preventivas, promoviendo la mejora continua, la gestión del riesgo y el fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.



1.3.2 Resultados de auditorías internas a servicios asistenciales

El plan anual de auditorías internas con enfoque en procesos se desarrolló en coherencia con las prioridades institucionales y el cumplimiento normativo, enfrentando retos relacionados con la cobertura y la oportunidad de ejecución, para esto se definieron mecanismos de seguimiento y control que favorecen la mejora continua, la eficiencia operativa y el cumplimiento de los objetivos organizacionales en salud.



1.3.4 Resultados de auditorías externas

Durante el año la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida recibió por parte de aseguradores, entes territoriales y aliados estratégicos auditorías para evaluar el grado de cumplimiento de la institución frente a convenios de servicios y cumplimiento normativo. Se recibieron un total de 14 visitas durante el periodo, estas constituyeron una valiosa oportunidad para validar la gestión institucional y el nivel de madurez de los procesos. Los resultados obtenidos reflejan un adecuado cumplimiento de los requisitos normativos y de calidad, así como el compromiso del equipo de trabajo con la mejora continua. Las observaciones realizadas por los entes externos fueron abordadas de manera oportuna, fortaleciendo los controles internos y contribuyendo al mejoramiento sostenido de la atención y de los resultados organizacionales.

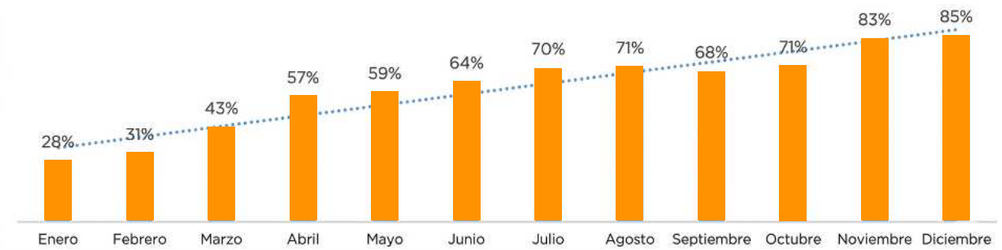
Ente de control	Resultado
UCI/Sura	Con observaciones
Coosalud	Con observaciones
Alpharma	Con observaciones
Indicadores Savia	Con observaciones
PIP mama	Con observaciones
PROA	Favorable
Saludy	Favorable
Savia calidad	Favorable
AT PAMEC	Favorable
PROA	Favorable
Acceso urgencias	Favorable
Muerte Digna	Favorable
MCE - SF Prescripción electrónica	Favorable
MCE - SF Servicio farmacéutico	Favorable

1.4 Mejoramiento continuo

Con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, se documentaron acciones de mejoramiento, de acuerdo con las notificadas por auditorías externas e internas.

Para la vigencia 2025, los planes de mejoramiento derivados de auditorías externas tuvieron un cumplimiento de cierre del 85%, de las 119 acciones 101 fueron gestionadas por los diferentes procesos.

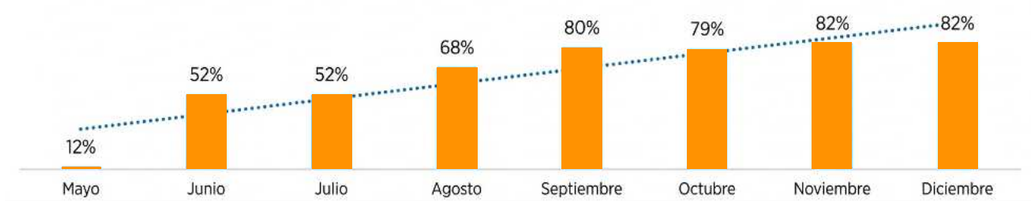
Seguimiento acumulado cierre brechas Auditorias Externas



Fuente: Base de datos consolidado planes de mejoramiento

Con respecto a las auditorías internas, a partir del mes de mayo se inicia seguimiento a la gestión oportuna y efectiva de las acciones de mejora, para la vigencia se generaron 84 oportunidades de mejora, de las cuales se cerraron efectivamente 69, esto corresponde al 82% de cumplimiento.

Seguimiento acumulado cierre brechas Auditorias Internas



Fuente: Base de datos consolidado planes de mejoramiento

El principal logro estratégico en la definición e implementación de las acciones de mejora fue la consolidación de objetivos claros y medibles, que orientaron la gestión, alinearon los esfuerzos organizacionales y optimizaron el desempeño de los procesos internos, fortaleciendo su eficiencia y efectividad. No obstante, el principal desafío estratégico consistió en consolidar en los líderes una visión integral que asegurara la alineación de los planes con la dirección organizacional, garantizando su diseño estructurado y su ejecución disciplinada. Asimismo, fue prioritario gestionar proactivamente la resistencia al cambio para acelerar la adopción sostenible de nuevas metodologías y prácticas.

1.5 Sistema de gestión integral - ALMERA

Durante los 6 primeros meses del año 2025 se realizó la implementación del sistema ALMERA (parametrización y puesta en marcha del sistema), con el propósito garantizar la integración y consolidación de la gestión institucional a través de una sola herramienta.Al finalizar el 2025, la implementación y puesta en marcha de los módulos quedó de la siguiente manera:

Módulo	Porcentaje de implementación	Observaciones
Sistema de gestión de calidad	100%	825 documentos cargados. 131 mecanismos de integración parametrizados. 6 evaluaciones elaboradas. 318 indicadores parametrizados.
Seguridad del paciente	100%	1.930 reportes de seguridad tramitados.
Gestión del riesgo	100%	190 riesgos clasificados, con tratamiento y controles.
Satisfacción y verificación (PQRS)	100%	956 manifestaciones gestionadas.
Gestión de la correspondencia	100%	1.302 casos de recepción de correspondencia. 897 casos de salida de correspondencia tramitados.
Gestión de la información	100%	18 casos
Verificaciones y/ encuestas	En estabilización	75 encuestas parametrizadas.

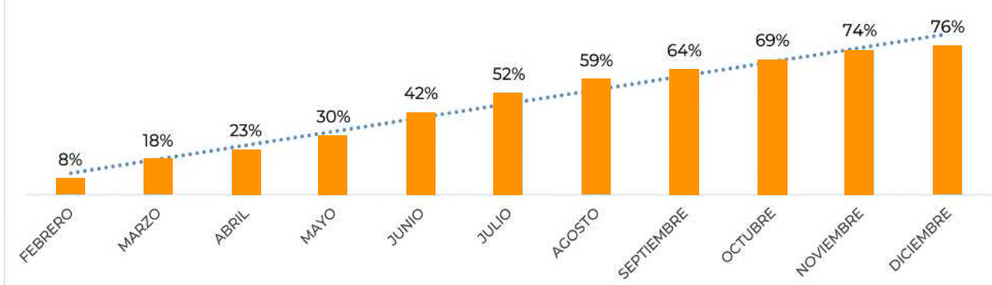
La implementación del Sistema de Gestión Integral permitió centralizar en una única plataforma procesos que se ejecutaban de forma manual o en herramientas dispersas, incrementando la trazabilidad, el control y la confiabilidad de la información institucional. La automatización y estandarización de la gestión documental, indicadores, auditorías, comités y planes de mejora redujo reprocesos y tiempos operativos, optimizando la toma de decisiones y la respuesta ante auditorías. Asimismo, fortaleció el enfoque por procesos, la cultura de autocontrol y la gestión del riesgo; no obstante, su puesta en marcha implicó retos asociados a la resistencia al cambio y a la depuración y migración de información histórica.

1.6 Gestión documental

En el 2025 se inició el proceso de migración documental del sistema de calidad TC “Casita de calidad” a Almera el nuevo Sistema de Gestión Integral de la Clínica. A diciembre 1376 documentos se encuentran en proceso de migración

El proceso de migración documental implica la revisión, depuración, actualización y homologación de los documentos para su incorporación estructurada en Almera a fin de garantizar el cumplimiento normativo y de lineamientos institucionales. Esto incluye validar vigencia y pertinencia, ajustar formatos y codificación según la nueva estructura, eliminar duplicidades, asegurar control de versiones y responsables. Adicionalmente, contempla la socialización y capacitación al personal involucrado para garantizar su correcta adopción y consulta en el nuevo Sistema de Gestión Integral, asegurando continuidad operativa y confiabilidad de la información.

Avance migración documental



Fuente: Listado maestro de documentos en Almera.

La implementación de Almera permitió disponer en una sola plataforma toda la malla documental requerida para el cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019 y demás normas aplicables al sector salud, optimizando la identificación, consulta y depuración de documentos obsoletos o duplicados, lo que fortaleció el control, la trazabilidad y la confiabilidad del sistema documental. Como parte de la consolidación del proceso, se requiere continuar trabajando con los líderes en la apropiación del sistema y la adherencia a las buenas practicas documentales como acciones clave para asegurar sostenibilidad y mejora continua.

1.7 Gestión de comités institucionales

Para el año 2025 se formalizó la gestión de comités para garantizar que todos los comités normativos e institucionales funcionen de manera eficiente y conforme a los lineamientos establecidos en la normatividad vigente y en los lineamientos internos.

Se creó el indicador ***T-GC-06 Proporción de adherencia al procedimiento de gestión de comités institucionales,*** con el cual de manera mensual se verifica el cumplimiento de las reuniones, donde se coteja: asistencia de los miembros principales, reuniones realizadas de acuerdo al cronograma, seguimiento y cierre a compromisos y generación de actas, el comportamiento del indicador durante el año fue el siguiente:

Fuente: T-GC-06 Proporción de adherencia al procedimiento de gestión de comités institucionales – Almera.

Con base en el comportamiento del indicador, el resultado acumulado anual del 49,09% permitió identificar oportunidades de mejora relevantes para fortalecer la gestión y avanzar de manera progresiva hacia la meta institucional. El seguimiento realizado facilitó la identificación de las principales causas que impactaron el resultado, proporcionando insumos clave para la definición de acciones de mejora, priorización de esfuerzos y ajustes en la estrategia operativa, orientados a mejorar el desempeño del indicador en los próximos periodos.

Los principales logros de la gestión de comités durante el año 2025, se resumen así:

- **Actualización del 100% de las actas de constitución de los comités y sistematización de los mismos en Almera.**
- **Elaboración del procedimiento de gestión de comités y herramientas para la medición.**
- **Estructuración y análisis del indicador T-GC-06 Proporción de adherencia al procedimiento de gestión de comités institucionales, y consolidación del seguimiento.**

Los resultados se vieron impactados debido a fallas en:

- **Cumplimiento al cronograma anual de reuniones.**
- **Asistencia de los miembros claves para la toma de decisiones o estrategias organizacionales.**
- **Cargue oportuno de actas en el sistema de información institucional.**

1.7 Gestión de comités institucionales

Institución	Tema a referenciar
Hospital Alma Mater de Antioquia	Admisiones, autorizaciones y cuenta de alto costo
Promedan IPS	Experiencia de las personas
Medisinu IPS	Laboratorio de patología
Productos ROCHE	Laboratorio de patología
Instituto Neurológico de Colombia	Laboratorio clínico
M&M Diagnostics SAS	Laboratorio clínico

Las referenciaciones realizadas durante el periodo se han constituido en un mecanismo estratégico de mejora continua, permitiendo identificar oportunidades, compartir buenas prácticas y fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de atención. Este proceso ha facilitado la detección temprana de necesidades, la optimización de recursos y la implementación de acciones orientadas a la calidad y seguridad en la atención, contribuyendo de manera directa al cumplimiento de los objetivos organizacionales y al fortalecimiento de los procesos institucionales.

Igualmente la Clínica se referenció con otras instituciones como Hospital Pablo Tobón Uribe (Buenas Prácticas de Manufactura), Clínica Medellín y Hospital Alma Mater de Antioquia (Programación de cirugía) asegurando la comunicación efectiva, la transferencia segura de información clínica y el seguimiento adecuado, en concordancia con los estándares de atención y los objetivos organizacionales en salud.

Gestión ambiental

El área de Gestión Ambiental tiene por objetivo establecer, implementar y mantener estrategias orientadas a la gestión y control de los aspectos e impactos ambientales asociados a la prestación de los servicios de salud, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y fortaleciendo la mejora continua del desempeño ambiental institucional.

Desarrollo del informe

2.1. Alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La gestión ambiental desarrollada por la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida durante el año 2025 se encuentra alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, integrando acciones orientadas a la sostenibilidad ambiental, la eficiencia en el uso de los recursos y la mitigación de impactos asociados a la prestación de servicios de salud.

En particular, las acciones y resultados presentados contribuyen de manera directa a los siguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS:

- **ODS 3. Salud y bienestar:** Mediante la gestión integral y segura de los residuos generados en la atención en salud, el control de vertimientos y la implementación de acciones de movilidad sostenible, se contribuye a la protección de la salud de pacientes, colaboradores y la comunidad.
- **ODS 6. Agua limpia y saneamiento:** A través del uso eficiente del recurso hídrico, el seguimiento al consumo por sede, la operación y control de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales No Domésticas (PTAR) y la caracterización anual de vertimientos en cumplimiento de la Resolución 631 de 2015.
- **ODS 7. Energía asequible y no contaminante:** Mediante la implementación de acciones de eficiencia energética, el seguimiento al consumo de energía eléctrica y la sensibilización institucional orientada al uso racional del recurso.
- **ODS 11. Ciudades y comunidades sostenibles:** Con la formulación y puesta en marcha de estrategias de movilidad sostenible, como el fomento del uso de la bicicleta, orientadas a reducir las emisiones asociadas al transporte y mejorar las condiciones de desplazamiento de los colaboradores.
- **ODS 12. Producción y consumo responsables:** A través del aprovechamiento de residuos, el incremento en las tasas de reciclaje, la mejora en la segregación en la fuente y la articulación con gestores autorizados, generando beneficios ambientales y económicos para la institución.
- **ODS 13. Acción por el clima:** Mediante la reducción del consumo de recursos, el aprovechamiento de residuos y la disminución de emisiones de gases de efecto invernadero asociadas a la operación institucional.

Estas acciones reflejan el compromiso de la Clínica Vida con la mejora continua de su desempeño ambiental y con la adopción progresiva de buenas prácticas alineadas a estándares nacionales e iniciativas internacionales, como la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, contribuyendo de manera responsable al desarrollo sostenible del sector salud.

2.2. Gestión ambiental institucional y compromiso con la sostenibilidad

La Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida orienta su gestión ambiental a partir de una Política Ambiental institucional, mediante la cual establece lineamientos para la gestión integral de residuos, el uso eficiente del agua y la energía, la prevención y control de impactos ambientales y la mejora continua de sus procesos, con el propósito de minimizar los impactos ambientales asociados a la prestación de los servicios de salud.

Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

En coherencia con este enfoque, durante el año 2025 la institución formalizó su adhesión a la ***Red Global de Hospitales Verdes y Saludables,*** mediante la suscripción del compromiso institucional por parte de la alta gerencia y el diligenciamiento del proceso de inscripción correspondiente, recibiendo el certificado que la acredita como Miembro Activo de la Red.

Esta vinculación refleja la voluntad institucional de avanzar progresivamente en la adopción de buenas prácticas ambientales y en la alineación con iniciativas internacionales orientadas a la sostenibilidad del sector salud, actualmente la institución enfoca sus esfuerzos en los siguientes ejes:

Residuos	Energía	Agua
Reducir la generación de residuos, fortalecer su tratamiento y asegurar una disposición final adecuada y segura de los residuos generados en la prestación de servicios de salud, conforme a la normatividad ambiental y sanitaria vigente.	Promover el uso eficiente de la energía en las instalaciones y procesos institucionales, mediante la implementación de buenas prácticas operativas, el seguimiento a los consumos energéticos y la evaluación progresiva de alternativas de mejora, de acuerdo con la viabilidad técnica y normativa aplicable.	Promover la reducción del consumo de agua en las diferentes sedes y servicios, garantizando el uso eficiente del recurso, el suministro de agua potable en condiciones seguras para la operación institucional y la adecuada operación de los sistemas de tratamiento de aguas residuales, conforme a la normatividad ambiental vigente.

2.3. Fortalecimiento del control interno al manejo integral de residuos

Durante el año 2025, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida avanzó en el fortalecimiento del seguimiento y control del manejo integral de residuos, mediante la actualización de lineamientos, procedimientos y prácticas operativas, en concordancia con los requisitos establecidos en la Resolución 591 de 2024

En este contexto, se evidenció un incremento significativo en la ejecución de auditorías internas, alcanzando un total de 43 auditorías, frente a 8 realizadas en el año 2024, lo que representó un incremento del 437,5 %. Este aumento permitió ampliar la cobertura y profundidad de la evaluación de la adherencia a los Planes de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras Actividades (PGIRASA) en las diferentes sedes y servicios de la institución.

De los 22 servicios y sedes auditadas durante el año 2025, el 13,6 % obtuvo concepto favorable, mientras que el 86,4 % alcanzó concepto favorable condicionado, evidenciando oportunidades de mejora en los servicios evaluados. Estos resultados permitieron la formulación de acciones orientadas al fortalecimiento continuo del manejo integral de residuos.

79%
Total cumplimiento de la clínica

83%
Cumplimiento planes de mejoramiento

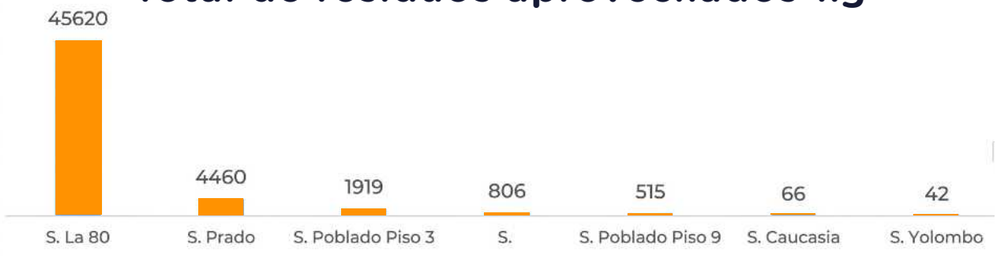
Fuente: Base de datos Indicador de cumplimiento 2025, auditorías internas

2.4. Aprovechamiento de residuos e impactos ambientales y económicos asociados

Durante el año 2025, la cantidad de residuos aprovechados alcanzó un total de ***53.427 kg,*** lo que representa un ***incremento significativo del 19 %*** frente al año 2024.Este aumento evidencia el fortalecimiento de la gestión institucional en materia de segregación en la fuente y aprovechamiento de residuos, como resultado de la estandarización de prácticas operativas, el mayor compromiso de los colaboradores y el seguimiento permanente a los procesos de manejo integral de residuos.

El volumen de residuos aprovechados en 2025 refleja un avance relevante en la consolidación de una gestión más eficiente y responsable, contribuyendo a la reducción de residuos enviados a disposición final y al cumplimiento de los lineamientos ambientales adoptados. A continuación, se presenta la distribución de los residuos aprovechados por sede:

Total de residuos aprovechados-kg



Fuente: Base de datos Consolidado Control Entrega Reciclaje 2025

Durante el año 2025 se aprovecharon cerca de ***34.000 kg de papel y cartón*** en las diferentes sedes de la institución. Este aprovechamiento permitió:

- **Evitar la tala de aproximadamente 575 árboles. Contribuyendo a la captura de CO2, calidad del aire y conservación de ecosistemas.**
- **Ahorrar cerca de 885.000 litros de agua. Equivalente al consumo anual de 3 hogares conformado por 4 personas.**
- **Reducir el consumo energético en cerca de 136.000 kWh .Equivalente al consumo anual de 80 hogares Colombianos.**
- **Evitar la emisión de aproximadamente 51 toneladas de CO2. Equivalente a 11 vehículos fuera de circulación durante un año.**

Evidenciando el impacto positivo de las acciones de segregación en la fuente y aprovechamiento de residuos.

En 2025, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida generó ingresos por ***$20.289.576*** derivados del aprovechamiento de residuos, registrando un ***crecimiento del 18%*** respecto al año anterior. Este incremento evidencia que las acciones implementadas en segregación y gestión de residuos no solo generan beneficios ambientales, sino que también aportan valor económico, consolidando el aprovechamiento como un componente estratégico de la gestión ambiental institucional.

2.5. Capacitación y sensibilización ambiental

Las capacitaciones desarrolladas durante el año 2025 permitieron reforzar conocimientos clave en gestión ambiental y favorecer la apropiación de buenas prácticas por parte de los colaboradores, aportando al mejoramiento continuo de los procesos y al cumplimiento de los objetivos del área.

1576
Total de participaciones en capacitaciones

68%
Cumplimiento plan de formación

El cumplimiento estuvo asociado a ajustes en la programación institucional y priorización de actividades asistenciales y administrativas. No obstante, las capacitaciones ejecutadas abordaron los temas ambientales estratégicos del año.

Algunos temas de capacitación fueron:

- **Manejo integral de residuos**
- **Inducción general**
- **Manejo kit de derrames**
- **Uso eficiente y racional del agua y la energía**
- **Condiciones óptimas de orden, aseo y prevención de plagas**
- **Manual de limpieza y desinfección**
- **Manejo integral de residuos en la clínica y cortopunzantes en casa: se implementó por primera vez la capacitación dirigida a pacientes para promover prácticas seguras de segregación y disposición de residuos.**

También se realizaron campañas de sensibilización al personal vía correo electrónico y chat de difusión con mensajes y tips alusivos a fechas ambientales, preservación del medio ambiente y de los recursos naturales.

El área de gestión ambiental se capacita y participa continuamente en el Comité Ambiental Sector Salud, el cual es un grupo de trabajo conformado por diferentes hospitales, clínicas e IPS, con el objetivo de compartir prácticas y experiencias exitosas, estudiar y debatir legislación ambiental vigente, así como temas de importancia para trabajo la gestión ambiental y apoyo en temas de referenciación.

2.6. Avances en movilidad empresarial sostenible

Durante el año 2025, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida avanzó en la formulación y puesta en marcha de una estrategia de movilidad sostenible denominada Fomento al Uso de la Bicicleta y Condiciones para la Aplicación del Día de Descanso Remunerado, en el marco del Plan de Movilidad Empresarial Sostenible (PMES).

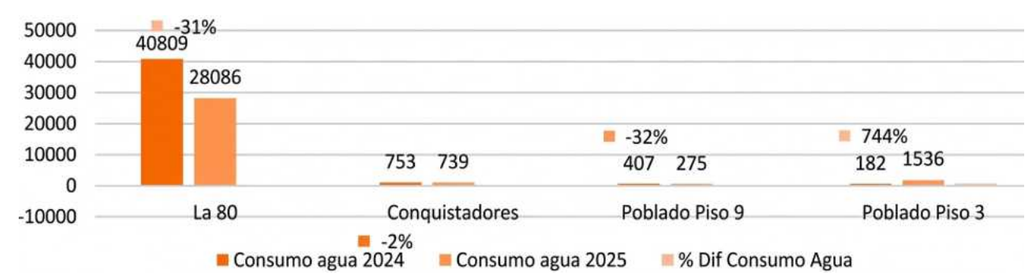
Esta estrategia constituye el primer hito para la implementación del plan, a través de la definición y formalización de lineamientos, criterios y condiciones para promover el uso de la bicicleta como medio de transporte entre los colaboradores, aportando a la sensibilización institucional, a la reducción potencial de emisiones asociadas a la movilidad y al fortalecimiento de la cultura ambiental, con proyección a la incorporación de nuevas acciones del PMES en vigencias posteriores.

2.7. Gestión de recursos naturales: agua y energía

Durante el año 2025, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida desarrolló acciones orientadas a la gestión del recurso hídrico, con énfasis en el control y seguimiento de los vertimientos generados por la operación institucional.

En este marco, se realizó la caracterización anual de vertimientos de las aguas residuales no domésticas tratadas en la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR) de la sede hospitalaria 80, con el fin de verificar el cumplimiento de los parámetros establecidos en la Resolución 631 de 2015. Los resultados obtenidos permitieron evaluar el desempeño del sistema de tratamiento y orientar acciones de seguimiento y mejora para garantizar el cumplimiento normativo y la protección del recurso hídrico.

Consumo de agua por sede



Fuente: Registros de consumo institucionales de agua

De acuerdo con los resultados observados en el consumo de agua por sede, se evidencia una tendencia general a la reducción del consumo hídrico durante el año 2025, asociada al fortalecimiento de las acciones de sensibilización y capacitación institucional relacionadas con el uso eficiente y racional del agua.

Las sedes de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida de la 80, Conquistadores y Poblado Piso 9 presentaron disminuciones en su consumo de agua frente al año 2024, destacándose la sede hospitalaria 80 con una reducción Las sedes de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida de la 80, Conquistadores y Poblado Piso 9 presentaron disminuciones en su consumo de agua frente al año 2024, destacándose la sede hospitalaria 80 con una reducción del 31 %, lo que refleja la adopción progresiva de buenas prácticas operativas y comportamientos responsables en el uso del recurso hídrico.

Consumo de energía por sede

Las sedes hospitalaria 80, Conquistadores y Torre Intermédica Poblado Piso 9 presentaron disminuciones del 11%, 4% y 10%, respectivamente, lo cual se asocia al fortalecimiento de las acciones de sensibilización y capacitación relacionadas con el uso eficiente y racional de la energía, así como a prácticas operativas orientadas a la optimización del consumo eléctrico.

El incremento observado en la sede Torre Intermédica Poblado Piso 3, tanto en consumo de agua como de energía, obedece a condiciones operativas particulares, dado que durante el año 2024 esta sede permaneció cerrada por procesos de remodelación, lo cual generó una base de comparación atípica. En el año 2025, la reactivación plena de las actividades asistenciales y administrativas se reflejó en el aumento del consumo de ambos recursos.

Con relación a la medición del consumo de agua y energía en las sedes Prado, Caucasia y Yolombó, los servicios públicos se encuentran incluidos dentro de los contratos de arrendamiento o prestación de servicios, dado que estas operan al interior de instituciones hospitalarias. No obstante, desde el área de Gestión Ambiental se promueve la adopción de buenas prácticas de uso eficiente del agua y la energía, y se evalúa la viabilidad de gestionar mecanismos de reporte o estimación que permitan fortalecer el control y seguimiento ambiental en estas ubicaciones.

2.8. Logros y retos del área.

Logros

- **Avance en la movilidad sostenible institucional, mediante la formulación y puesta en marcha de la estrategia de fomento al uso de la bicicleta, en el marco del Plan de Movilidad Empresarial Sostenible (PMES)**
- **Fortalecimiento de la gestión integral de residuos, a través de la implementación de nuevas unidades de almacenamiento central en la sede hospitalaria 80, con mayor capacidad operativa y sistema de pesaje, avanzando en el desarrollo de un sistema de control y trazabilidad digital de los residuos.**
- **Consolidación del seguimiento a indicadores ambientales, mediante el uso del sistema de Gestión Integral Almera, facilitando el análisis de la información, el control operativo y la toma de decisiones basada en datos.**

Retos

- **Avanzar en la implementación progresiva de los compromisos adquiridos con la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, fortaleciendo la integración de sus lineamientos en los programas de residuos, agua, energía y movilidad, de acuerdo con las capacidades técnicas y operativas de la institución.**
- **Desarrollar e implementar de manera gradual nuevas acciones del Plan de Movilidad Empresarial Sostenible (PMES), ampliando el alcance de las estrategias de transporte sostenible y fortaleciendo la participación de los colaboradores.**
- **Fortalecer la operación y el desempeño de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales (PTAR), con el fin de asegurar el tratamiento adecuado de los vertimientos y el cumplimiento sostenido de la normatividad ambiental aplicable.**

Sistemas de información

Fortalecer el sistema de información institucional mediante la centralización y articulación integral de la gestión de los datos, garantizando su calidad, veracidad, oportunidad y trazabilidad, con el fin de asegurar que la información disponible respalde de manera confiable los procesos de análisis, planeación y toma de decisiones organizacionales

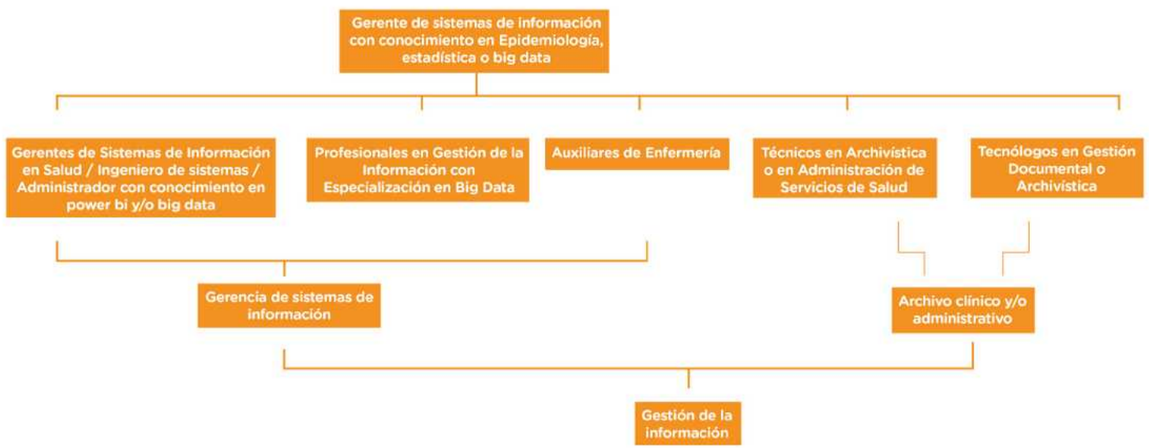
Desarrollo de informe

El área de Gestión de Información surge como respuesta a la necesidad de fortalecer la veracidad de la información y el trabajo orientado a la calidad del dato, garantizando el cumplimiento de los requisitos normativos y las necesidades del cliente interno. En este contexto, dejó de depender del área de TICS (Tecnología de la información y comunicaciones) quien es considerado el principal proveedor y extractor del dato para integrarse al área de Calidad, alineando así la gestión del dato con los procesos de control, validación y mejora continua.

Entre los pilares fundamentales de la gestión del área se destacan la estructuración formal del proceso, el cumplimiento normativo, la definición y seguimiento de indicadores, el análisis estadístico, la gestión de la calidad del dato y la adecuada administración del archivo clínico y administrativo.

3.1 Estructura

Durante el año 2025, se definieron y formalizaron los perfiles de cargo del proceso, conformados por analistas de gestión de la información, integrados por gerentes de sistemas de información en salud e ingenieros de sistemas con conocimientos en Big Data, Power BI, así como por profesionales en gestión de la información con especialización en Big Data, auxiliares de enfermería, técnicos en archivística o en administración de servicios de salud, y tecnólogos en gestión documental o archivística. Esta estructura de talento humano fortalece la capacidad técnica, analítica y operativa del área.



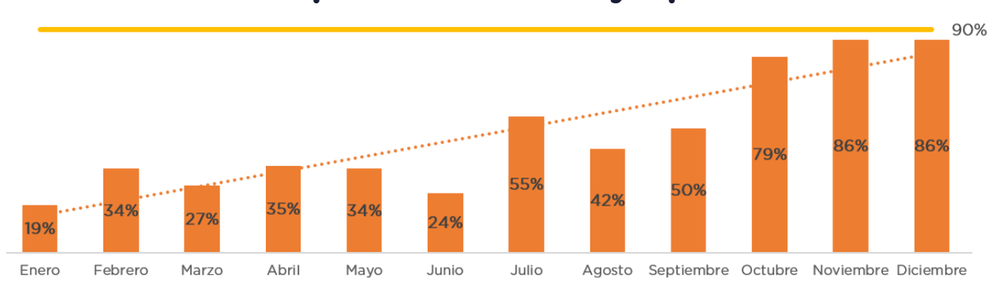
Fuente: Base de datos Indicador de cumplimiento 2025, auditorías internas

En coherencia con este fortalecimiento, se diseñaron y actualizaron los documentos asociados al archivo clínico para el cliente externo (pacientes y familiares), así como la caracterización de los comités de historia clínica y sistemas de información para los clientes internos. Adicionalmente, se estructuraron y estandarizaron manuales clave para la gestión de indicadores, la estadística vital, el uso del sistema de información clínico y los consentimientos informados. De igual forma, se implementaron instructivos operativos para el registro y reporte de eventos en salud pública, la solicitud y entrega de historias clínicas, la gestión de la correspondencia y el control de las solicitudes de información, garantizando mayor eficiencia operativa, trazabilidad y cumplimiento normativo.

De manera complementaria, el área participa activamente en comités transversales institucionales como historia clínica, sistemas de información e investigación, fortaleciendo la articulación interinstitucional y el soporte a la toma de decisiones.

El área cuenta con indicador donde se evidenció una mejora significativa en su desempeño, al pasar de un cumplimiento promedio del 35,7 % entre los meses de enero y septiembre a un 85,8 % en el mes de diciembre, reflejándose en una mayor capacidad de respuesta, un acompañamiento oportuno a los clientes internos y externos, y el cumplimiento efectivo de la promesa de servicio.

Proporción de requerimientos de información con respuesta efectiva y oportuna



Fuente: indicador Proporción de requerimientos de información del usuario con respuesta efectiva y oportuna (Almera)

3.1 Normatividad

Con el fin de garantizar el cumplimiento normativo frente a los diferentes entes de inspección, vigilancia y control a nivel nacional y asegurar el cumplimiento contractual, se diseñó e implementó un formato estandarizado para la gestión de los reportes normativos, en el cual se consolidan los tipos de reporte, las áreas proveedoras del dato, el cliente final, las fechas de corte y de envío. Este instrumento permite realizar trazabilidad y seguimiento permanente, facilitando la evaluación de la oportunidad del envío. Si bien no todos los reportes se encuentran centralizados en el área debido a la necesidad de conocimientos técnicos específicos, se ejerce control y monitoreo sobre su cumplimiento.

En este marco, se implementaron y fortalecieron reportes normativos asociados a la ***Resolución 202 de 2021,*** relacionada con las actividades de protección específica y detección temprana; la ***Resolución 768 de 2018,*** que establece las reglas y condiciones del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) para el reporte mensual de pacientes hospitalizados; ***Decreto 4747 de 2007*** establece el proceso de referencia y contrarreferencia, resaltando la obligatoriedad para los prestadores de servicios de salud de solicitar, elaborar y remitir la epicrisis correspondiente a la atención en salud brindada al paciente, como parte fundamental de la continuidad y calidad del proceso asistencial; ***la Circular 022 de 2025,*** que define el reporte obligatorio y detallado de casos nuevos de cáncer, incluyendo diagnóstico, estadificación y tratamiento.

Adicionalmente, se avanzó en la automatización de procesos y en la identificación de fuentes de información confiables para la Búsqueda Activa Institucional, mediante la integración de los sistemas SIANIEPS y RIPS. De igual manera, se optimizó el reporte asociado a la Resolución 0256 de 2016, que establece el Sistema de Información para la Calidad y los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, incorporando información de consultas y fortaleciendo la gestión del dato en el proceso quirúrgico, particularmente en la identificación de cancelaciones y reprogramaciones. Asimismo, se actualizó el documento relacionado con los indicadores del reporte en cuestión requerido para la presentación ante auditorías, lo que contribuyó a mejorar la confiabilidad, trazabilidad y oportunidad de la información reportada.

La gestión normativa del área se orienta estratégicamente con el core institucional, priorizando el cumplimiento de la ***Resolución 247 de 2014*** como principal marco regulatorio, la cual contempla 134 variables y exige un trabajo técnico permanente a lo largo del año, organizado por grupo de tumor y por Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), con especial énfasis en la identificación de casos incidentes. Actualmente, y con el objetivo de garantizar una mayor calidad del dato, la extracción de la información se realiza de manera manual a partir de los registros clínicos. No obstante, se han consolidado avances significativos en el fortalecimiento de la calidad del dato y en el mapeo de variables, con la proyección estratégica de evolucionar hacia un modelo de auditoría del dato, superando el enfoque de extracción directa desde el sistema de información.

Durante el año 2025, esta gestión fue reconocida por la Cuenta de Alto Costo (CAC), a partir de los resultados obtenidos en los consensos de indicadores del ranking de gestión en la atención de personas con enfermedades de alto costo – cáncer, específicamente en el grupo de tumor de colon y recto.

Con el propósito de mejoramiento continuo, uno de los ejes que presentó mayor fortalecimiento durante el periodo fue la articulación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), orientada al entendimiento y unificación de conceptos normativos y clínicos, al acompañamiento permanente en los procesos de reporte y al desarrollo de capacitaciones con enfoque clínico. De manera complementaria, se realizó una intervención conjunta entre las áreas de historia clínica y de gestión de la información con algunas especialidades médicas (oncología, mastología, hematooncología, cirugía oncológica), enfocada en la retroalimentación sobre las brechas identificadas y la mejora en la gestión del dato a partir de la calidad de la escritura en los registros clínicos.

Imagen: Reconocimiento CAC 2025

Como resultado de este trabajo articulado, se consolidó una gestión normativa y operativa más efectiva con las EAPB, generando mejoras sustanciales y sostenibles en la calidad de la información. Este esfuerzo coordinado se reflejó en resultados concretos y medibles, logrando por primera vez una calidad del dato superior al 95 % en las auditorías de cáncer de mama, lo cual evidencia el impacto de la gestión interinstitucional y el firme compromiso con la excelencia, la confiabilidad y la oportunidad de la información.

3.3 Gestión de indicadores

En el marco del fortalecimiento del sistema de medición institucional, se adoptó la herramienta Almera como plataforma oficial para la gestión y seguimiento de indicadores. De manera articulada, se llevó a cabo la revisión y validación de los indicadores de estructura, proceso y resultado junto con los líderes de cada proceso, garantizando su alineación con los requerimientos normativos, la estrategia institucional y las necesidades específicas de cada área, fortaleciendo así la toma de decisiones basada en información confiable y oportuna.

Actualmente, la institución cuenta con un total de 291 indicadores con ficha técnica actualizada, se destacan las siguientes áreas: **Gestión del Conocimiento; Comité de Ética en Investigación; Centro y Unidad de Investigación; Gestión del Riesgo; Planeación y Calidad; Seguridad del Paciente; Control de Infecciones; Gestión Ambiental; Gestión de la Información; Experiencia de las Personas; Comunicaciones; Gestión Comercial; Seguridad y Salud en el Trabajo; Gestión Clínica; Auditoría Concurrente; Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica; Quimioterapia; Servicio Farmacéutico; Laboratorio Clínico; Gestión Pretransfusional; Servicios de Internación (Hospitalización, Cuidado Crítico y Urgencias); Consulta Externa; Servicios Quirúrgicos; Esterilización; Gestión de Aprovisionamiento y Logística; Tecnología Biomédica; Tecnología de la Información; Historia Clínica; Gestión Financiera y Administrativa (Admisiones, Facturación, Cuentas Médicas, Contabilidad, Cartera, Tesorería y Costos); CIGESPA; Clínica de Heridas; CRUE y Vigilancia Epidemiológica,** el 39% de los indicadores están asociados a una estructura normativa y se puede desagregar por sede o servicio, a continuación se presentan alguno de estos:

Nombre proceso	Indicador	Normatividad
Acondicionamiento de servicios	Cumplimiento BPM (Buenas prácticas de manufactura)	Resolución 2674 de 2013 Decreto 3075 de 1997
	Proporción de cumplimiento correcta verificación del paciente	Resolución 2674 de 2013
	Proporción de cumplimiento de temperatura en Alimentos	
	Proporción de pruebas con rastreo microbiológico positivo	
	Cumplimiento al cronograma de auditorías de limpieza y desinfección	Resolución 591 de 2024
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Resolución 256 de 2016
	Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética	
Centro de Investigación	Proporción de estudios clínicos sin desviaciones críticas o mayores en un período determinado	Resolución 2378 de 2008
	Proporción de consentimientos impartidos sin errores	
	Proporción de eventos adversos serios gestionados oportunamente	
Control de infecciones	PROA - Proporción de ajustes de prescripción de tratamiento antimicrobiano según el hallazgo microbiológico- Hospitalización	Resolución 2471 de 2022
	PROA - Proporción de muestras para prueba microbiológica tomadas antes del inicio de tratamiento antimicrobiano- Hospitalización	
	PROA - Proporción de ajustes de prescripción de tratamiento antimicrobiano según el hallazgo microbiológico- UCI	
	PROA - Proporción de muestras para prueba microbiológica tomadas antes del inicio de tratamiento antimicrobiano- UCI	

Nombre proceso	Indicador	Normatividad
Control de infecciones	Tasa de infección asociada a procedimiento médico quirúrgico	Resolución 0256 de 2016 Resolución 3100 de 2019 Resolución 2471 de 2022
	Tasa de Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto	Resolución 256 de 2016 Resolución 2471 de 2022
	Tasa de Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto	
	Tasa de Neumonía Asociada al Ventilador (NAV) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto	
Esterilización	Efectividad del proceso de esterilización en peróxido	Manual de buenas prácticas Resolución 914 de 2025 Sistemas Único de Habilitación Resolución 3100 de 2019
	Efectividad del proceso de esterilización en vapor- Hospitalaria	
	Efectividad del proceso de esterilización en vapor- Poblado	
Experiencia de las Personas	Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	Resolución 256 de 2016 Ley 1438 de 2011 Ley 715 del 2001
	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	
Gestión ambiental	Destinación de residuos para aprovechamiento	Resolución 591 de 2024
	Destinación de residuos para relleno de seguridad	
	Destinación de residuos para relleno sanitario	
	Destinación de residuos para tratamiento térmico con combustión	
	Destinación de residuos para tratamiento térmico sin combustión	
	Destinación de residuos para aprovechamiento	
	Destinación de residuos para relleno de seguridad	

Nombre proceso	Indicador	Normatividad
Gestión Estratégica, Gestión del conocimiento	Satisfacción del personal con la formación	Resolución 3100 de 2019
Gestión Estratégica, Control de infecciones	Proporción de adherencia a higiene de manos	Resolución 3100 de 2019, Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS. Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 2471 de 2022
Gestión Estratégica, Gestión del conocimiento	Proporción de pruebas con rastreo microbiológico positivo	Decreto 376 de 2022
	Cumplimiento plan de formación	
Gestión Estratégica, Planeación y Calidad	Reestructuración del programa de dolor y cuidados paliativos	Resolución 1477/2016
Hospitalización adultos	Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Ley 1438 de 2011 Ley 715 de 2001 Resolución 4768 de 2015 Resolución 0256 de 2015
Planeación y Calidad, Sistema único de habilitación	Proporción cumplimiento al Sistema Único de Habilitación por sede	Resolución 3100 de 2019
Riesgo psicosocial y salud mental	Cumplimiento de acciones de prevención	Resolución 2646 de 20028 y Resolución 2764 de 2022
	Proporción del diseño del plan de intervención de unidades priorizadas	
	Cumplimiento de acciones selectivas del programa	
	Participación en las actividades psicoeducativas	

Lo que constituye una base sólida para el seguimiento y la evaluación del desempeño institucional. Como resultado de las acciones de fortalecimiento implementadas, se evidenció un avance significativo en la madurez del sistema de indicadores, al pasar de un 12,6 % a un 68,0 % con cumplimiento de manera integral con los estándares definidos. Dichos estándares contemplan la disponibilidad de ficha técnica, la medición sistemática del dato, el análisis de resultados, la socialización en grupos primarios y la formulación de planes de acción orientados a la mejora continua, derivados de los resultados obtenidos.

De manera complementaria, se desarrolló un manual de usuario que orienta la correcta ejecución y gestión de los indicadores, asegurando la estandarización de criterios y metodologías. Asimismo, se estableció un esquema de evaluación mensual para verificar el cumplimiento de los criterios de calidad definidos y se implementó un mecanismo de integración que facilita la retroalimentación periódica de los resultados por indicador y por servicio, fortaleciendo la articulación entre los equipos y la toma de decisiones informada. Adicionalmente, se diseñó un flujograma que permite una comprensión clara y estructurada de la ruta de análisis de cada indicador.

Con el propósito de fortalecer las capacidades institucionales, se creó un curso sobre gestión de indicadores, orientado a promover el conocimiento técnico, mejorar la trazabilidad de la información y consolidar una cultura organizacional de seguimiento, análisis y mejora continua basada en datos confiables y oportunos.

Cumplimiento de indicadores con criterios de calidad

Fuente: Evaluación FO-GI-11 Evaluación indicadores del SIC monitoreo interno y externo

Finalmente se inició con la creación de cuadros de mando integral con indicadores por cada Dirección (Dirección de calidad, Dirección de TIC, Dirección de enfermería, Dirección médica, Dirección de acceso, Dirección de gestión humana, Dirección de tecnologías en salud, Dirección de servicio farmacéutico),

Según procesos a su cargo y CMI de la Resolución 256 orientados a consolidar, analizar y visualizar de manera oportuna el desempeño institucional, facilitando el seguimiento a los objetivos estratégicos, la identificación de desviaciones, la formulación de acciones de mejora basadas en información confiable y actualizada y mayor autonomía del proceso para mostrar resultados y avances a nivel de institución y entes de inspección, vigilancia y control.

Ciclo de cuadro de mando integral

**Imagen: Ciclo CMI*

3.3 Gestión de indicadores

En el marco del pilar de Estadística, se desarrolló un trabajo estratégico orientado a fortalecer la veracidad del dato y la confiabilidad de las fuentes de información, en coherencia con los indicadores institucionales y las necesidades operativas de los procesos. Para ello, se realizó de manera articulada con las diferentes áreas y servicios la revisión y validación del levantamiento del dato, tanto desde el sistema de información clínico como desde la gestión operativa del día a día, garantizando consistencia, oportunidad y alineación con los requerimientos normativos y de gestión.

Como resultado de este ejercicio, se diseñaron e implementaron herramientas operativas en Excel que facilitan la gestión diaria, el seguimiento de resultados y el control de la información, así como tableros de visualización en Power BI que permiten el análisis oportuno y la toma de decisiones basada en datos. De manera complementaria, se realizaron mesas de trabajo con el equipo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) para revisar y optimizar los procesos de extracción del dato, asegurando coherencia entre las fuentes primarias y los reportes institucionales. La información generada se centraliza en el área de Gestión de la Información y se distribuye de forma controlada a los equipos responsables de la gestión operativa, fortaleciendo la trazabilidad y la estandarización del uso del dato.

Este acompañamiento se brindó a procesos estratégicos y asistenciales como: **consulta externa, triage administrativo, laboratorio clínico, higiene de manos, experiencia en la atención, clínica de heridas, auditoría de cuentas, terapia respiratoria, Programa ERAS, programa biopsicosocial, urgencias y servicios de internación. En estos ámbitos, se desarrollaron herramientas específicas en Excel y Power BI orientadas al seguimiento de manifestaciones, la actualización de indicadores clínicos, el monitoreo de la ocupación institucional, la gestión y actualización de información de quimioterapia y el análisis del clima institucional, fortaleciendo un sistema de gestión estadística en pro de la mejora permanente y al respaldo de decisiones estratégicas institucionales.**

Imagen; Excel y Power BI

Como resultado de este trabajo articulado, se creó un consolidado de atenciones que permite una visión integral y transversal del comportamiento de la producción asistencial, facilitando el análisis de tendencias, la identificación de variaciones y el soporte a la toma de decisiones institucionales.

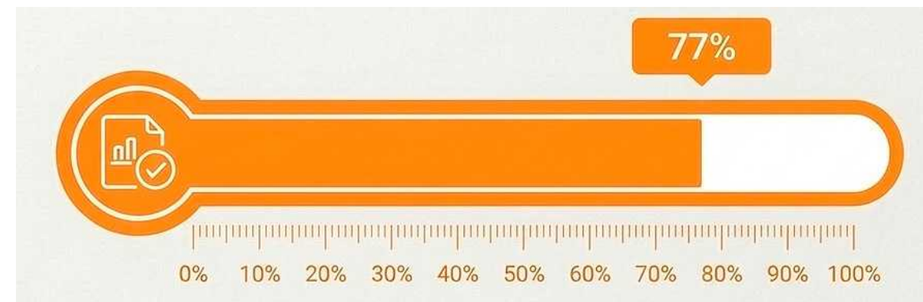
3.4.1. Estadísticas vitales

Durante el último año, se logró la estandarización de la base de datos para la consolidación de la estadística de defunciones, estableciendo un proceso de revisión diaria que garantiza la oportunidad, consistencia y confiabilidad de la información. De manera complementaria, la institución recibió ***asistencia técnica por parte del DANE,*** orientada al fortalecimiento de la calidad del dato, con énfasis en la correcta clasificación de la causalidad de las defunciones, alcanzando una cobertura de 17 profesionales médicos, entre médicos generales e internistas.

Como parte de este proceso de fortalecimiento, se estandarizó el componente administrativo mediante la elaboración de un Manual Operativo y se implementó un esquema de seguimiento permanente a la calidad del dato, enfocado en la verificación de la información demográfica de los pacientes y en la correcta codificación de las causas de defunción.

Como resultado de este ejercicio, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 77 %, identificándose como principales oportunidades de mejora la omisión o el registro inadecuado de la causa básica de defunción y de los diagnósticos intermedios, así como inconsistencias asociadas a la consignación de múltiples diagnósticos en un mismo renglón, aspectos que impactan directamente la calidad, trazabilidad y confiabilidad de la información para el análisis epidemiológico y la toma de decisiones institucionales.

Cumplimiento en calidad de datos de estadísticas vitales



3.4.1. Archivo clínico

Durante el año 2025, se fortaleció de manera integral la gestión del archivo clínico, mediante la estandarización de procesos y la implementación de mecanismos que garantizan la trazabilidad, custodia y oportunidad de la documentación. En este marco, se definieron y formalizaron los documentos requeridos para la solicitud de historias clínicas, los cuales fueron socializados a través de la página web institucional para consulta de pacientes, familiares y clientes internos. Asimismo, se establecieron las áreas de la institución autorizadas para realizar el envío de historias clínicas, fortaleciendo el control y el cumplimiento normativo.

Para la gestión operativa del área, se implementó un formulario que permite el control y seguimiento de las solicitudes presenciales, complementado con el uso del módulo de escaneo como respaldo documental de todas las solicitudes asociadas a historia clínica, respecto a las solicitudes recibidas por correo electrónico se gestionan a través de la herramienta Almera, mediante el módulo de correspondencia recientemente implementado y soportado por su respectivo manual de usuario, a través del cual también se tramitan tutelas, solicitudes de información y comunicaciones oficiales.

Adicionalmente, se estableció el envío y solicitud mensual de epicrisis a las instituciones con las cuales se gestionan procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes, fortaleciendo la continuidad de la atención.

De manera complementaria, se inició la formulación de la encuesta para el levantamiento de las Tablas de Retención Documental (TRD), alcanzando un avance del 30 %, como parte del proceso de transferencia documental.

3.4.1. Calidad del dato

La calidad del dato constituye un eje transversal de la gestión institucional, dado que para contar con información que refleje de manera fiel la realidad de la institución es indispensable fortalecer y estandarizar los procesos, así como generar conciencia y corresponsabilidad en los gestores del dato, responsables del registro de la información en los sistemas y herramientas institucionales.

En este sentido, desde el área se ha implementado, en articulación con la líder de Historia Clínica, una herramienta de seguimiento orientada a la identificación y reporte de hallazgos en los registros clínicos, a partir de los cuales se genera retroalimentación estructurada con los líderes de las especialidades institucionales. Este ejercicio se ha enfocado inicialmente en los requerimientos asociados a la Cuenta de Alto Costo. De manera paralela, se avanzó en la parametrización de las notas de historia clínica con el objetivo de facilitar y estandarizar la escritura clínica, así como en la creación de notas específicas para el programa PROA.

Adicionalmente, se realizó la revisión de las fuentes de información y de los resultados generados en procesos como consulta externa y cirugía, identificando oportunidades de mejora tanto en los flujos operativos como en la parametrización del sistema de información clínico. Como soporte de esta gestión, se cuenta con actas y reportes estadísticos que evidencian que la retroalimentación implementada ha generado un nivel de ajuste del 55 %, reflejando avances significativos en la mejora de la calidad del dato institucional.

Programa seguridad del paciente

El Programa de Seguridad del Paciente en la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida establece los lineamientos que orientan la gestión la implementación sistemática de buenas prácticas y estrategias integrales, que permitan identificar, prevenir y mitigar los riesgos asociados a la atención en salud, garantizando una atención segura, oportuna y centrada en el paciente oncológico, en coherencia con la mejora continua de la calidad y el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Desarrollo del informe

La seguridad del paciente en la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida se consolida como un eje estratégico y un pilar fundamental de la atención oncológica, orientado a proteger la integridad del paciente y a garantizar servicios de salud seguros, humanizados y de alta calidad. En coherencia con los principios institucionales, la Fundación promueve la seguridad del paciente como la principal herramienta en la atención, fortaleciendo los procesos asistenciales y reconociendo la complejidad de los tratamientos oncológicos, la vulnerabilidad clínica de los pacientes y el uso frecuente de terapias de alto riesgo.

El programa de seguridad del paciente se centra en la aplicación sistemática de buenas prácticas y estrategias integrales que permiten identificar, prevenir y reducir los riesgos asociados a la atención en salud, así como el cumplimiento de protocolos estandarizados y el trabajo interdisciplinario. Impulsando una cultura organizacional de seguridad basada en el aprendizaje institucional, la notificación de indicios de atención insegura y la mejora continua, con el propósito de prevenir fallas que generen daño adicional al paciente y de brindar una atención oportuna, segura y centrada en el paciente oncológico y su familia.

4.1 Modulo seguridad del paciente en sistema de gestión integral - almera

Durante el año 2025 se realizó la configuración e implementación del módulo de Seguridad del Paciente, el cual fue desarrollado para fortalecer la identificación, el reporte, el análisis y la gestión de los indicios de atención insegura, garantizando la integración y consolidación de la información en una sola herramienta y promoviendo una cultura institucional orientada a la prevención del riesgo y la mejora continua de la seguridad del paciente.

Adicionalmente, este módulo permite disponer de información sobre las rondas de seguridad y la adherencia a las buenas prácticas, facilitando el seguimiento, la evaluación y la implementación de acciones orientadas a fortalecer la seguridad del paciente.

Como impacto positivo, la implementación del módulo de Seguridad del Paciente ha contribuido a la centralización y consistencia de la información, mejorando la calidad del registro y la trazabilidad de los datos, lo que ha fortalecido la madurez institucional en los procesos de reporte de indicios de atención insegura, así como en el análisis y clasificación de los mismos. Desde este sistema de gestión, adicional se logra estandarizar la metodología de análisis, así como la consolidación de la información en los casos que se requiere realizar unidad de análisis.

Este módulo ha permitido la vinculación de terceros y aliados estratégicos en la notificación de eventos e incidentes, ampliando las fuentes de captación de información favoreciendo la identificación de los riesgos desde todas las áreas. En conjunto, estos avances facilitan el análisis de tendencias, el seguimiento a las acciones implementadas y la toma de decisiones basadas en datos, en coherencia con el enfoque de mejora continua y fortalecimiento de la seguridad del paciente.

4.2 Cultura de seguridad del paciente

Con el propósito de evaluar y fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente, en el primer semestre del año 2025 la institución aplicó la encuesta de cultura de seguridad del paciente como una herramienta diagnóstica que permitió identificar las percepciones, actitudes y prácticas del personal frente a la atención segura. Los resultados obtenidos facilitaron la toma de decisiones, la definición de estrategias de mejora y el fortalecimiento de una cultura organizacional orientada a la prevención del riesgo y la mejora continua de la calidad en la atención.

La medición de la cultura de Seguridad del Paciente se realizó mediante un estudio por encuesta de carácter bienal, con un diseño muestral de población completa. Durante el período evaluado se aplicaron 565 encuestas, utilizando un instrumento estandarizado de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), debidamente traducido y validado al español. La interpretación de los resultados se llevó a cabo conforme a las dimensiones establecidas por la AHRQ, lo que permitió un análisis estructurado y comparable de la cultura de seguridad del paciente a nivel institucional.

Nombre proceso	Indicador
Percepciones globales de seguridad (4 items—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	51%
Frecuencia de notificación de incidentes (3 items—% La mayoría de las veces/Siempre)	70%
Expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad (4 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	72%
Aprendizaje organizacional-Mejora continua (3 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	83%
Trabajo en equipo en la unidad/servicio (4 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	79%
Comunicación franca (3 preguntas—% La mayoría de las veces/Siempre)	50%
Comunicación y feedback sobre errores (3 preguntas—% La mayoría de las veces/Siempre)	70%
Respuesta no punitiva frente al error (3 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	38%
Dotación de personal (4 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	34%
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (3 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	69%
Colaboración entre unidades y servicios del hospital (4 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	57%
Transmisión de información durante traslados y cambios de turno (4 preguntas—% De acuerdo/Muy de acuerdo)	46%

Fuente: Consolidado resultados medición cultura de seguridad

Los resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente fueron presentados y analizados en el Comité Directivo de la Fundación. En este espacio se destacó la importancia de fortalecer la seguridad del paciente, especialmente considerando el alto riesgo y la vulnerabilidad de la población oncológica atendida. Se resaltaron las fortalezas en el trabajo en equipo dentro de las unidades, así como la necesidad de intervenir los resultados de las dimensiones críticas como la comunicación abierta, la respuesta no punitiva ante errores, la frecuencia de reporte de eventos y la carga de trabajo.

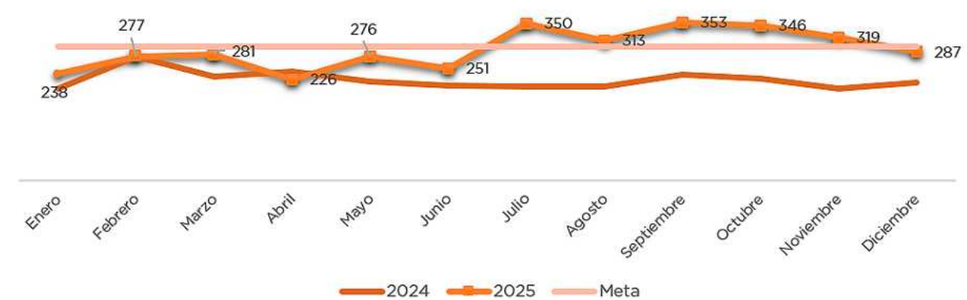
El Comité reafirmó el compromiso institucional para mejorar la cultura de seguridad mediante acciones orientadas a facilitar la comunicación abierta, promover un ambiente de comunicación y prevenir fallas en la atención. Asimismo, se estableció un seguimiento periódico al plan de acción diseñado para abordar estas brechas, garantizando la efectividad y sostenibilidad de las estrategias orientadas a brindar una atención segura, humana y de alta calidad, alineada con las necesidades específicas de los pacientes con cáncer.

Se realiza la transición de la herramienta de reportes a través de aplicativo VITO al Sistema de Gestión Integral – Almera, logrando consolidar la información en un solo espacio que finalmente garantiza la gestión de los reportes recibidos.

Durante el año 2025 se recibieron 3.517 reportes de indicios de atención insegura, con un promedio mensual de 293 reportes. La distribución y comportamiento de estos reportes a lo largo del año se presenta en la siguiente gráfica.

Tras la consolidación del dato y haciendo un análisis retrospectivo, se evidencia un fortalecimiento en la cultura del reporte, lo que facilita el análisis de la información, permite identificar riesgos de manera temprana, prevenir fallas en la atención y respaldar la toma de decisiones orientadas a garantizar una atención segura, oportuna y centrada en el paciente oncológico.

Número de reportes de indicios de atención insegura



Fuente: Sistema de Gestión Integral – Almera

El análisis y clasificación de los reportes permitió identificar la frecuencia, el tipo y la ubicación de los indicios de atención insegura, facilitando la priorización de acciones preventivas y correctivas, así como la toma de decisiones orientada a la mejora continua de la seguridad del paciente. Con base en esto, a continuación, se presentan los datos correspondientes a la clasificación por tipo de evento.

El reto para el 2026 es consolidar la cultura de seguridad a través de los reportes de indicios de atención insegura, manteniendo o incrementando el promedio mensual de estos, así como fortalecer la calidad del análisis, la oportunidad de gestión y la efectividad de las acciones de mejora, de manera que los reportes se traduzcan en reducción de eventos adversos prevenibles y mayor seguridad del paciente.

4.3.1 Tasa de incidentes

La tasa de incidentes presentó un comportamiento variable, teniendo en varios meses un comportamiento por fuera de la meta establecida. Del total de reportes recibidos 25%, hacen referencia a incidentes es decir las fallas que no alcanzan a ocasionar daño al paciente durante su atención.

Tasa de incidentes año 2025

Fuente: Sistema de Gestión Integral – Almera

De los indicios de atención insegura clasificados como incidentes, se registraron 898 reportes, los cuales permitieron identificar fallas en los procesos asistenciales y de apoyo. El análisis de estos incidentes facilitó la detección de riesgos, la identificación de factores contributivos y la formulación de acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de las barreras de seguridad y a la prevención de eventos adversos.

Como gestión relacionadas con los hallazgos, se implementaron acciones de mejora dirigidas a la actualización y socialización de protocolos institucionales enlazados a la implementación de Almara, el refuerzo en la correcta identificación del paciente, la capacitación en registros clínicos y comunicación efectiva, así como el seguimiento mediante indicadores y auditorías internas. Estas estrategias se desarrollaron bajo un enfoque que promueve la cultura de seguridad no punitiva, promoviendo el reporte como herramienta preventiva ante la materialización de los riesgos.

Para el año 2026 potencializar el análisis de los indicios de atención insegura que se clasifican como incidentes, para usarlos como herramienta de aprendizaje organizacional, logrando identificar las brechas desde la atención y evitar la materialización del riesgo que se traduce en daño al paciente como evento adverso.

4.4 Conmemoración día de la seguridad del paciente

Fuente: Evidencias Día mundial SP

Durante el año 2025 se celebró el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, en el marco de las acciones institucionales para promover la cultura de seguridad. En esta ocasión, la conmemoración se centró en el lema “atención segura desde el primer momento”, el cual orientó las actividades desarrolladas y reforzó el compromiso del personal con la prevención del riesgo y la mejora continua en la calidad de la atención.

Como parte de la conmemoración, se llevó a cabo una actividad lúdica tipo carrusel, enfocada en las buenas prácticas a cumplirse desde el inicio de la atención.

Esta actividad facilitó la apropiación de buenas prácticas, promoviendo la participación activa del equipo de salud y fortaleciendo la cultura de la atención segura desde el primer contacto, con énfasis en la administración de medicamentos del paciente oncológico durante todo el proceso asistencial.

4.5 Rondas de seguridad

4.5.1 Rondas en sede hospitalaria

Fuente: Formato consolidado Rondas SP

Durante el año 2025 se realizaron un total de 165 rondas de seguridad en los diferentes servicios asistenciales de la institución, con un promedio de 12 rondas por mes. Los servicios con mejor resultado en las rondas fueron UCI-UCE, con un promedio de adherencia del 79%, y Cirugía con un promedio de 80%. Estas rondas se intensifican en dichos servicios debido a la criticidad de la atención que se brinda, permitiendo un seguimiento más cercano de las buenas prácticas y fortaleciendo la seguridad del paciente.

Fuente: Consolidado de rondas

En el servicio de Urgencias, se observó un incremento del 74 % al 87 %, lo que demuestra una mejora relevante en la adherencia a prácticas seguras en un entorno de alta complejidad y rotación de pacientes. De manera destacada, Quimioterapia Ambulatoria presentó el mayor avance, pasando de 53 % a 93 %, evidenciando una consolidación de la atención segura desde el primer momento para el paciente oncológico.

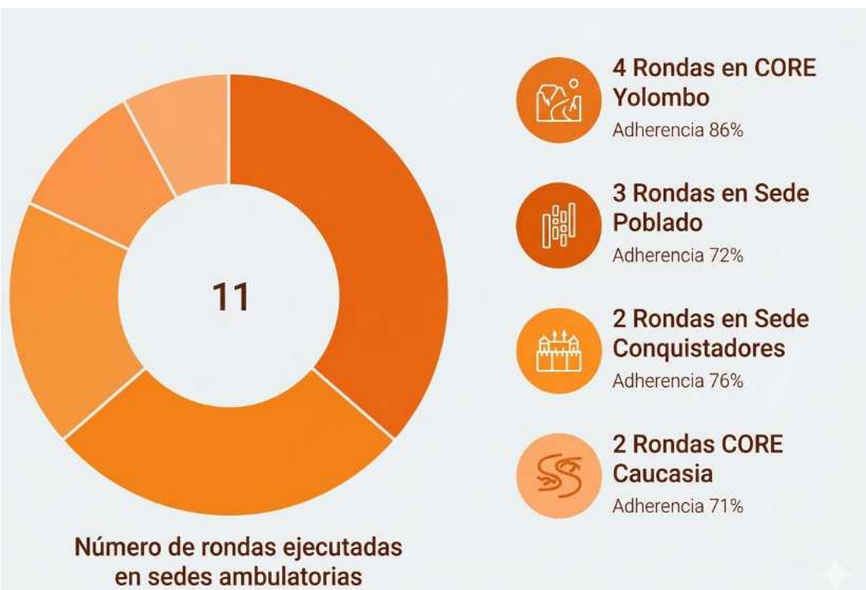
En Cirugía Piso 2, el cumplimiento mostró una mejora progresiva del 77 % al 80 %, mientras que Cirugía Piso 5 alcanzó un aumento significativo del 72 % al 87 %, reflejando una mayor estandarización de los procesos asistenciales y un fortalecimiento del trabajo seguro del equipo de salud.

Por su parte, UCE presentó un aumento del 72 % al 78 %, y la UCI pasó del 79 % al 83 %, evidenciando avances sostenidos en servicios críticos, donde el cumplimiento de las prácticas de seguridad resulta fundamental para la prevención de eventos adversos.

En conjunto, estos resultados confirman que las intervenciones implementadas han generado un impacto positivo, medible y transversal en la institución, fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente y consolidando las rondas de seguridad como una estrategia efectiva para la mejora continua y la estandarización de prácticas seguras.

4.5.2 Rondas en sedes ambulatorias y Clínicas regionales (CORE)

Distribución de rondas de seguridad del paciente por sede y clínica regional



**Fuente: Formato consolidado Rondas SP*

Adicionalmente, las sedes de la institución y las regionales fueron incluidas dentro del alcance del proceso, siendo objeto de la realización de rondas de seguridad. En estas se realiza una ronda por semestre, lo que da pautas para generar planes de mejora desde cada una de estas.

Rondas en sedes ambulatorias

**Fuente: Consolidado de rondas*

Los resultados evidencian una mejora en el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en las sedes evaluadas, en comparación con la línea base, reflejando el impacto positivo de las estrategias institucionales implementadas.

En la sede Conquistadores, se observó un incremento del 72 % al 80 %, lo que indica un avance en la estandarización de los procesos asistenciales y una mayor adherencia del equipo de salud a las prácticas seguras definidas por el Programa de Seguridad del Paciente.

De igual forma, la sede Torre Intermédica Poblado presentó una mejora significativa, pasando del 67 % en la línea base al 80 % en la última medición, evidenciando el fortalecimiento de la cultura de seguridad y la efectividad de las acciones de seguimiento, acompañamiento y mejora continua desarrolladas en la institución.

Estos datos son el reflejo que las intervenciones implementadas han generado un impacto positivo y medible, contribuyendo al fortalecimiento de una atención segura y centrada en el paciente en las diferentes sedes de la institución.

Fuente: Consolidado de rondas

En la sede Yolombó, se observó un incremento del 83 % en la línea base al 88 % en la última medición, alcanzando un nivel alto de cumplimiento, lo que demuestra la consolidación de prácticas seguras y la apropiación de la cultura de seguridad por parte del equipo asistencial.

Por su parte, la sede Caucasia presentó una mejora del 73 % al 80 %, evidenciando avances relevantes en la estandarización de los procesos y en la adherencia a las estrategias institucionales de seguridad del paciente, especialmente a través del seguimiento sistemático mediante rondas.

Es importante resaltar que el incremento en el porcentaje de avance representa una mejora cualitativa en los hallazgos identificados durante las rondas, evidenciando un fortalecimiento progresivo de la cultura de seguridad, si bien a nivel porcentual no representa un avance dentro de los criterios de la ronda puede considerarse altamente significativo, lo que refleja avances y la detección oportuna de desviaciones y la implementación inmediata de acciones correctivas.

En conclusión, el programa de Seguridad del Paciente, a través de la implementación de rondas de seguridad, ha consolidado como una experiencia exitosa y comprobada, logrando en un periodo de un año un cambio cultural visible y medible en toda la institución, teniendo en cuenta que además de su visión asistencial, involucra al paciente y cuidador como eje fundamental para su desarrollo.

4.5.3 Experiencia exitosa “Pasos seguros junto al paciente oncológico”

Fuente: https://fundacionguayacanes.org/

Las rondas de seguridad del paciente permitieron visibilizar a la institución, ya que, con esta estrategia participamos en el evento ***Club Bench 83 de la Fundación Guayacanes,*** el cual es un encuentro de instituciones para compartir prácticas exitosas, relacionadas con la gestión hospitalaria y discutir los factores que facilitan la obtención de los mejores resultados con la experiencia.***“Pasos seguros junto al paciente oncológico”*** como se denominó la experiencia, demostró como las rondas de seguridad realizadas junto al paciente se han consolidado como una práctica exitosa que, en tan solo un año, generó un cambio cultural visible, medible y profundamente significativo en toda la institución.

4.6 Adherencia a buenas prácticas de seguridad

4.6.1 Medición adherencia sede hospitalaria

Para el año 2025 se realizó la medición de las buenas prácticas de seguridad del paciente, en el marco del Programa de Seguridad del Paciente de la institución, con el objetivo de evaluar el nivel de implementación de los lineamientos institucionales y orientar la toma de decisiones en gestión de la calidad, generando una cultura de atención segura.

Esta medición permitió evaluar el cumplimiento de los lineamientos establecidos, la adherencia a las buenas prácticas definidas e identificar oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de una atención segura, continua y de calidad.

Medición adherencia buenas prácticas de seguridad del paciente Sede Hospitalaria 2025

Fuente: Consolidado de adherencia buena practicas

cumplimiento. Se destacan las buenas prácticas de comunicación efectiva (97%), cirugía segura (92%), prevención de lesiones en piel asociadas a la atención (89%) y detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud – IAS (88%), lo que refleja una adherencia satisfactoria a los protocolos, guías clínicas y listas de verificación, así como el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional en el momento de la medición.

Por su parte, las buenas prácticas identificación correcta del paciente (85%), prevención de caídas (75%) y uso seguro de medicamentos (77%) muestran oportunidades de mejora quedando dentro de una adherencia aceptable. Estos resultados orientan la priorización de acciones de mejora que permitan lograr una mejor adherencia.

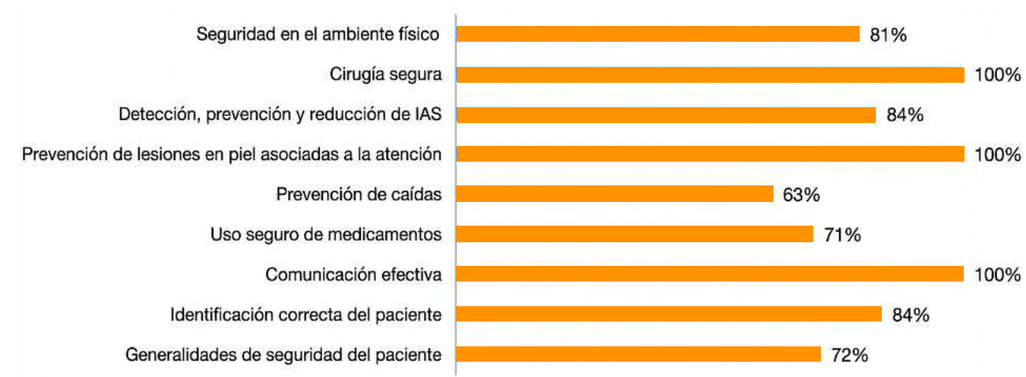
Para las prácticas de generalidades de seguridad del paciente (71%), y seguridad en el ambiente físico (72%), se reconoce la necesidad de continuar reforzando las estrategias orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad, la estandarización de prácticas seguras, la gestión del riesgo en los entornos de atención y la sensibilización permanente del talento humano, con el fin de incrementar la adherencia a los lineamientos institucionales y reducir la ocurrencia de eventos asociados a la atención en salud.

En conclusión, la medición realizada en 2025 evidencia avances significativos en la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente; no obstante, los hallazgos identificados servirán como insumo para la formulación y ejecución de planes de mejora dentro del Programa de Seguridad del Paciente, orientados a consolidar una atención segura, continua y de calidad.

4.6.2 Medición adherencia sedes ambulatorias y CORE

La medición de la adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente en las sedes ambulatorias y CORE, en el marco del Programa de Seguridad del Paciente son un proceso importante, y se ejecuta con el fin de evaluar el grado de implementación de los lineamientos institucionales en los diferentes escenarios de atención, ya que, son transversales a la institución.

Medición adherencia buenas prácticas de seguridad del paciente y CORE 2025



Fuente: Consolidado de adherencia buena practicas

Los resultados evidencian un desempeño satisfactorio en varias de las buenas prácticas, alcanzando un 100% de adherencia como en cirugía segura, prevención de lesiones en piel asociadas a la atención y comunicación efectiva, lo cual refleja un alto nivel de cumplimiento que promueve la cultura de seguridad.

Se observan resultados aceptables en detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud – IAS (84%), identificación correcta del paciente (84%) y seguridad en el ambiente físico (81%), evidenciando algunas oportunidades de fortalecimiento para alcanzar estándares óptimos y sostenibles en el tiempo.

Por otro lado, los componentes de generalidades de seguridad del paciente (72%), uso seguro de medicamentos (71%) y especialmente prevención de caídas (63%) presentan brechas relevantes quedando en una adherencia no satisfactoria, las cuales requieren la priorización de acciones de mejora. Estas deben enfocarse en el refuerzo de la capacitación del talento humano, la estandarización de prácticas seguras, la implementación de barreras de seguridad adicionales y el seguimiento continuo a los indicadores definidos.

En conclusión, la medición en sedes ambulatorias y CORE durante 2025 evidencia fortalezas significativas en procesos clave de seguridad del paciente; no obstante, los resultados obtenidos constituyen un insumo fundamental para orientar el plan de mejora del Programa de Seguridad del Paciente para el año 2026, con énfasis en la prevención de caídas, el uso seguro de medicamentos y el fortalecimiento de los componentes transversales de la cultura de seguridad.

4.7 Educación al paciente y su familia

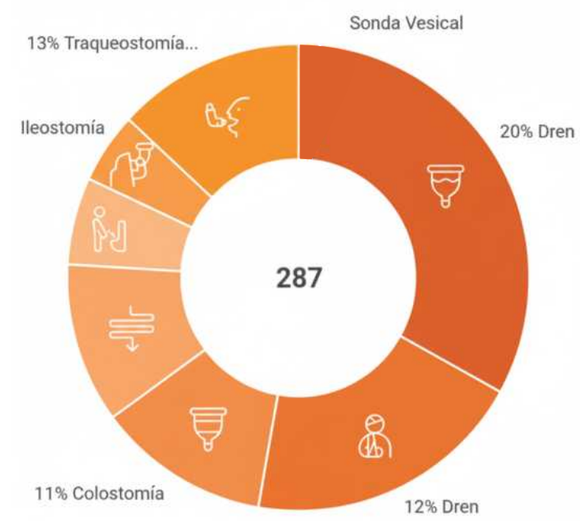
La implementación de un programa de educación para el paciente y su cuidador en la fundación, constituye una estrategia fundamental para el fortalecimiento de la seguridad del paciente, la mejora de la calidad de vida y la adherencia a los cuidados y el tratamiento. A través del acompañamiento del equipo interdisciplinario, el programa proporciona información clara y accesible sobre la enfermedad, los tratamientos, sus posibles efectos secundarios y las estrategias para su manejo, promoviendo la toma de decisiones informadas y la participación activa en el proceso de salud–enfermedad.

Esta intervención permite identificar y atender necesidades durante la estancia hospitalaria, fortalece el vínculo entre el equipo de salud, el paciente y su familia, disminuye la ansiedad asociada al diagnóstico oncológico y favorece un egreso seguro, contribuyendo a la continuidad del cuidado y a la prevención de fallas asociadas a la atención.

Para fortalecer la práctica de autocuidado en el paciente oncológico se crea el programa de educación al paciente y su familia, con el objetivo de proporcionar herramientas que fortalezcan la participación activa de estos en el proceso de salud - enfermedad, con el apoyo del equipo interdisciplinario, buscando la satisfacción de necesidades identificadas durante la estancia hospitalaria y propiciando un egreso seguro.

Durante el año 2025 se realizaron 287 intervenciones en temas ostomías, drenes y dispositivos para la eliminación y la alimentación, con el fin de fortalecer la continuidad del cuidado y promover un egreso seguro.

Temas de intervención de educación al paciente y su familia



Fuente: BD Educación al Paciente

Estas intervenciones educativas realizadas contribuyeron a mejorar la continuidad del cuidado, disminuir el riesgo de complicaciones asociadas al manejo inadecuado de dispositivos y favorecer un egreso seguro. El programa fortaleció la adherencia a las recomendaciones clínicas, redujo la ansiedad manifestada al momento de realizar la intervención de educación al del paciente y su familia frente al cuidado en el hogar y promovió una mayor corresponsabilidad en la prevención de eventos asociados al manejo de dispositivos, consolidando una cultura de atención segura centrada en el paciente.

Finalmente, el programa permitió vincular activamente al personal asistencial, promoviendo la homogeneización de la información brindada, la estandarización de cuidados y una mayor coherencia en las recomendaciones entregadas al paciente y su familia.

4.8 Auditoria a procedimientos asistenciales

Los resultados de la auditoría evidencian una adecuada adherencia a los lineamientos y prácticas asistenciales seguras.

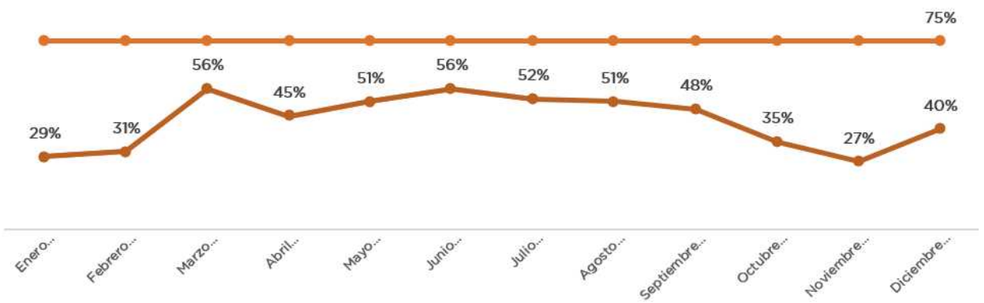
Los hallazgos permiten identificar fortalezas en los procedimientos técnicos y oportunidades de mejora en procesos de alto riesgo, especialmente en la administración de medicamentos y la venopunción periférica, orientando la formulación de acciones de mejora focalizadas para el fortalecimiento de las barreras de seguridad institucionales.

Fuente: Consolidado medición adherencia a procedimientos asistenciales

4.9 Estrategia multimodal de higiene de manos

Durante el año las buenas prácticas en higiene de manos como una acción esencial para la seguridad del paciente. Monitoreamos continuamente la adherencia a esta práctica en los diferentes servicios y promovemos la mejora constante.

Proporción de adherencia global a higiene de manos 2025



Fuente: consolidado observaciones higiene de manos

Durante el año 2025, la medición de la adherencia global a la higiene de manos evidenció un comportamiento variable, con avances relevantes frente a la línea inicial, lo que refleja el impacto de las estrategias institucionales de sensibilización, seguimiento y fortalecimiento de buenas prácticas. A lo largo del año se alcanzaron niveles de adherencia superiores al punto de partida, demostrando mayor conciencia y apropiación progresiva de la higiene de manos como una práctica esencial de seguridad del paciente.

La institución realizó el monitoreo continuo de la adherencia en las diferentes sedes y servicios, promoviendo la mejora constante mediante la aplicación de la estrategia multimodal y avanzando de forma transversal en cada uno de sus componentes:

Se realizó seguimiento continuo a la adherencia global a la higiene de manos como práctica esencial para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, evidenciando un incremento progresivo gracias a las actividades sistemáticas de evaluación y retroalimentación al personal. Como apoyo a esta estrategia, se instalaron recordatorios visuales de los cinco momentos en las áreas asistenciales, fortaleciendo el cambio de comportamiento y la cultura de seguridad. En coherencia con estas acciones, la institución recibió un reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud de Medellín, destacando el compromiso institucional y el impacto positivo en la promoción de prácticas seguras.

Prevención y control de infecciones

Fortalecer de manera continua la prevención y el control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mediante la implementación, seguimiento y evaluación de estrategias integrales de vigilancia epidemiológica, cumplimiento de buenas prácticas, capacitación del personal y toma oportuna de decisiones, con el fin de garantizar la seguridad del paciente, la calidad de la atención y el cumplimiento de los lineamientos institucionales y normativos vigentes.

Desarollo del informe

5.1 Programa de prevención y control de infecciones

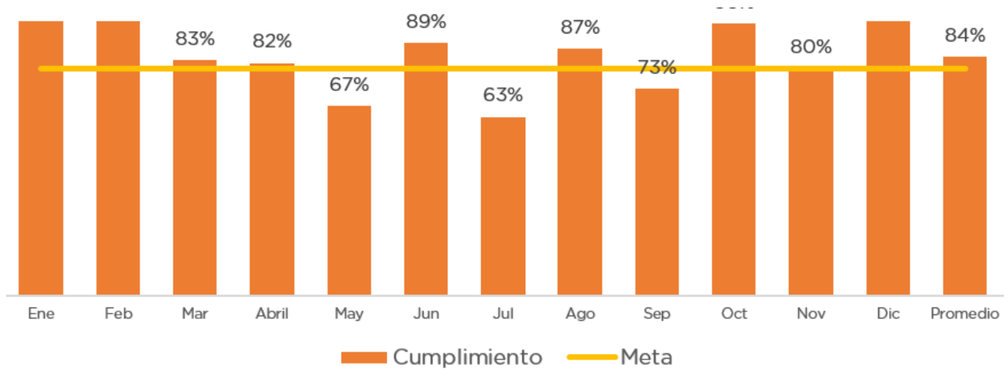
Las infecciones asociadas a la atención en salud constituyen un reto permanente para la seguridad del paciente y un indicador crítico de la calidad. Su ocurrencia impacta de manera negativa los resultados clínicos y genera consecuencias significativas para las instituciones de salud a nivel económico y reputacional.

A continuación, se presentan los principales indicadores que evidencian la gestión y el desempeño del Programa de Prevención de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica, los cuales permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos, el comportamiento de los eventos de interés y la efectividad de las acciones implementadas.

5.1.1 Medición de adherencia a las medidas para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud

Paquete de medidas	Porcentaje de adherencia
Medición de adherencia a paquete de medidas para la prevención de neumonía asociada al ventilador	88%
Medición de adherencia a paquete de medidas para la prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central	85%
Medición de adherencia a paquete de medidas para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a sonda vesical	79%
Medición de adherencia al protocolo de aislamientos hospitalarios	94%

Se realizaron un total de ***1.003 mediciones*** de adherencia a los principales paquetes de medidas para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), evidenciándose una ***adherencia superior al 75%*** en todas las mediciones, lo que refleja un avance significativo en la implementación de prácticas seguras en los diferentes servicios asistenciales; no obstante, para el año 2026 el reto se orienta a incrementar la cobertura de las mediciones, afianzar y estandarizar el instrumento de evaluación y fortalecer de manera continua la adherencia a través de estrategias estructuradas de capacitación, acompañamiento y vigilancia activa.



Fuente: Resultados luminometrías LIMA

Durante el año 2025 se realizó la auditoría al cumplimiento de los estándares de limpieza y desinfección del aliado estratégico LIMA, responsable del proceso institucional de limpieza y desinfección. Los hallazgos evidenciaron un nivel de cumplimiento superior al 80 %, resultado que permite concluir que los procesos evaluados se ejecutan de manera consistente y conforme a los criterios establecidos, aportando de forma significativa al control de factores ambientales y a la reducción del riesgo de infecciones en la institución.

En los casos en los que no se logró el cumplimiento de la meta, se desarrollaron acciones de mejora en los servicios, tales como retroalimentación de resultados, jornadas de capacitación y la instalación de material recordatorio en áreas estratégicas, orientadas a incrementar la adherencia a las buenas prácticas.

5.1.2 Formación y capacitación al personal

Tema de capacitación	Cobertura
Medidas generales para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud	281 personas
Proceso de limpieza y desinfección	78 personas
Aislamientos hospitalarios	48 personas
Asepsia quirúrgica	49 personas

Durante el 2025 se realizaron capacitaciones en temas clave para la prevención y control de infecciones, logrando capacitar en total a 557 colaboradores. La mayor cobertura correspondió a las medidas generales para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, dada su aplicabilidad transversal en la institución. Estas actividades formativas son fundamentales para reforzar prácticas seguras, estandarizar procesos y contribuir a la disminución del riesgo de infecciones, impactando positivamente en la calidad y seguridad de la atención. Para el año 2026, se proyecta ampliar la cobertura de las capacitaciones, así como diversificar los temas abordados, con el fin de fortalecer de manera continua las competencias del personal y consolidar la cultura de seguridad del paciente.

5.1.3 Indicadores programa prevención y control de infecciones

A continuación, se presentan los principales indicadores del Programa de Prevención y Control de Infecciones, los cuales permiten evaluar el desempeño de las estrategias implementadas, el cumplimiento de las medidas institucionales y su impacto en la seguridad del paciente durante el año 2025.

5.1.3.1 Tasa general de IAAS Clínica Vida 2025

Fuente: Consolidado indicadores – archivo excel

Durante el año 2025, la institución registró en promedio 5 infecciones por cada 1.000 días de estancia, indicador que se mantuvo dentro de la meta institucional establecida. En este periodo, se fortalecieron de manera sostenida las medidas de prevención, incluyendo la higiene de manos, la limpieza y desinfección, y la implementación adecuada de los aislamientos hospitalarios, con el objetivo de reducir el riesgo de ocurrencia de infecciones asociadas a la atención en salud.

5.1.3.2 Tasa de infecciones asociadas a la atención en salud por gérmenes resistentes

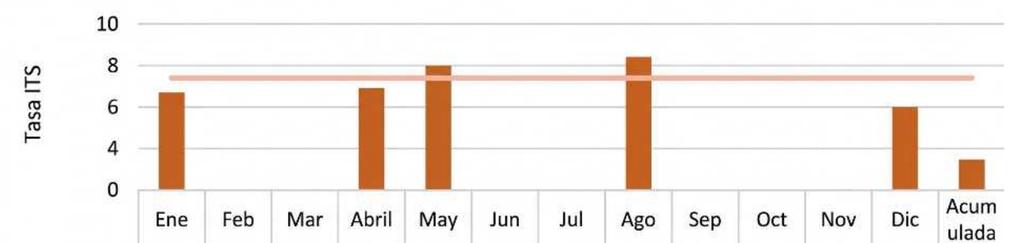
Fuente: Sistema de información integrado ALMERA

El seguimiento de las infecciones causadas por gérmenes resistentes constituye un componente prioritario del Programa de Prevención y Control de Infecciones, dado su impacto en la seguridad del paciente, la morbimortalidad y el uso adecuado de los antimicrobianos. Durante el año 2025, este indicador presentó un promedio de 1,2 infecciones por cada 1.000 días de estancia, resultado considerado satisfactorio, al mantenerse por debajo de la meta institucional de 1,3.

Durante los meses en los que se evidenció un incremento en la resistencia antimicrobiana, se fortalecieron las acciones de análisis y control mediante la revisión individual y colectiva de los casos, con el propósito de identificar factores contributivos y orientar intervenciones oportunas. Como resultado, se implementaron medidas de fortalecimiento tales como la actualización y ajuste de los protocolos de limpieza y desinfección y medición de adherencia con luminometrías, el refuerzo en la supervisión del cumplimiento de los aislamientos hospitalarios, el monitoreo continuo de la adherencia al protocolo de higiene de manos y el seguimiento al consumo de antibióticos, contribuyendo a la optimización de las estrategias de prevención y control.

- **Infección sintomática del tracto urinario asociada a sonda vesical:** Durante el año 2025, la tasa acumulada de ITU asociada a sonda vesical (ITU-AS) fue de 0,4 por mil días sonda, manteniéndose por debajo de las metas nacionales e internacionales. Este resultado se asocia a una adherencia del 79% al paquete de medidas de prevención, lo cual indica el uso adecuado del dispositivo y pertinente de este dispositivo.
- **Infección del tracto sanguíneo asociada a catéter:** La tasa acumulada fue de 2,5 infecciones por 1000 días catéter, indicador con resultado sobresaliente acorde a la meta institucional (7,4). Este indicador es el resultado del uso de catéter pertinente y la adherencia a los BUNDLE para la prevención de infecciones asociadas a este dispositivo que fue de 85%

Infección del tracto sanguíneo asociado a cateter en UCI

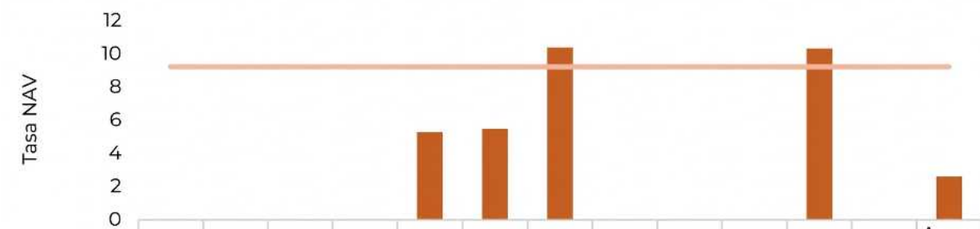


	Ene	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Acumulada
2025	6,7	0	0	6,9	8	0	0	8,4	0	0	0	6	3
meta	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4

Fuente: Consolidado indicadores – archivo excel

- **Neumonía asociada a la ventilación mecánica:** Durante el año 2025, el indicador registró una tasa de 2,6 infecciones por 1.000 días de uso de ventilador, manteniéndose por debajo de la meta institucional establecida (9,2). Este comportamiento se asocia al uso pertinente del dispositivo, la extubación temprana y la adherencia al paquete de medidas de prevención.

Tasa neumonía asociada a la ventilación mecánica



	Ene	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Acumulada
2025	0	0	0	0	5,3	5,5	10,4	0	0	0	10,3	0	2,6
meta	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2

Fuente: Consolidado indicadores – archivo excel

Las metas establecidas para los indicadores fueron definidas con base en los parámetros de referencia del Consorcio Internacional para el Control de Infecciones (INICC).

5.1.3.4 Infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

La identificación oportuna, el seguimiento continuo y el manejo adecuado de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos son fundamentales para la gestión del riesgo en la atención en salud. Para el año 2025 el indicador fue de 1,2 por cada 100 procedimientos realizados. A continuación se presenta el comportamiento general y por especialidad.

Comportamiento de infección asociada a procedimiento médico quirúrgico por especialidad

Fuente: Consolidado indicadores – archivo Excel

5.1.4 Auditorías Externas

Durante el año 2025 se llevaron a cabo auditorías a los aliados estratégicos institucionales con el propósito de verificar y fortalecer el cumplimiento de los procesos de limpieza y desinfección, el manejo adecuado de los residuos y la provisión de una alimentación segura, reconociendo el impacto significativo de estos componentes en la prevención y el control de las infecciones. Los resultados obtenidos evidenciaron un nivel de cumplimiento superior al 80 % en la totalidad de las auditorías realizadas, lo cual refleja un desempeño satisfactorio, la adherencia a los lineamientos institucionales y el compromiso de los aliados estratégicos con la calidad y la seguridad del paciente.

5.2 Programa de optimización del uso de antimicrobianos

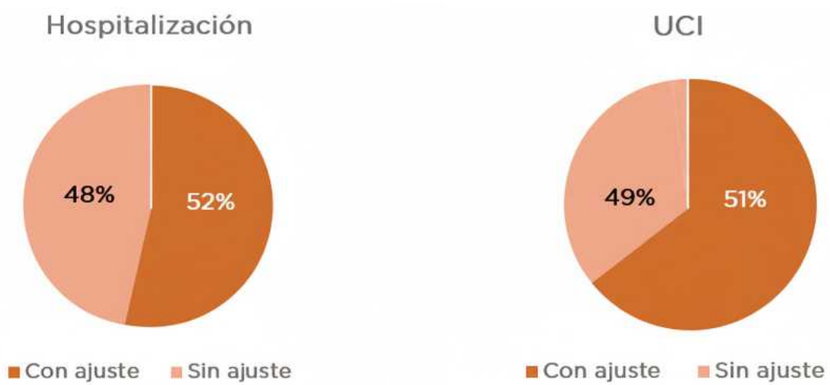
El equipo PROA desempeñó un papel clave en la gestión y seguimiento del uso adecuado de antibióticos dentro de la institución. El programa, desarrolla estrategias para prevenir la incidencia de infecciones mediante el uso racional de antimicrobianos, el seguimiento clínico y microbiológico, la adherencia a guías institucionales y la capacitación del personal. A continuación, se presentan los principales resultados del año 2025.

5.2.1 Proporción de muestras para prueba microbiológica tomadas antes del inicio de tratamiento antibiótico en el servicio de hospitalización.

Fuente: Consolidado indicadores – archivo excel

Durante el año, el indicador presentó un cumplimiento mensual entre el 84% y el 100%, superando de manera sostenida la meta del PROA establecida en ≥80%. En el acumulado anual, el 93% de los pacientes de hospitalización tuvo toma de muestra microbiológica previa al inicio del tratamiento antibiótico, y en UCI el 96%.

5.2.2 Proporción de ajustes de prescripción de tratamiento antimicrobiano según el hallazgo microbiológico.

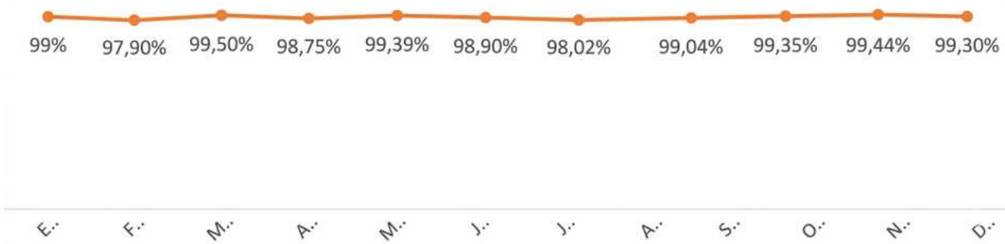


Fuente: Consolidado indicadores – archivo excel

La revisión de la terapia antimicrobiana evidenció que una proporción importante de pacientes no requirió ajustes en el tratamiento, dado que la prescripción inicial fue adecuada o brindó cobertura frente al germen identificado en el reporte microbiológico. En el acumulado anual, el 48 % de los pacientes hospitalizados y el 49 % de los pacientes en UCI no necesitaron modificaciones en su terapia antimicrobiana tras la disponibilidad de los resultados microbiológicos.

Calidad

5.2.3 Proporción de profilaxis antibiótica prequirúrgica menor a 24 horas.



Fuente: Sistema de información integrado ALMERA

Durante el año, el indicador presentó cumplimiento superior al 97 % en la profilaxis antibiótica quirúrgica menor a 24 horas. Los casos de no cumplimiento fueron analizados y retroalimentados con las especialidades correspondientes. De acuerdo con la meta del PROA (>90 %), el resultado anual fue adecuado y satisfactorio. En relación con la pertinencia y el tiempo de administración de la profilaxis antibiótica, se evidencia un cumplimiento del 100%, El tiempo promedio entre la administración del antibiótico y la incisión quirúrgica fue de 35 minutos.

5.2.4 Formación y capacitación al personal

Desde el Programa PROA, se desarrolló un cronograma institucional de formación continua dirigido al personal asistencial, con una planificación de nueve capacitaciones a lo largo del año. A continuación, se presentan los resultados generales de estas actividades.

Tema de capacitación	Cobertura
Socialización toma de muestra microbiológica en cirugía	12 personas
Socialización consumo de antibióticos UCI	7 personas
Procesos básicos de microbiología	45 personas
Socialización brote de KPC	24 personas
Vacunación en pacientes inmunosuprimidos	16 personas
Socialización PROA UCI-Jefes de enfermería	9 personas
Infecciones fúngicas en el paciente hematooncológico	22 personas
Socialización PROA UCI-Auxiliares de enfermería	14 personas
Neutropenia febril	42 personas

Logros

- Se consolidó la implementación de los paquetes de medidas para la prevención de IAAS, con la realización de 1.003 mediciones de adherencia, evidenciando un cumplimiento superior al 75 % en todos los procesos evaluados, lo que refleja un adecuado nivel de estandarización y apropiación de prácticas seguras en los servicios asistenciales.
- Se fortaleció la formación del talento humano, logrando capacitar a 557 colaboradores en temas clave para la prevención y control de infecciones, con énfasis en medidas generales, limpieza y desinfección, aislamientos y asepsia quirúrgica, contribuyendo a la consolidación de una cultura institucional de seguridad del paciente.
- La tasa general de IAAS se mantuvo dentro de la meta institucional, con un promedio de 5 infecciones por cada 1.000 días de estancia, evidenciando el impacto positivo de las estrategias sostenidas de prevención, vigilancia y control.
- Se fortaleció la gestión clínica y educativa del PROA mediante la ejecución de un cronograma institucional de formación continua, abordando temáticas prioritarias como microbiología básica, infecciones por gérmenes multirresistentes, consumo de antibióticos en UCI, neutropenia febril e infecciones fúngicas en poblaciones especiales.
- Se promovió la articulación interdisciplinaria entre infectología, microbiología, enfermería y servicios clínicos, favoreciendo la vigilancia activa, el análisis de eventos específicos (como brotes) y la mejora continua en el uso racional de antimicrobianos.

Retos 2026

- Incrementar la cobertura y frecuencia de las mediciones de adherencia, asegurando una evaluación más amplia y representativa en todos los servicios asistenciales.
- Sostener los resultados alcanzados en infecciones por gérmenes resistentes, integrando de manera articulada las acciones del programa de infecciones con las estrategias del PROA y la gestión del riesgo institucional.

- Continuar el fortalecimiento de la vigilancia activa y el seguimiento a infecciones asociadas a la atención en salud, promoviendo acciones preventivas oportunas y el análisis sistemático por sede, servicio, tipo de infección y especialidad.
- Ampliar la cobertura de las estrategias de capacitación, priorizando equipos asistenciales con alta rotación y servicios de mayor complejidad, así como fortaleciendo la formación práctica y basada en casos clínicos.
- Fortalecer el seguimiento a los patrones de consumo de antimicrobianos, especialmente en áreas críticas como UCI, integrando análisis periódicos que permitan identificar oportunidades de mejora y prevenir la resistencia bacteriana.

Vigilancia epidemiológica

Describir y analizar la gestión del Programa de Vigilancia Epidemiológica durante el año 2025, a partir del comportamiento de las patologías de interés en salud pública priorizadas por la institución, presentando los principales resultados, logros y retos en los procesos de vigilancia, notificación, análisis y respuesta, con el fin de evidenciar el cumplimiento de los lineamientos normativos, fortalecer la gestión del riesgo epidemiológico y orientar las acciones de mejora institucional.

Desarrollo del informe

6.1 Notificaciones al sistema de vigilancia en salud pública

La vigilancia epidemiológica es un proceso sistemático y continuo que permite la recolección, análisis, interpretación y difusión de información relacionada con los eventos de interés en salud pública. Su finalidad es identificar oportunamente riesgos, brotes o cambios en el comportamiento de los eventos, con el fin de orientar la toma de decisiones.

Durante el año 2025, la institución realizó un total de 965 reportes individuales al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), lo que permitió identificar y gestionar oportunamente patologías que requieren manejo especial, contribuyendo a la detección temprana, el inicio oportuno del tratamiento y el seguimiento adecuado de los casos.

Los eventos notificados con mayor frecuencia durante el periodo evaluado se distribuyen de la siguiente manera:

Nombre del evento	Número de reportes	Porcentaje sobre el total de reportes
155 - Cáncer de mama y cuello uterino	841	87.15%
813 - Tuberculosis	58	6.01%
342 - Enfermedades huérfanas y raras	26	2.69
357 - Infecciones asociadas a dispositivos	11	1.14%
115 - Cáncer en menores de 18 años	5	0.52%
850 - VIH/mortalidad por SIDA	4	0.41%
210 - Dengue	4	0.41%
340 - Hepatitis B, C, Delta	4	0.41%
320 - Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	0.31%

6.2 Cáncer de mama y cuello uterino

Dado el enfoque oncológico de la clínica, se prioriza la identificación, notificación y el inicio oportuno del tratamiento en los pacientes con cáncer de mama y cáncer de cuello uterino. Estos eventos, de notificación obligatoria, constituyen los de mayor incidencia en la institución, por lo que su adecuada gestión resulta clave para el cumplimiento normativo y el fortalecimiento de la atención integral y oportuna de los pacientes.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Promedio
Número de días	16	19	23	27	28	31	32	31	28	25	31	26	26
Meta	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**Fuente: Sistema de información integrado ALMERA*

Durante el año 2025, el indicador de oportunidad en el inicio del tratamiento para cáncer de mama presentó un tiempo promedio de 26 días desde el diagnóstico, ubicándose por debajo de la meta nacional de 30 días, evidenciando una gestión oportuna y eficiente en la atención de estas pacientes.

6.3 Logros y retos

Logros

- Se garantizó la operación continua y sistemática del proceso de vigilancia epidemiológica, permitiendo la recolección, análisis e interpretación oportuna de la información relacionada con los eventos de interés en salud pública.
- Se logró la identificación y gestión oportuna de patologías de interés en salud pública, favoreciendo la detección temprana, el inicio oportuno del tratamiento y el seguimiento adecuado de los casos.
- El indicador de oportunidad en el inicio del tratamiento para cáncer de mama alcanzó un tiempo promedio de 26 días desde el diagnóstico, resultado que se ubicó por debajo de la meta nacional de 30 días, reflejando una gestión eficiente y oportuna del proceso asistencial.

Retos 2026:

- Fortalecer el análisis epidemiológico de los eventos notificados, incorporando evaluaciones de tendencia, oportunidad y calidad de la información que permitan una mejor caracterización del riesgo institucional.
- Fortalecer la capacitación y formación continua del personal asistencial y administrativo en vigilancia epidemiológica, notificación obligatoria, manejo y seguimiento de eventos de interés en salud pública, con el fin de mejorar la oportunidad, calidad y consistencia de los reportes, así como la respuesta institucional frente a los riesgos epidemiológicos.
- Desarrollar y consolidar estrategias de educación dirigidas a los pacientes y sus cuidadores con diagnóstico de patologías de interés en salud pública, orientadas a promover el autocuidado, la adherencia al tratamiento, el reconocimiento oportuno de signos de alarma y la prevención de complicaciones, contribuyendo a mejores desenlaces clínicos y a la reducción del riesgo en salud pública.

Talento Humano

Talento Humano

Nuestro propósito es consolidar a La Fundación Colombiana de cancerología Clínica Vida, como una marca empleadora referente en el sector salud oncológico, fortaleciendo nuestra propuesta de valor al colaborador para atraer, desarrollar y fidelizar talento humano altamente especializado, alineado con nuestra cultura de compasión y excelencia; transformando la experiencia del colaborador como habilitador estratégico de la excelencia clínica y el cuidado oncológico humanizado, mediante el fortalecimiento de una cultura viva y coherente con nuestros valores, el desarrollo integral del talento y el liderazgo, la promoción del bienestar y la calidad de vida, y la consolidación de prácticas organizacionales sostenibles que garanticen equidad, suficiencia y continuidad del cuidado.

Fortalecemos nuestra propuesta de valor al colaborador para posicionarnos como un referente en el sector salud oncológico, impulsando el desarrollo del talento, el bienestar y una cultura basada en la compasión y la excelencia.

Cultura Organizacional

Durante el año 2025 se realizó la socialización del nuevo modelo de cultura organizacional a los colaboradores, alcanzando un total de 847 asistencias, que incluyeron colaboradores vinculados de las diferentes sedes, personal por prestación de servicios, aprendices y terceros.

Y además tenemos un equipo de cultura base el cual está enfocado a unos embajadores que promueven nuestro modelo cultural.

Este proceso permitió alcanzar un nivel de cumplimiento del 70,6%

La promoción del modelo cultural fortalece el compromiso de los colaboradores y consolida una cultura organizacional coherente con nuestros valores.

Experiencia del colaborador

2.1 Riesgo psisocial

Durante el año 2025 se llevó a cabo la evaluación de riesgo psicosocial dirigida a una población objeto de 943 colaboradores, a nivel organizacional se definió que quienes participaran contaran con una antigüedad de 4 meses o más en la institución. De este proceso se obtuvieron 857 encuestas diligenciadas, lo que corresponde a una tasa de respuesta del 91 %, evidenciando un alto nivel de participación y compromiso por parte de los colaboradores. Teniendo como resultado riesgo medio, implementado diferentes estrategias para impactarlo.

2.2 Clima laboral

El estudio de Clima Laboral 2025 contó con una participación del 73% de los colaboradores, considerada una muestra representativa de la organización. La favorabilidad general alcanzó el 85%, reflejando un clima laboral positivo. Se destacan la alta satisfacción con la organización, el orgullo de pertenencia y la recomendación de Clínica Vida como lugar para trabajar. Tenemos oportunidades de mejora en varios aspectos como la comunicación organizacional, la consistencia del liderazgo, la colaboración inter-áreas y la confianza psicológica.

2.3 EDUVIDA

Durante el año 2025, el área de Talento Humano migró y ejecutó el proceso de inducción institucional a través de la plataforma EDUVIDA, consolidando la modalidad virtual como modelo formativo oficial para el ingreso de nuevos colaboradores.

Esta estrategia permitió optimizar el acceso a la información institucional, fortalecer la apropiación de los lineamientos organizacionales y facilitar la participación y actualización de los colaboradores de las diferentes sedes.

El programa está conformado por aproximadamente 12 módulos estratégicos, que abarcan temas clave para la operación de la clínica y el cumplimiento normativo, tales como: Gestión de la Calidad, Seguridad del Paciente, Control de Infecciones, Experiencia de las Personas, Talento Humano, Tecnología y Sistemas de Información, Infraestructura y Mantenimiento, Gestión Ambiental, Servicio Farmacéutico, Tecnología en Salud y Alto Costo, SARLAFT – SCOF / PTEE, Seguridad y Salud en el Trabajo, Eutanasia y Unidad de Investigación.

Durante el 2025 se registraron aproximadamente 368 ingresos de nuevos colaboradores. Con corte al 31 de diciembre de 2025, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 80 % en la realización de la inducción virtual, evidenciando el fortalecimiento del modelo formativo digital y la consolidación del proceso de estandarización del conocimiento institucional.

2.4 Bienvenida de Colaboradores

Durante el año 2025, con el propósito de brindar una mejor experiencia a los colaboradores que ingresan a la institución, se creó el espacio de bienvenida presencial, orientado a ofrecer una introducción integral a la clínica, un recibimiento cercano y humano, y una actividad enfocada en el fortalecimiento de su proyecto de vida, facilitando así su proceso de adaptación y sentido de pertenencia con la institución.

2.5 Sala de lactancia

En cumplimiento de la Ley 1823 de 2017, en el mes de octubre de 2025 se realizó la apertura oficial de la Sala de Lactancia en la sede Conquistadores, con el fin de brindar un espacio adecuado, seguro y digno para las colaboradoras en periodo de lactancia.

Por su parte, en la sede 80 se registraron

49 **Usos de sala de lactancia durante el año 2025**

2.6 Beneficio Regalo de vida

Como parte de las estrategias de bienestar y reconocimiento, la Clínica brinda el Regalo de Vida, un presente especial dirigido a los colaboradores que recientemente han sido padres, con el fin de acompañarlos en esta nueva etapa. En total, se entregaron 23 regalos (pañales o Cobija).

2.7 Detalle del día de la profesión

Este beneficio consiste en la entrega de un presente los colaboradores con motivo del día de su profesión, cargo y/o servicio, como reconocimiento a su labor y aporte institucional. Durante el período evaluado, se beneficiaron aproximadamente 1.080 colaboradores.

2.8 Detalle de Halloween para hijo de colaboradores

En total se entregaron 450 calabazas con dulces.

Esta iniciativa buscó compartir la magia de octubre con los más pequeños y reforzar el espíritu de familia dentro de nuestra organización, llevando alegría y momentos especiales a los hogares de nuestros colaboradores.

2.9 Presente pre pensionados

Este beneficio consiste en la entrega de un presente a los colaboradores que culminan su etapa laboral por pensión, como reconocimiento a su trayectoria y aporte institucional.

Durante el período evaluado, se beneficiaron

6 Colaboradores

2.10 Presente condolencias

Este beneficio consiste en la entrega de un presente a nuestros colaboradores como muestra de acompañamiento y solidaridad institucional frente al fallecimiento de familiares en primer grado de consanguinidad o afinidad (padres, hijos, cónyuge o hermanos).

Durante el período evaluado, se beneficiaron

15 Colaboradores

2.11 Carta de descuento

En total 78 colaboradores accedieron al descuento que otorga la Clínica en consultas, exámenes de laboratorios, procedimientos e insumos.

2.12 Programa Pre- Jubilados

Durante el año 2025 se dio apertura al programa Pre-jubilados con Vida, dirigido a los(as) colaboradores que se encuentran en la etapa final de su vida laboral. Este programa tiene como objetivo brindar acompañamiento y apoyo integral durante el proceso de transición hacia la jubilación, promoviendo el bienestar emocional, la preparación personal y consciente de su etapa laboral dentro de la institución.

2.13 Nuevos Convenios

Durante el año 2025, como parte del fortalecimiento del portafolio de beneficios, se dio apertura a nuevos convenios institucionales en favor de los colaboradores, entre los cuales se destacan: **la Funeraria San Vicente; convenios con establecimientos de alimentación como Il Forno, Wajaka, La Vocadería y El Rancherito; así como alianzas con Conecty y ActionBlack, ampliando así las opciones de bienestar y beneficios para el talento humano.**

Nuevos convenios fortalecen la red de beneficios para los colaboradores, impulsando su bienestar y generando más oportunidades dentro y fuera del entorno laboral.

2.14 Stands realizados:

Durante el periodo evaluado se contó con la participación de un total de 60 stands de empresas aliadas, fortaleciendo las alianzas estratégicas y ampliando la oferta de beneficios y servicios para los colaboradores.

Stand	
Entidad	Total anual
Davivienda	20
BBVA	9
Coopetraban	6
FNA	4
Vera seguros	4
Plenitud	8
Metlife	2
Action black	2
Coobelen	1
Banco de occidente	1
Velocreditos	1
Colfondos	2
Total	60

3.1 Mapeo de talento e identificación de cargos críticos

Se Implementó el mapa de talento en Clínica Vida como una herramienta estratégica de gestión que permita identificar y proyectar el potencial de los colaboradores, fortalecer la sucesión en cargos críticos, garantizar la excelencia clínica, la seguridad del paciente y la sostenibilidad organizacional, promoviendo un alto nivel de retención del talento clave.

Se impactaron 196 colaboradores y 96 cargos con el propósito de identificar y proyectar el potencial de los colaboradores.

3.2 Definición del Modelo de Liderazgo

Con el Modelo de Liderazgo “Liderar para servir”, Clínica Vida busca fortalecer una cultura de liderazgo coherente con su propósito superior, en la que los líderes actúen con responsabilidad, empatía y enfoque en resultados, generando confianza y compromiso en los equipos. Este modelo pretende desarrollar líderes capaces de inspirar, acompañar y habilitar a las personas, responder de manera adaptativa a la complejidad del entorno y asegurar la ejecución efectiva de la estrategia, contribuyendo al bienestar de los colaboradores, a la excelencia en la atención de los pacientes y a la sostenibilidad de la organización.

El fortalecimiento de la gestión del talento permitió avanzar en la identificación de cargos críticos y en la proyección del potencial de los colaboradores, consolidando una base sólida para la sucesión, la continuidad operativa y la sostenibilidad de la organización.

3.3 Seminario taller

Durante el año 2025 se impactaron 85 colaboradores con la actividades y espacios de relajación, brindándoles herramientas para el manejo del estrés y la adopción de estilos de vida saludables, contribuyendo al bienestar integral y a la calidad de vida laboral.

Bienestar y calidad de vida y SST

4.1 Contigo en Mente identificación de cargos críticos

Durante el año 2025 se implementó el Programa de Salud Mental para los colaboradores, el cual tiene una línea de atención con el propósito de brindar acompañamiento psicológico, además con la realización de pausas mentales, intervenciones grupales y espacios de descompresión colectiva, orientados a promover el bienestar emocional, la prevención de riesgos psicosociales y el fortalecimiento de la salud mental en el entorno laboral.

Mes	# personas	Efectivas
Septiembre	8	8
Octubre	8	8
Noviembre	9	9
Diciembre	3	3
Total	28	

En las intervenciones individuales se tuvo el siguiente impacto 28 personas hicieron uso de los acompañamientos individuales.

Mes	Personas Impactadas
Julio	43
Agosto	70
Septiembre	35
Octubre	20
Noviembre	20
Diciembre	167
Total	355

Adicionalmente, desde el programa se implementaron pausas mentales orientadas a mitigar el riesgo de burnout y fatiga laboral, mediante actividades de activación cognitiva y descompresión emocional.

Entre los meses de julio y diciembre, estas intervenciones se desarrollaron en los servicios de UCI y UCE; a partir de diciembre, se amplió su cobertura al servicio de hospitalización.

4.2 Comfama

Durante el año 2025, la institución contó con 1.064 colaboradores afiliados a la caja de compensación. De esta población, el 36 % corresponde a hombres y el 54 % a mujeres.

Los beneficios que se describen a continuación son otorgados y administrados directamente por la caja, conforme a su reglamentación vigente y a los criterios específicos establecidos para cada beneficio (nivel de ingresos, categoría de afiliación, composición del grupo familiar, cumplimiento de requisitos documentales y disponibilidad de cupos, entre otros).

La Clínica actúa como entidad afiliada y facilitadora del acceso, promoviendo la divulgación y acompañamiento a los colaboradores para el aprovechamiento de estos beneficios.

Beneficios

- Primera infancia (preescolares): Beneficio brindado a 8 hijos de colaboradores por un valor total de $60.160.000.
- Cosmo Schools (Primaria y secundaria): Estas becas fue brindado para 4 hijos de colaboradores Clínica Vida por un valor de $ 20.000.000.
- Educación para la vida: Cursos Comfama brindados a los colaboradores clínica vida, los cuales se realizan por convenio de nómina, en total fueron 686 matrículas por un valor de $18.594.000
- Experiencias con propósito: Descuento en tiendas con convenio con la caja de compensación, en total se tuvieron 1.202 usos por un valor de $20.809.011
- Cuota monetaria (subsidio Comfama): En el 2025 se le brindo a los colaboradores por subsidio de caja de compensación por un valor de $393.184.000
- Subsidios de Vivienda: 4 colaboradores fueron beneficiarios del subsidio de vivienda, por un valor de total $108.039.405.
- Camino a casa: 138 familias recibieron la asesoría en la compra de vivienda brindado por la caja de compensación por un valor de $ 1.806.896
- Cortesías a Parques: se obtuvieron entradas de cortesía para 550 colaboradores por un valor de $9.488.957.
- Subsidio menstrual: 29 colaboradoras accedieron al subsidio menstrual por un valor de $909.875.
- Red de amor: se brindaron 10 consultas para el programa de atención psicológica de Red de Amor por $280.000.
- Asesoría psicológica: se brindaron 17 asesorías de psicológica por un valor de $765.000.

- Bono nutricional: se brindaron 36 bonos nutricionales por un valor S900.000.
- Charlas: se realizaron espacios formativos dirigidos a los colaboradores, entre los cuales se destaca una charla virtual sobre sueño reparador, con la participación de 16 asistentes, y una charla sobre vivienda, en la que participaron 15 colaboradores de Clínica Vida, contribuyendo a la promoción del bienestar de nuestros colaboradores.
- Versos del Corazón: se realizaron dos espacios de Versos del Corazón, en los cuales participaron 30 colaboradores, promoviendo la expresión emocional, el bienestar y la conexión interpersonal dentro de la organización.
- Pausas activas divertidas: se realizaron 11 espacios de pausas activas divertidas, mediante los cuales se beneficiaron 450 colaboradores, promoviendo el bienestar físico, la integración y la dinamización de la jornada laboral.

4.3 Feria Escolar

Se realizó por primera vez la Feria Escolar dirigida a los colaboradores y sus familias, en la cual participaron 126 colaboradores, con el propósito de brindar apoyo en la preparación del periodo escolar y generar beneficios para las familias, fortaleciendo el bienestar y el acompañamiento familiar.

4.4 Almuerzo de Navidad – sedes regionales

Se realizó un encuentro de fin de año para los colaboradores de las sedes regionales, beneficiando a 8 colaboradores de las regionales de Caucasia y Yolombó, como acción de reconocimiento y bienestar institucional.

4.5 Bono de ayuda por calamidad:

Se otorgó un bono de ayuda por calamidad derivada de desastre natural a dos colaboradores, como parte de las acciones de apoyo y solidaridad institucional frente a situaciones de emergencia.

Fiesta de fin de año: El 11 de diciembre se llevó a cabo la fiesta de fin de año, esfuerzo importante realizado por la fundación como reconocimiento a un año de trabajo y compromiso por parte de los colaboradores, se tuvo un asistencia de 613 colaboradores.

Cena de fiesta de fin de año: Se brindó una cena a los 80 colaboradores que estuvieron de turno de noche en la fiesta de fin de año, como reconocimiento importante a su labor.

Cena de fin de año: Se brindó una cena a los 80 colaboradores que estuvieron de turno el 31 de diciembre, como recibimiento de año nuevo.

Feria del emprendimiento: Durante el año se realizaron 4 ferias del emprendimiento, contando como una participación de aproximadamente 60 colaboradores/familias que pudieron mostrar sus emprendimientos y talentos.

Total de inversión en beneficios y bienestar a colaboradores

Total 930.937.140

Accidentalidad Laboral 2025

4.5.1 Porcentaje de cumplimiento del SG SST

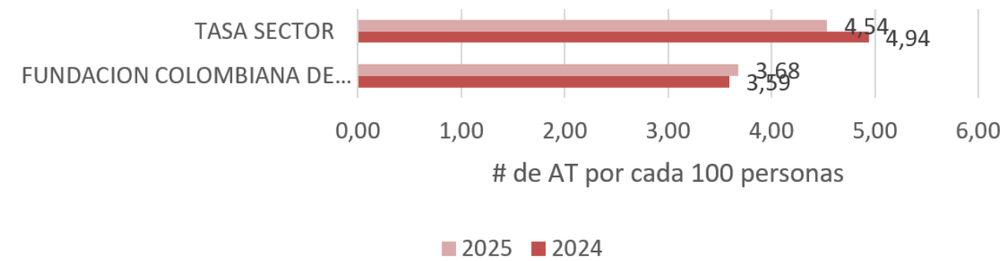
Ítem evaluado		% Calificación	(%) Valor ponderado	% Cumplimiento
I.	Planear	94	25	23.5
II.	Hacer	100	60	60
III.	Verificar	100	5	5
IV.	Actuar	75	10	7.5
% Total implementación: 96.0				

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo presenta un 96% de cumplimiento, conforme a la autoevaluación de los estándares mínimos establecidos por el Ministerio del Trabajo. La empresa demuestra un compromiso significativo con la seguridad y salud de los trabajadores, El resultado se ubica en un nivel aceptable o alto.

4.5.2 Comparativo frecuencia de accidentalidad - sector salud

Frecuencias de accidentalidad	2024	2025
PROMEDAN	3,59	3,68
FASECOLDA	4,94	4,54

Comparativo frecuencia de accidentalidad-sector salud



Durante el año 2025 se registraron 42 accidentes de trabajo, los cuales generaron un total de 262 días de incapacidad médica.

La organización presentó una tasa de accidentalidad del 3,68%, mientras que la tasa sectorial fue del 5,46%.

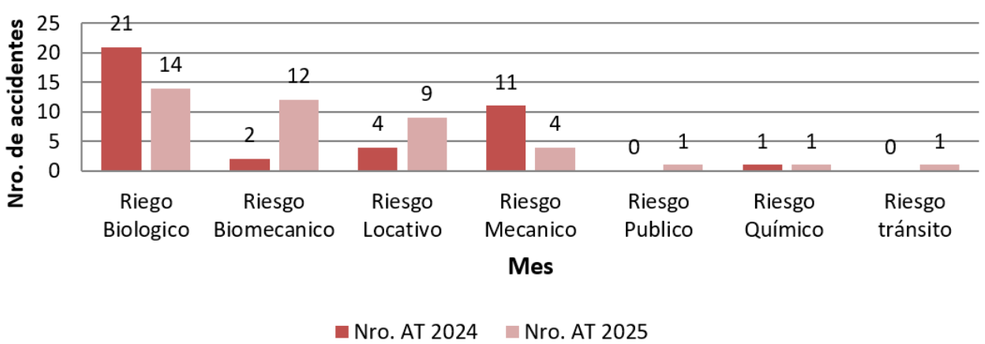
Al comparar la tasa empresarial (3,68%) frente a la tasa del sector (5,46%), se evidencia que la empresa se encuentra 1,78 puntos porcentuales por debajo del promedio sectorial, lo que indica un comportamiento más favorable en términos de frecuencia de accidentes frente a otras organizaciones del mismo sector económico.

La organización registró una tasa de accidentalidad inferior al promedio del sector salud, reflejando el compromiso con la prevención, el bienestar y la seguridad de nuestros colaboradores.

Impacto asociado a acciones efectivas como: como:accidentalidad - sector salud

- Mayor adherencia a protocolos de bioseguridad.
- Uso correcto y permanente de EPP.
- Refuerzo en capacitaciones sobre manejo de exposición a fluidos.
- Seguimiento oportuno a incidentes y vacunación del personal.
- Mejor mantenimiento de equipos y herramientas.
- Mayor supervisión operativa.
- Cumplimiento de procedimientos seguros.
- Capacitación en uso adecuado de equipos.
- Estabilidad en la exposición.
- Mantenimiento de protocolos de almacenamiento y manipulación.
- Control adecuado de fichas de seguridad y EPP.

4.5.3 Comparativo accidentalidad por riesgo 2024 -2025



Los accidentes de trabajo con mayor frecuencia corresponden al riesgo biológico, con un total de 14 eventos. Al realizar el comparativo con el año 2024, se evidencia una disminución, teniendo en cuenta que para dicho periodo se registraron 21 accidentes asociados a este riesgo. En segundo lugar, se encuentra el riesgo biomecánico, con 12 eventos, seguido del riesgo locativo, con 9 eventos. Adicionalmente, se registraron accidentes asociados a riesgo mecánico (4 eventos), riesgo público (1 evento), riesgo químico (1 evento) y riesgo de tránsito (1 evento).

Se evidencia que el riesgo biológico es el de mayor predominancia, asociado a la alta exposición ocupacional del personal asistencial, derivada del manejo y contacto con elementos cortopunzantes, la manipulación de fluidos corporales y la exposición a agentes infectocontagiosos. Por su parte, el riesgo biomecánico se ubica dentro de los principales factores de accidentalidad, relacionado principalmente con la movilización manual de cargas y la movilización de pacientes durante el desarrollo de las actividades laborales.

Al revisar el comportamiento por tipología de riesgo, se identificaron los siguientes cambios frente al año 2024:

Origen del impacto por tipología

Riesgos biomecánicos (500%)	¿Qué lo genera?
El riesgo biomecánico es la probabilidad de sufrir lesiones o trastornos en el sistema musculoesquelético debido a la realización de actividades laborales que implican esfuerzo físico, movimientos repetitivos	• Movimientos repetitivos • Manipulación manual de cargas • Posturas forzadas o mantenidas por largo tiempo • Sobreesfuerzos

En el 2025 se presentaron 12 eventos (incremento del 500% frente a los 2 eventos de 2024).

Riesgos locativos (125%)	¿Qué lo genera?
El riesgo locativo es la probabilidad de que ocurra un accidente debido a las condiciones físicas inadecuadas de las instalaciones, infraestructura o áreas de trabajo.	• Pisos mojados, lisos o en mal estado • Desorden y falta de aseo • Escaleras sin pasamanos • Techos o paredes deterioradas

En el 2025 se presentaron 9 eventos (incremento del 125% respecto a los 4 eventos del año anterior).

Eventos mecánicos (63,6)	¿Cómo se puede presentar?
Un evento mecánico es un suceso inesperado que ocurre por la interacción con máquinas, herramientas, equipos o elementos en movimiento, y que puede generar lesiones a las personas o daños materiales.	• Atrapamientos con partes móviles • Golpes por objetos o piezas en movimiento • Proyección de partículas

En el 2025 se presentaron 4 eventos (disminución del 63,6%, partiendo de 11 en 2024).

Riesgo químico (Sin variación)	¿Qué los genera?
El riesgo químico es la probabilidad de sufrir efectos adversos en la salud debido a la exposición a sustancias químicas peligrosas durante la manipulación, almacenamiento, transporte o uso en el trabajo.	• Gases y vapores • Polvos y fibras • Humos metálicos • Preparación de medicamentos citotóxicos.

Riesgos público (1 evento nuevo)	¿Qué lo genera?
El riesgo público es la probabilidad de que un trabajador sufra un daño o afectación a su integridad física debido a situaciones externas o internas de inseguridad o violencia, generalmente relacionadas con el entorno social donde desarrolla sus actividades.	• Hurtos o atracos • Agresiones físicas o verbales • Secuestro o extorsión • Disturbios o alteraciones del orden público

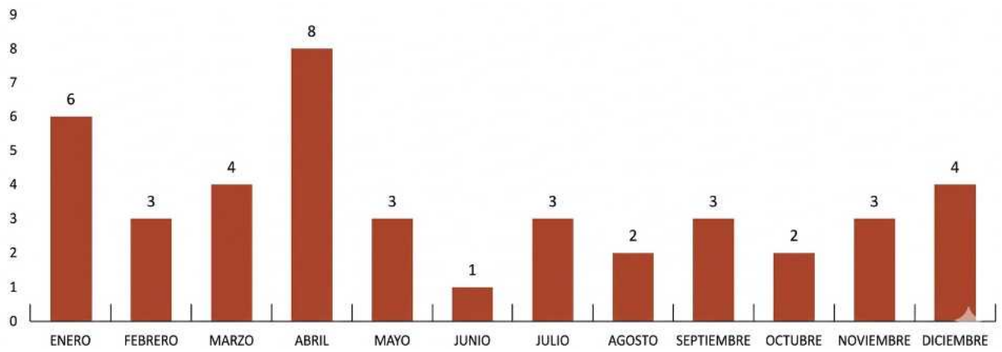
En el 2025 se presentó 1 evento en el 2024 no se presentaron accidentes.

Accidentes de tránsito (1 evento nuevo)	¿Cómo puede ocurrir?
Un accidente de tránsito es un suceso inesperado que ocurre en la vía pública e involucra uno o más vehículos, peatones, pasajeros o conductores, generando daños materiales, lesiones o incluso la muerte.	• Colisiones entre vehículos • Por condiciones de la vía • Atropellamientos • Volcamientos

En el 2025 se presentó 1 evento, en 2024 no se presentaron eventos **(no aplica porcentaje por no existir eventos previos a 2024).**

En términos generales, aunque el número total de accidentes aumentó de 39 en 2024 a 42 en 2025, el análisis por tipologías permite identificar claramente dónde se han logrado avances y dónde se requieren medidas de intervención más robustas. En contraste, la reducción sostenida en eventos biológicos y mecánicos demuestra que las acciones implementadas en bioseguridad y mantenimiento o prácticas operativas han sido efectivas.

4.5.4 Distribución de Frecuencia de accidentes de trabajo 2025



Por cada mes se presentaron 3,5 accidentes de trabajo, el mes que menos accidentalidad registro fue el mes de junio con 1 accidente de trabajo y el registro más alto en accidentalidad fue el mes de abril con 8 accidentes de trabajo.

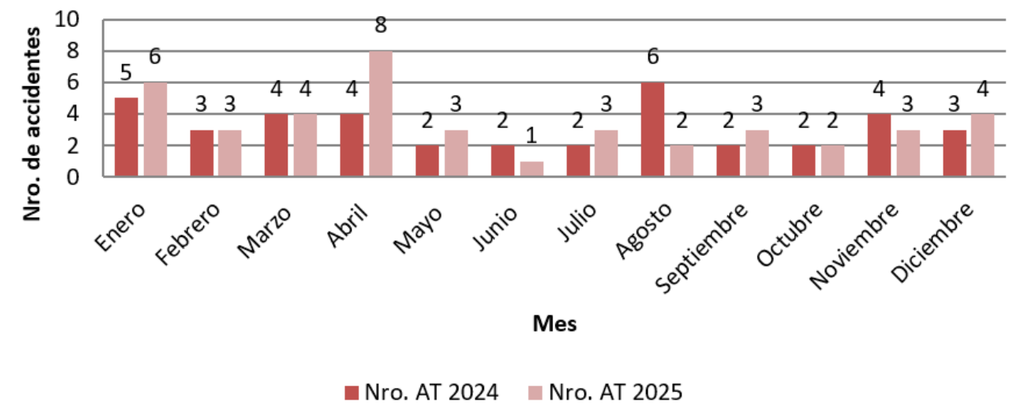
Este promedio indica que la accidentalidad se mantiene moderadamente constante, pero con picos específicos que alteran la tendencia anual. El pico de abril (8 accidentes) puede estar asociado a: Incremento en la demanda del servicio, mayor volumen de usuarios o pacientes. Durante el mes de abril no se implementaron campañas de autocuidado, debido a que el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo no contaba con líder

Para su intervención se realizaron diferentes promociones y campañas:

- Inspección de adherencia uso correcto de EPP
- Movilización segura de pacientes y manipulación manual de cargas
- Movilización segura de vehículos
- Descarte seguro de corto punzantes y campaña para la prevención del riesgo biológico
- Implementación del programa de reincorporación sociolaboral.

4.5.5 Distribución de Frecuencia de accidentes de trabajo 2025

Comparativo de accidentalidad laboral 2023-2024



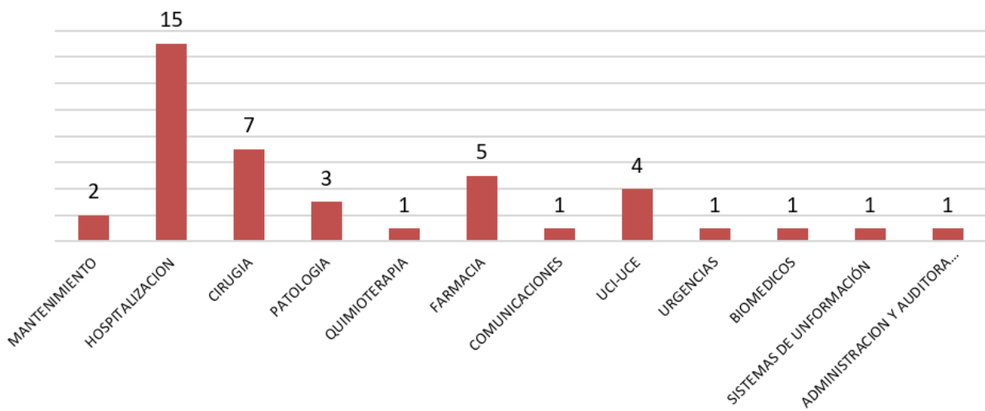
Durante el año 2025 se llevó a cabo un análisis comparativo de la accidentalidad laboral, con el propósito de identificar tendencias, variaciones en el comportamiento de los eventos y oportunidades de mejora en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Al contrastar los resultados con el año 2024, se evidencia un incremento en el número de accidentes de trabajo, lo que permite evaluar el impacto de las medidas preventivas implementadas y el nivel de adherencia a los procedimientos y prácticas de seguridad por parte de los colaboradores si están siendo efectivos en su implementación y seguimiento. Este resultado resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de intervención y seguimiento para mitigar los factores de riesgo identificados.

Los eventos registrados se concentraron principalmente en Riesgo Biológico por contacto con fluido corporales y material cortopunzante contaminado, siendo el mecanismo más frecuente. En relación con la severidad, se observa que la mayoría de los eventos correspondieron a accidentes leves, con presencia de (1) accidente grave.

Este comparativo permite reforzar la importancia de continuar fortaleciendo las acciones de prevención, capacitación y control operativo, con el objetivo de mantener condiciones de trabajo seguras y reducir la ocurrencia de accidentes laborales.

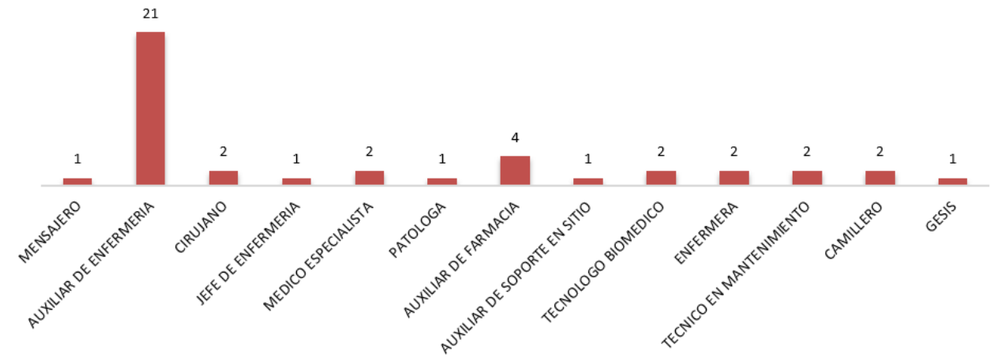
4.5.6 Distribución de accidentalidad por área 2025



Las áreas que registran el mayor número de accidentes laborales son Hospitalización, con 15 eventos, y Cirugía, con 7 eventos. Esta situación se asocia principalmente a factores como la alta rotación de personal, los turnos rotativos y las jornadas laborales prolongadas, condiciones que incrementan la fatiga, disminuyen la atención y aumentan la exposición a riesgos operativos.

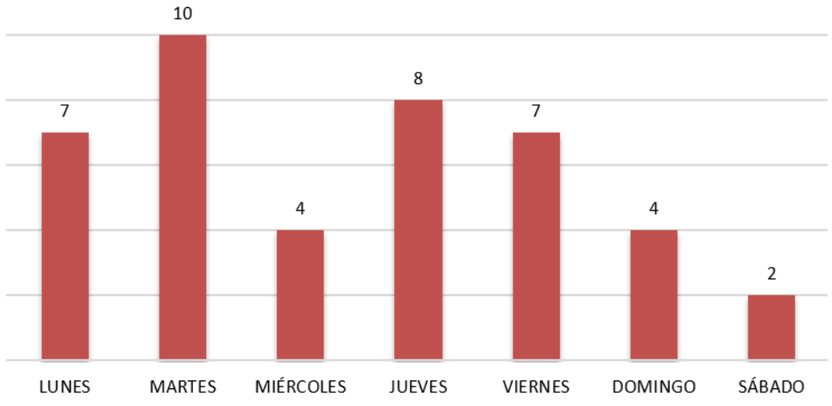
Con el propósito de fortalecer la cultura preventiva y mitigar estos factores, se viene implementando un programa en articulación con la ARL SURA, enfocado en la formación de líderes en comportamiento seguro. Estos colaboradores, previamente capacitados, asumen la vocería en los cuadros de turno, promoviendo prácticas seguras, reporte oportuno de condiciones inseguras y autocuidado. Se contempla la rotación de los líderes al finalizar cada ciclo de formación, lo que permite ampliar progresivamente la cobertura en todas las áreas de trabajo y consolidar una red interna de promotores de seguridad.

Número de accidentes por cargos



Los cargos con mayor incidencia de accidentalidad corresponden a Auxiliares de Enfermería, con un total de 21 eventos, y Auxiliares de Farmacia, con 4 eventos, entre otros. Esta tendencia se asocia a la exposición frecuente a riesgos biomecánicos y biológicos propios de las actividades asistenciales. Como medida de intervención, se están ejecutando acciones de capacitación específicas en descarte seguro y manipulación de elementos cortopunzantes, técnicas seguras de movilización de pacientes y lineamientos para la manipulación manual de cargas, con el objetivo de disminuir la ocurrencia de accidentes de trabajo y fortalecer el control del riesgo.

4.5.8 Distribución de días de acuerdo con accidentalidad 2025

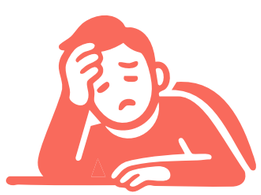


El mayor número de eventos se presentan los martes, lo cual puede estar asociado a factores organizacionales y de comportamiento del personal, tales como:

Consulta diferida posterior al fin de semana: Se ha identificado que algunos colaboradores no consultan durante el fin de semana por patologías o molestias físicas, y esperan al reinicio de la jornada laboral para acudir al servicio de salud, especialmente cuando su condición les impide desempeñar sus funciones con normalidad.

Efecto "post-festivo": Cuando el lunes es festivo, se presenta un aumento de consultas y reportes el martes, dado que el personal posterga la valoración médica hasta el siguiente día hábil.

Reinicio de actividades operativas: El martes suele concentrar mayor carga asistencial y operativa tras la planeación del lunes, incrementando la exposición al riesgo.



Des acondicionamiento físico o fatiga residual: Después del descanso o de actividades no laborales, puede existir menor adaptación inmediata al ritmo de trabajo, favoreciendo incidentes.

Con factores organizacionales y operativos, tales como la acumulación de carga laboral tras varios turnos consecutivos, la fatiga derivada de jornadas prolongadas y la sobrecarga de trabajo asociada a una alta asignación de pacientes en los cuadros de turno.

Estas condiciones pueden disminuir los niveles de atención y aumentar la exposición al riesgo, lo que hace necesario reforzar las estrategias de control operativo, distribución equitativa de cargas y seguimiento a los tiempos de descanso.

Acciones preventivas definidas en SST

- Refuerzo de inspecciones de seguridad los martes y jueves.
- Charlas cortas de autocuidado al inicio de la jornada.
- Seguimiento a carga laboral y distribución de tareas.
- Promoción de pausas activas estratégicas.
- Verificación del cumplimiento de procedimientos seguros

4.5.9 Indicadores de accidentalidad y ausentismo (Res. 0312 de 2019)

Indicadores	Acumulado 2024	Acumulado 2025
Índice de frecuencia de accidentes	0,003%	0,001%
Índice de severidad de accidentes	0,012%	0,009%
Índice de mortalidad	0%	0%
Prevalencia de la enfermedad	2,64%	2,46%
Incidencia de la enfermedad laboral	80%	0%
Ausentismo por enfermedad general	2%	2,2%

Índice de frecuencia en accidentes

Mide el número de accidentes de trabajo ocurridos en relación con la población trabajadora en un periodo determinado. Se evidencia una disminución en 2025, lo que indica una menor ocurrencia de accidentes en proporción al número de trabajadores, reflejando posibles mejoras en las medidas preventivas y en la gestión del riesgo.al número de trabajadores, reflejando posibles mejoras en las medidas preventivas y en la gestión del riesgo.

Índice de mortalidad

Mide el número de muertes derivadas de accidentes de trabajo en un periodo determinado. No se registraron eventos de mortalidad en ninguno de los dos periodos, lo cual representa un resultado positivo en materia de control de riesgos críticos.

Índice de severidad de accidentes

Evalúa la gravedad de los accidentes ocurridos, teniendo en cuenta los días perdidos por incapacidad. Se observa una reducción en 2025, lo que sugiere que, aunque se hayan presentado eventos, estos generaron menor impacto en términos de incapacidad o días perdidos.

Prevalencia de enfermedad laboral

Indica el porcentaje de trabajadores que presentan una enfermedad laboral en un periodo determinado. Se evidencia una leve disminución, está asociado a controles médicos, vigilancia epidemiológica y estrategias preventivas implementadas.

Incidencia de enfermedad laboral

Mide los casos nuevos de enfermedad laboral diagnosticados durante el periodo evaluado.

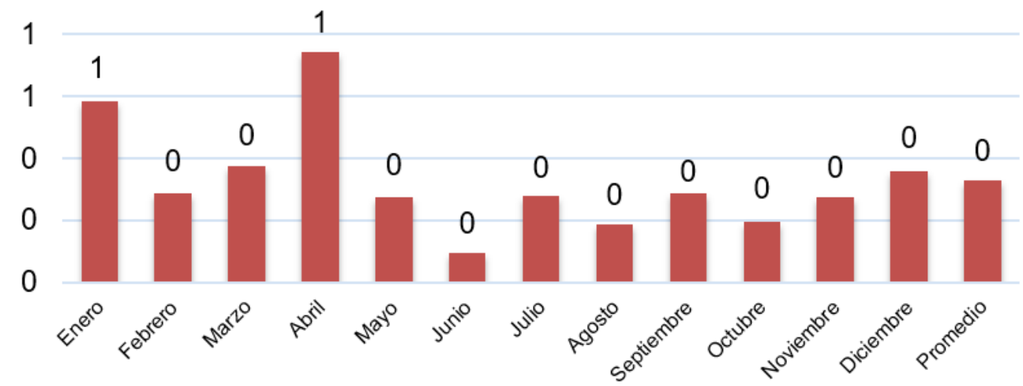
Se presenta una reducción significativa en 2025, al no registrarse nuevos casos, lo que sugiere efectividad en las acciones de prevención y control de factores de riesgo ocupacional.

Ausentismo por enfermedad general

Mide el porcentaje de ausencias laborales asociadas a patologías de origen común.

Se observa un leve incremento en 2025, está relacionado con factores externos, condiciones epidemiológicas o situaciones de salud no asociadas directamente al trabajo.

4.5.10 Frecuencia de Accidentalidad

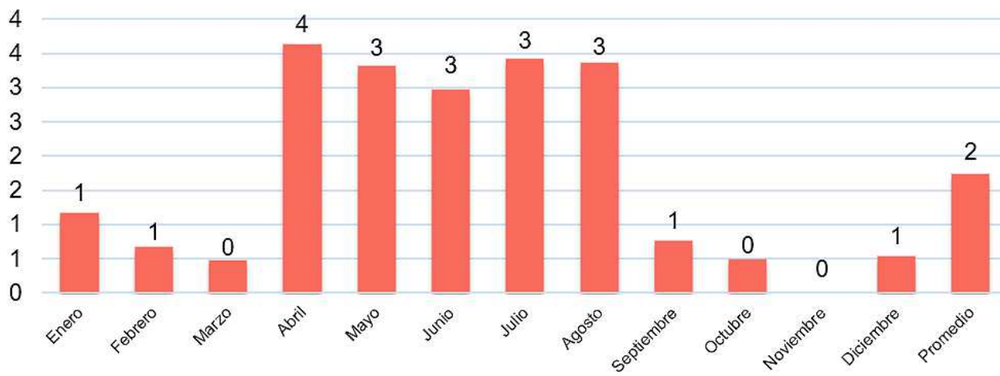


La frecuencia de accidentalidad durante el año 2025 fue de 0,003%, lo que evidencia un incremento frente al año 2024, periodo en el cual se registró una frecuencia de 0,001%.

Este comportamiento representa un aumento de 0,002 puntos porcentuales, lo cual indica una mayor ocurrencia de eventos en proporción a la población trabajadora y al tiempo de exposición.

En términos absolutos, durante el año 2024 se reportaron 39 accidentes de trabajo, mientras que en el año 2025 se registraron 42 accidentes, lo que corresponde a un incremento de 3 casos adicionales. Dentro de los eventos reportados en 2025, uno fue clasificado como accidente grave, situación que genera un mayor impacto en términos de severidad y control del riesgo.

4.5.11 Severidad de Accidentalidad



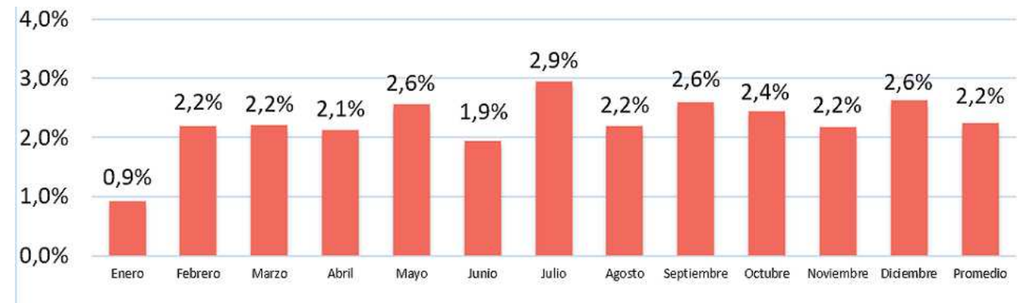
La severidad de la accidentalidad corresponde al número total de días de incapacidad y sus respectivas prórrogas derivados de accidentes de trabajo, en relación con el tiempo laborado por la población trabajadora.

Para el año 2024, se registró una severidad del 0,1%, mientras que en el año 2025 este indicador aumentó al 0,2%, lo que representa un incremento de 0,1 puntos porcentuales, equivalente a un aumento del 100% frente al periodo anterior.

Este comportamiento estuvo directamente asociado a una incapacidad prolongada derivada de un accidente grave ocurrido en el mes de abril de 2025, el cual generó un número significativo de días acumulados de ausencia laboral, impactando de manera importante el indicador anual.

El aumento en la severidad refleja que, aunque la frecuencia de accidentes puede mantenerse relativamente estable, la magnitud de las consecuencias fue mayor durante 2025.

4.5.12 Ausentismo 2025



Durante el año 2025 se registró un total de 8.791 días de ausentismo acumulados, con un promedio mensual aproximado de 732 días de ausencia laboral, la población trabajadora promedio fue de 1.069 colaboradores, generando un total anual de 391.284,5 horas hombre trabajadas.

El índice promedio anual de ausentismo fue del 2,2%, evidenciando un comportamiento relativamente estable a lo largo del año. Un índice anual del 2,2% indica que, en promedio, de cada 100 horas programadas, aproximadamente 2,2 horas no fueron laboradas por causa de ausencias justificadas. El ausentismo durante el año 2025 mostró un comportamiento controlado y dentro de parámetros aceptables.

4.5.13 Estrategias implementadas en el Sistema de gestión SST

Propósito 2025

4.5.14 Estrategia: Sistema de gestión SST

Fomentar entornos de trabajo seguros y saludables mediante la implementación de un proceso sistemático y cíclico basado en el enfoque PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), que permita la comprensión del contexto de la organización, la planificación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos y oportunidades, la vigilancia de la salud de los trabajadores, la evaluación del desempeño del SG-SST y la definición de acciones de mejora continua. Lo anterior, con el fin de prevenir lesiones y deterioro de la salud, promover la participación de los trabajadores y contribuir al bienestar, sostenibilidad y competitividad de la Clínica.

El fortalecimiento de la seguridad y la salud en el trabajo constituye un pilar fundamental para el bienestar del talento humano y la sostenibilidad institucional. A través de la gestión preventiva de los riesgos y la participación activa de los trabajadores, la Clínica consolida una cultura organizacional orientada al cuidado, la mejora continua y la generación de entornos laborales seguros y saludables.

En el mes de octubre, en el marco del Mes de la Salud, se desarrollaron diversas actividades orientadas a fortalecer la cultura de prevención y promover el compromiso institucional frente a la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Estas actividades estuvieron enfocadas en la sensibilización de los colaboradores respecto al autocuidado, la prevención de enfermedades y la adopción de hábitos saludables, alineadas con los programas de vigilancia epidemiológica y el plan anual de trabajo del SG-SST.

Una de las principales estrategias implementadas fue la jornada de vacunación, dirigida a reducir el riesgo de enfermedades transmisibles y disminuir el ausentismo laboral asociado a patologías prevenibles. Esta actividad permitió reforzar la protección colectiva, especialmente en temporadas de mayor circulación viral.

Avances

- Se aplicó el instrumento de diagnóstico para evaluar el cumplimiento normativo y la efectividad del sistema. Se identificaron brechas frente a la Resolución 0312 de 2019 y se generó un plan de mejora.
- Se realizó la definición y seguimiento de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y migración de estos a Software Almera.
- Se participó en la investigación de un accidente grave de tránsito. Se aplicó metodología de análisis de causas y se definió un plan de acción.
- Se revisó y ajustó la metodología para el tratamiento de no conformidades.
- Se realizó la actualización del procedimiento de gestión del cambio, roles y responsabilidades, comunicaciones internas y externas.
- Se realizó la actualización del Manual de contratistas.

La actualización documental del SG-SST para el año 2025 permitió mantener la coherencia entre la gestión operativa y los lineamientos normativos, fortaleciendo la mejora continua del sistema y facilitando la toma de decisiones basada en datos.

Organización

5.1 Política de Vacaciones

Durante el año 2025 se implementó un cambio en la política de vacaciones, mediante el cual los días sábado dejaron de contabilizarse para el disfrute de las vacaciones de los colaboradores, con el fin de brindarles un mayor equilibrio entre la vida laboral, personal y familiar a nuestros colaboradores.

5.2 Planta De Personal

Al cierre del año 2025, la institución contó con un total de 1.054 colaboradores activos y 41 aprendices. De los colaboradores, 1.041 cuentan con contrato a término indefinido y 13 con contrato a término fijo. En cuanto a la composición por género, 800 colaboradores corresponden a mujeres (75,9 %) y 254 a hombres (24,1 %); A la fecha sin información exacta de colaboradores pertenecientes a comunidad LGTBIQ+, a partir del 2026 se incluirá en el perfil sociodemográfico la caracterización de la población perteneciente a los grupos minoritarios entre ellos la población LGTBIQ+.

En 2025, la institución fortaleció su compromiso con el bienestar de sus colaboradores, implementando una nueva política de vacaciones orientada a promover un mejor equilibrio entre la vida laboral, personal y familiar, y avanzando hacia una gestión organizacional cada vez más inclusiva.

Los Colaboradores se encuentran distribuidos en los siguientes cargos:

Número colaboradores	Acumulado 2025
Gerencias	3
Direcciones	16
Coordinación	16
Lideres	19
Médicos especialistas	73
Médicos generales	86
Profesional en enfermería	90
Auxiliares de enfermería	323
Camilleros	22
Centro de investigación	11
Químicos farmacéuticos	18
Regentes de farmacia	12
Auxiliares en servicios farmacéuticos	41
Administrativos	201
Unidad de investigación	2
Instrumentadores quirúrgicos	32
Grupo de apoyo	23
Atención al usuario	15
Bacteriólogos	10
Auxiliares de laboratorio clínico	9
Histotecnólogos	9
Biomédicos	7
Mantenimiento	8
Servicios generales y ropería	3
Mensajería	5
Total	1054

De acuerdo con el análisis de suficiencia de personal, se identificó la necesidad de incorporar 38 colaboradores adicionales en el área asistencial (Profesionales en enfermería y Auxiliares en enfermería) para garantizar una operación equilibrada y sostenible. Este ajuste permitirá optimizar la distribución de las cargas laborales, fortalecer la calidad del servicio y reducir los riesgos asociados a la sobrecarga, contribuyendo a una experiencia más segura y humanizada tanto para los pacientes como para los equipos de trabajo.

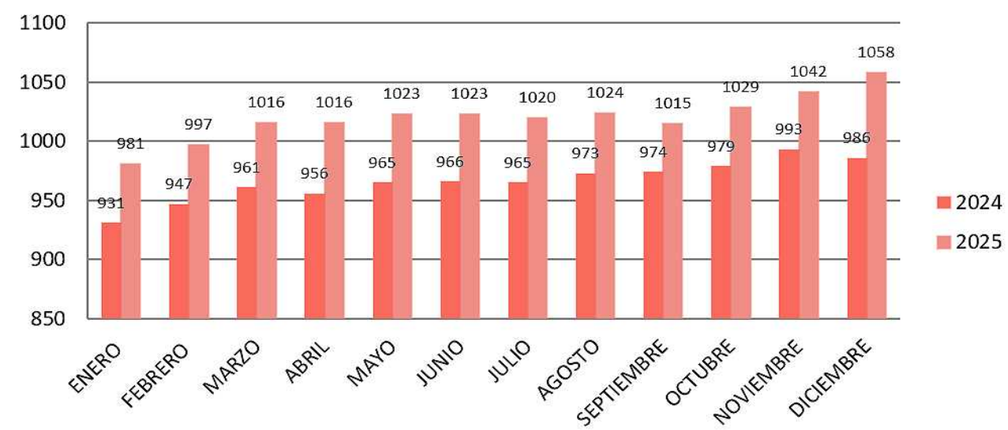
Durante el año 2025 se realizó la vinculación de 8 colaboradores, quedando pendiente la incorporación de 30 cargos adicionales, cuya provisión se proyecta ejecutar en el año 2026.

De manera complementaria, la institución se encuentra en constante evaluación y optimización de procesos, buscando mejorar la eficiencia operativa y asegurar el uso adecuado del talento humano antes de realizar nuevas incorporaciones.

Antigüedad de los colaboradores:

Antigüedad	Número colaboradores
0 a 5 años	867
6 a 10 años	155
11 a 15 años	20
16 a 20 años	9
21 Años o mas	3

5.3 Crecimiento de la planta de personal en los últimos dos años



El crecimiento se dio por aperturas del servicio de hospitalizacion segundo piso 18 camas, apertura de quirofanos de segundo piso, ampliacion de quimioterapia y ajuste de capacidad instalada por suficiencia de personal.

Inversión Nomina - Comparativo 3 Años

Inversion nómina - comparativo 3 años			
Mes	2023	2024	2025
Enero	$ 2.737.258.455	$ 3.666.865.044	$ 4.427.307.994
Febrero	$ 3.212.065.608	$ 3.492.685.962	$ 3.975.958.052
Marzo	$ 3.172.687.136	$ 3.428.427.898	$ 4.041.818.154
Abril	$ 3.174.257.179	$ 4.105.163.787	$ 4.220.423.611
Mayo	$ 3.191.557.625	$ 3.773.336.206	$ 4.319.301.409
Junio	$ 3.125.422.434	$ 3.792.799.827	$ 4.189.356.425
Julio	$ 3.153.536.417	$ 3.762.857.170	$ 4.277.304.783
Agosto	$ 3.106.541.086	$ 3.708.838.261	$ 4.129.681.337
Septiembre	$ 3.083.435.501	$ 3.819.719.958	$ 4.289.418.411
Octubre	$ 2.967.840.155	$ 3.670.281.836	$ 4.125.623.135
Noviembre	$ 3.046.109.495	$ 3.722.275.138	$ 4.372.379.245
Diciembre	$ 3.115.807.158	$ 3.668.004.834	$ 4.320.420.043
Total	$37.086.518.249	$ 44.611.255.921	$ 50.688.992.599

Inversión Seguridad Social - Comparativo 3 Años

Inversion nómina - comparativo 3 años			
Mes	2023	2024	2025
Enero	$ 1.304.253.300	$ 1.616.251.500	$ 1,891,185,000
Febrero	$ 1.465.992.600	$ 1.629.920.700	$ 1,905,611,300
Marzo	$ 1.474.204.800	$ 1.647.256.500	$ 1,935,745,700
Abril	$ 1.480.277.200	$ 1.894.792.500	$ 2,079,256,800
Mayo	$ 1.516.893.600	$ 1.770.071.100	$ 2,097,606,300
Junio	$ 1.533.880.000	$ 1.814.138.100	$ 2,094,576,800
Julio	$ 1.548.280.800	$ 1.836.414.300	$ 2,114,067,900
Agosto	$ 1.551.980.600	$ 1.833.269.300	$ 2,112,771,300
Septiembre	$ 1.524.332.200	$ 1.861.304.200	$ 2,155,146,300
Octubre	$ 1.499.144.100	$ 1.883.938.400	$ 2,152,705,000
Noviembre	$ 1.508.102.700	$ 1.886.198.500	$ 2,171,711,600
Diciembre	$ 1.577.020.600	$ 1.916.164.400	$ 2,266,932,500
Total	$ 17.984.362.500	$ 21.589.719.500	$ 24,977,316,500

Prima de vacaciones: La inversión en el 2025 con respecto a la prima de vacaciones fue de $620.579.765 para un total de 229 colaboradores.

Auxilio salud para todos: El auxilio brindado en el 2025 fue de $74.962.150 para un total de 181 colaboradores.

Auxilio alimentación: El promedio de valor brindando es de $37.644.000 para un total de 636 colaboradores.

Beneficio cumpleaños (4 horas): A partir de octubre de 2025 a través del portal Novasoft se habilitó el registro y gestión del beneficio de 4 horas por cumpleaños. Durante el periodo evaluado, 40 colaboradores realizaron la solicitud y registro de este beneficio.

5.4 Implementación Del Portal Web Novasoft

Durante el año 2025 se realizó el despliegue del Portal Web de Empleados, una herramienta digital que permite a los colaboradores gestionar de manera autónoma sus ausentismos (vacaciones, licencias y permisos), descargar documentos laborales como comprobantes de pago, certificados laborales y certificados de ingresos y retenciones, así como visualizar información de préstamos y realizar la actualización de sus datos personales, contribuyendo a la optimización de los procesos y a la mejora en la experiencia del colaborador.

5.5 Dotación

En cumplimiento de la normatividad laboral vigente, conforme a lo establecido en el artículo 230 del Código Sustantivo del Trabajo, durante el año 2025 se realizó la entrega de la dotación legal correspondiente a cada período, dirigida a los colaboradores que devengan hasta dos (2) salarios mínimos legales vigentes (SMLV), con una inversión total de $332.563.788.

Adicionalmente, a partir del mes de julio de 2025, y de acuerdo con lo establecido en la Ley 2466 de 2025, se garantizó el derecho a la dotación legal para los aprendices, dando cumplimiento a la nueva disposición normativa.

Valor dotación por periodo				
Mes	Uniformes	Bonos	Botas	Total
Abril	$ 101,948,124	543	$ 599,998	$ 102,548,665
Agosto	$ 120,845,235	583	$ 839,997	$ 121,685,815
Diciembre	$ 107,488,731	580	$ 839,997	$ 108,329,308
Total anual				$ 332,563,788

Cantidad de colaboradores			
Mes	Uniformes	Bonos	Botas
Abril	548	543	5
Agosto	592	583	7
Diciembre	604	580	7

5.6 Indicadores

Promociones Internas: En el 2025 tuvimos 12 promociones internas de cargo.

En Clínica Vida priorizamos el talento interno como primera fuente para cubrir vacantes, fortaleciendo la sostenibilidad, el reconocimiento al mérito y la continuidad del conocimiento institucional. Las promociones se fundamentan en criterios objetivos y alineados con nuestra cultura organizacional:

- **Desempeño sobresaliente y sostenido, evidenciado en resultados, cumplimiento de metas y coherencia con los valores institucionales.**
- **Nivel de desarrollo y preparación para el rol, validando competencias técnicas y comportamentales requeridas, trayectoria y contribución.**

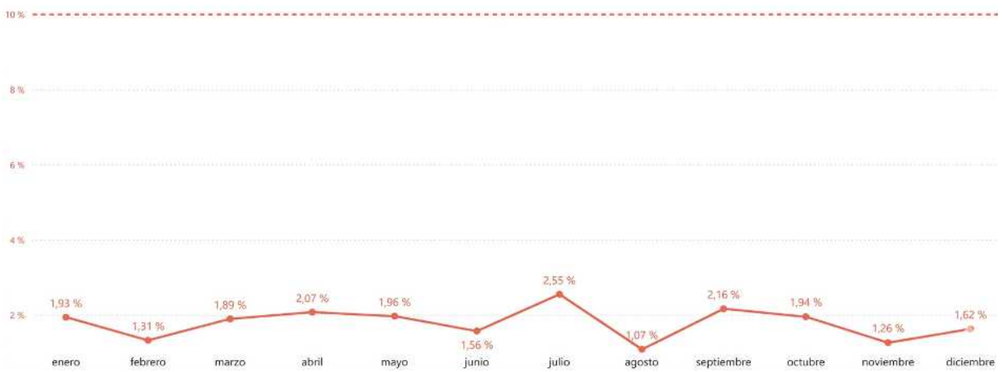
Este enfoque garantiza decisiones basadas en mérito, transparencia y alineación con las necesidades de la organización.

Nombre	Cargo anterior	Cargo nuevo	Área nueva
Angy Katherine Correal Rodríguez	Auxiliar en enfermería	Auxiliar sistemas información	Sistemas de información
Lady Diana Calderón Montoya	Profesional en enfermería	Coordinación cirugía	Cirugía
José Ricaurte García Echavarría	Auxiliar en enfermería	Profesional en enfermería	Hospitalaria
Juliana Andrea Muñoz Osorio	Auxiliar de cartera	Auxiliar de admisiones y facturación	Admisiones y facturación
María Alejandra Mona Cadavid	Coordinación uci - uce	Coordinación clínica de heridas	Clínica de heridas
Julián Arbey Guevara Sepúlveda	Padrino	Trabajador social	Hospitalaria
Gabriel Alexander Ocampo Gutiérrez	Auxiliar sst	Analista sst	Gestión humana
Andrea Carolina Rodríguez Prada	Profesional en enfermería	Coordinación de dolor y cuidados paliativos	Dolor y cuidado paliativos sede 80
Sulma Idaly Torres Martínez	Auxiliar de admisiones y facturación	Facturador	Facturación
Paula Andrea Restrepo Lopera	Auditor en tecnologías en salud	Químico farmacéutico parametrización y proa	Servicio farmacéutico sede 80
Marien Celene Arango	Auxiliar en enfermería	Profesional en enfermería	Hospitalaria
Geraldine León Bermúdez	Auxiliar de admisiones y facturación	Madrina	Atención al usuario

5.5.2 Indicador de rotación del personal en el 2025

- **Promedio Colaboradores: 1018**
- **Retiros: 217**
- **21.32% Anual**
- **Promedio: 1.77% mes**

Cargo de más rotación: Auxiliares de enfermería – Profesional de Enfermería, los motivos mejores condiciones laborales a nivel salarial y los Medicos generales por formación de residencias.

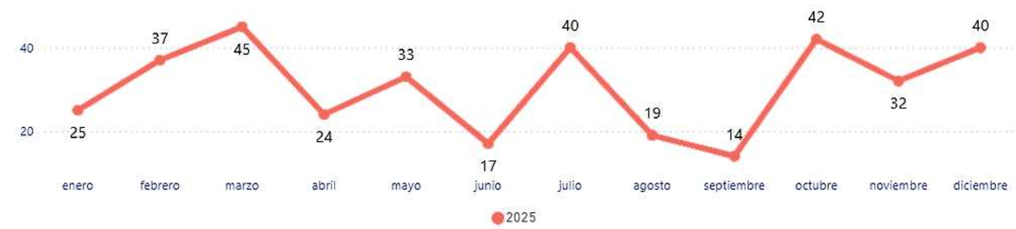


5.5.3 Motivos de Retiro

En el mes de septiembre se implementó una nueva encuesta de retiro, donde evaluamos la percepción de los colaboradores de 72 colaboradores retirados, dieron respuesta 62, dando en total un 86,1%.

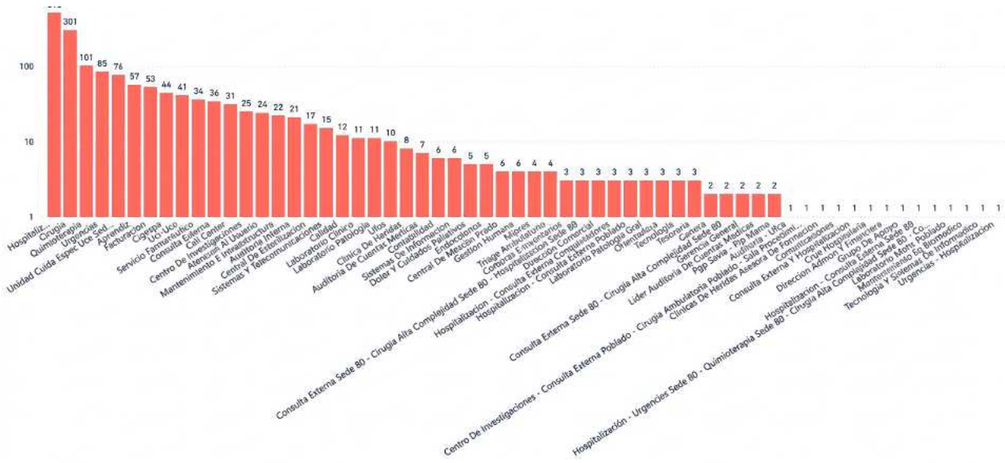
La dimensión **Percepción** muestra una valoración mayoritariamente positiva en todas las categorías, especialmente en **Liderazgo y gestión y Desarrollo profesional,** donde predomina la satisfacción. **Cultura y valores y Condiciones laborales** también presentan resultados favorables, aunque con algunos niveles de neutralidad que sugieren oportunidades de fortalecimiento. En **Clima laboral** y relaciones se evidencian algunos focos de insatisfacción que invitan a revisar dinámicas de equipo. En **condiciones laborales y compensación** hay oportunidades para fortalecer la percepción de equidad, competitividad y claridad en los beneficios ofrecidos.

5.5.4 Grafica de los Ingresos del 2025

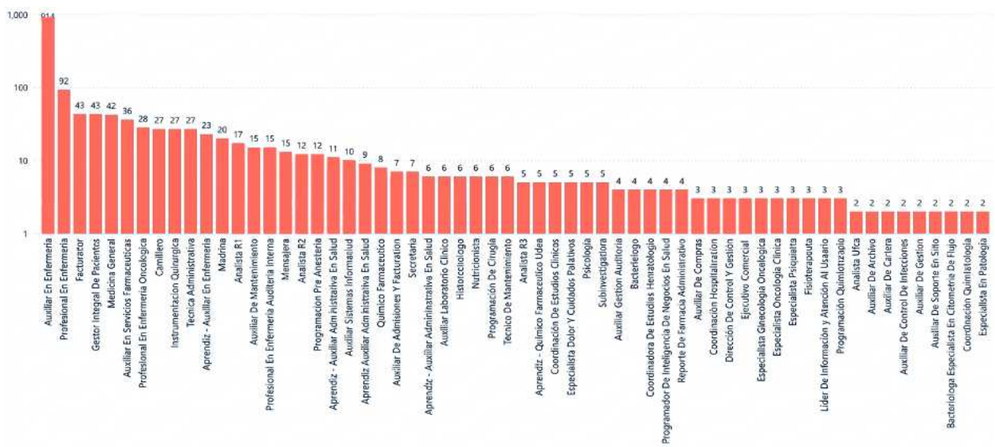


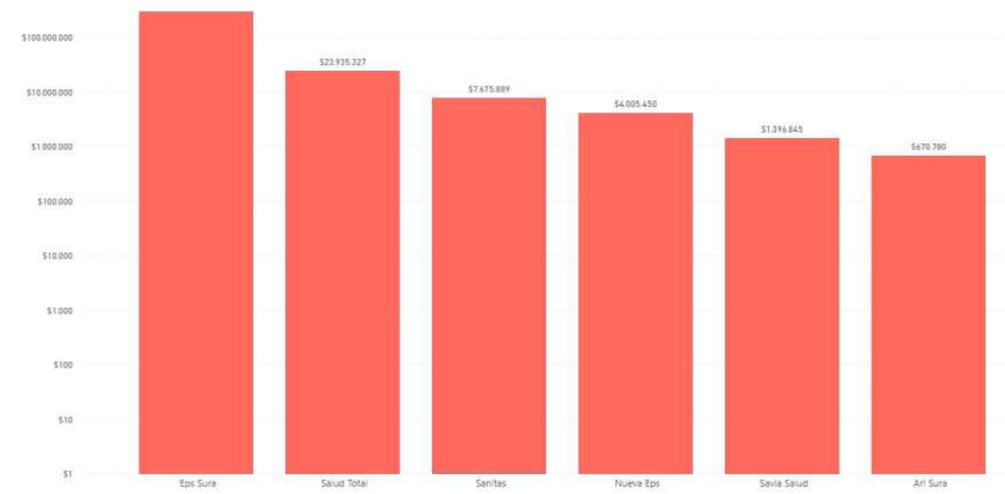
5.5.5 Grafica incapacidades por mes del 2025

5.5.6 Grafica incapacidades por área del 2025



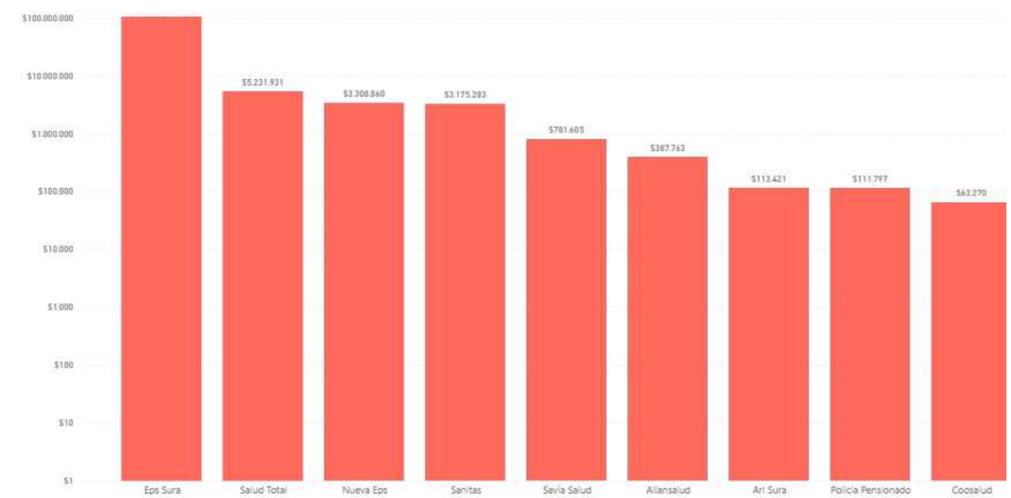
5.5.7 Grafica incapacidades por cargo del 2025





5.5.9 Grafica incapacidades reconocidas por Clínica vida:

Durante el año 2025, la Clínica Vida asumió un total de 987 incapacidades, por un valor de $115.159.252 y un total de 1.724 días no laborados.



5.6 Gestión del desempeño

Durante el año 2025, el área de Talento Humano acompañó la gestión del desempeño de los colaboradores, tomando como cohorte de referencia el 31 de diciembre de 2024. Este proceso estuvo orientado al seguimiento, evaluación y fortalecimiento del rendimiento laboral, en coherencia con los objetivos institucionales, permitiendo identificar oportunidades de mejora, promover el desarrollo de competencias y fortalecer la retroalimentación continua, en favor del crecimiento profesional y el cumplimiento de los resultados organizacionales.

Evaluaciones de desempeño	
Total colaboradores en el periodo	986
Total colaboradores evaluados	472
Total áreas	70
Total áreas evaluadas	39
Total de áreas no evaluadas	31

El área de Talento Humano ha consolidado un modelo de gestión orientado a la evolución constante de nuestros colaboradores. Más allá de una evaluación convencional, este ciclo de acompañamiento se fundamenta en la retroalimentación continua y el fortalecimiento de competencias clave. Al alinear el desarrollo profesional con el propósito institucional, convertimos el seguimiento del desempeño en el motor que impulsa el crecimiento de nuestro equipo y el éxito de nuestra visión organizacional.

5.6 Cuota aprendices SENA

A lo largo del año 2025, la Clínica contó con la participación de 44 aprendices distribuidos en las diferentes áreas de la institución, quienes apoyaron los procesos operativos y administrativos, contribuyendo al desarrollo de sus competencias y al fortalecimiento del talento humano en formación.

Áreas	Numero de colaboradores
Atención al usuario	2
Calidad	1
Call center	1
Centro de investigaciones	2
Cigespa	1
Cirugía	1
Comunicaciones	3
Facturación	3
Gestión humana	2
Hospitalización	6
Laboratorio clínico	5
Laboratorio de patología	2
Mantenimiento de equipo biomédico	6
Servicio farmacéutico	5
Sistemas y telecomunicaciones	2
UCI - UCE	1
Urgencias Sede 80	1
Total general	44

La Fundación Colombiana de Canceroplogía Clínica VIda se consolida como un espacio de crecimiento y aprendizaje a través de su alianza con el SENA, integrando a jóvenes talentos en las diversas áreas operativas y administrativas. Esta sinergia no solo fortalece nuestros procesos internos, sino que permite a los nuevos profesionales desarrollar competencias clave en un entorno real. Al abrir nuestras puertas al talento en formación, reafirmamos nuestro compromiso con la educación y el relevo generacional, impulsando el desarrollo humano como pilar de nuestra excelencia asistencial.

Gestión del Conocimiento

Gestión del Conocimiento

El área de Gestión del Conocimiento orienta su trabajo a articular y fortalecer las acciones que permiten generar, compartir y aplicar el conocimiento dentro de la organización, como un elemento fundamental para la calidad de la atención, la formación del talento humano y el desarrollo institucional. Durante el año 2025, el área afianzó su papel integrador mediante la gestión de la docencia-servicio, el fortalecimiento del área de formación y el trabajo articulado con los líderes de los procesos asistenciales y administrativos, propiciando espacios de aprendizaje continuo, investigación aplicada y mejora permanente de la práctica clínica.

En el componente de docencia-servicio se consolidaron las relaciones con universidades e instituciones académicas, garantizando experiencias formativas acordes con las necesidades del servicio y con los lineamientos éticos y académicos. De manera complementaria, el área de formación impulsó planes de capacitación enfocados en el cierre de brechas de conocimiento y en el fortalecimiento de competencias transversales y específicas. Así mismo, se avanzó en la identificación y análisis de patologías estratégicas, como paso inicial para el desarrollo y posicionamiento de los centros de excelencia.

Universidad	Programa	Rotación
Universidad CES	Fellow Mastología	Cirugía de Mama
		Oncología Clínica
		Cirugía Plástica
	Dermatología	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
		Cirugía dermatológica I
		Cirugía dermatológica II
		Cirugía dermatológica III
		Dermatología general
Universidad CES	Cirugía Plástica y reconstructiva	Dermatología general
		Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética I
		Cirugía Plástica
		Mastología I
		Mastología II
	Medicina interna	Electiva: Oncología Clínica
	Cirugía General	Electiva: Cirugía Oncológica
	Oftalmología	Oculoplástica y Tumores
Universidad Pontificia Bolivariana	Dolor y cuidados paliativos	Dolor y Cuidados Paliativos – II y III
	Enfermería	Maestría en oncología
Pontificia Universidad Javeriana	Mastología	Cirugía de mama IV
Universidad Cooperativa de Colombia	Medicina Interna	Oncología
Corporación Universitaria Adventista	Enfermería	Gestión
EAFIT	Convenio activo	NA
Universidad EIA	Convenio activo	NA
CESDE	Auxiliares de enfermería	Cuidados del adulto: Oncología

Universidad de Antioquia	Medicina Física y Rehabilitación Ginecobstetricia	Oncología quirúrgica I / ginecooncologia
		Oncología. quirúrgica II / ginecooncologia
		Cirugía ginecológica
	Fellow Cirugía Oncológica	Cirugía de seno y tejidos blandos
		Electiva: Cirugía gastrointestinal oncológica y hepatología
	Cirugía General	Electiva: Cirugía oncológica
	Instrumentación QX	Central de esterilización-Práctica V
		Cirugía-Practica profesional
	Anestesiología	Electiva: Anestesia para cirugía abdominal
	Oftalmología	Electiva: Cirugía Oncológica
	Oftalmología	Oculoplástica y Tumores

Durante el año, la contraprestación recibida por parte de las universidades con las cuales se mantienen convenios de docencia-servicio ascendió a 65 millones de pesos, recursos que fueron destinados a la financiación de cursos de Buenas Prácticas Clínicas, lo que permitió al Centro de Investigación ahorrar este costo. Así mismo, se utilizaron para cursos de inglés para 10 colaboradores, descuentos en programas de posgrado para 8 colaboradores y el acceso sin costo a cursos de actualización, fortaleciendo las competencias del talento humano.

La distribución de estas contraprestaciones está ligada a la evaluación de desempeño de cada colaborador, buscando incentivar y reconocer de alguna manera a través de estos beneficios.

Personal en formación

Durante el 2025 se contó con la participación de 138 estudiantes de las diferentes instituciones de educación con las que se tiene convenio distribuidas de la siguiente manera:

Fellow Mastología	4
Dermatología	36
Cirugía Plástica y reconstructiva	12
Cirugía General	4
Oftalmología	2
Dolor y cuidados paliativos	12
Enfermería	24
Medicina Física y Rehabilitación (Fisiatra)	4
Ginecobstetricia	8
Fellow Cirugía Oncológica	4
Instrumentación Quirúrgica	16
Anestesiología	12

Pasantía internacional

Así mismo, se desarrollaron dos rotaciones observacionales en cirugía durante ocho meses, con una contribución mensual de USD 500, recursos que ingresaron a la fundación y se continuo fortaleciendo los vínculos académicos con Centroamérica, posicionando a Clínica Vida como un referente académico en el ámbito de la cirugía oncológica.

Formación

Durante el año se llevaron a cabo 25 actividades académicas internas, con una asistencia promedio de 30 personas por actividad, lo que evidencia una participación constante y el interés del personal en los espacios de formación. Frente al año anterior, en el que se desarrollaron 11 actividades, se observa una variación positiva del 127 %, reflejando un crecimiento significativo en la oferta académica. Así mismo, se dio cumplimiento al plan de formación definido, el cual fue superado, debido a la inclusión de actividades adicionales en modalidad presencial y virtual, incorporadas de acuerdo con las necesidades identificadas durante el periodo.

Durante el año, la plataforma institucional de formación EDUVIDA se consolidó como una herramienta fundamental para la gestión del conocimiento y el fortalecimiento de las competencias del talento humano. A través de esta plataforma se organizaron y dispusieron múltiples módulos y cursos, los cuales permiten la socialización estructurada de contenidos, el acceso permanente a materiales formativos y el seguimiento a los procesos de aprendizaje. EDUVIDA ha facilitado la integración de actividades virtuales, contribuyendo a la estandarización de la información, a la optimización de los tiempos de capacitación y a una mayor cobertura del plan de formación institucional, convirtiéndose en un apoyo clave para la formación continua y la mejora del desempeño del personal.

En el 2025, 80 colaboradores fueron formados en habilidades de liderazgo, equivalente a 1.600 horas de formación y además de están realizando mentorias de liderazgo para el comité de gerencia y líderes de acuerdo a planes individuales de desarrollo.

22 colaboradores participaron en el curso de manejo de clientes difíciles, equivalente a 440 horas de formación, fortaleciendo las competencias blandas y la capacidad de respuesta frente a situaciones del entorno laboral.

Comunicaciones

Comunicaciones

El área de Comunicaciones de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida gestiona de manera estratégica la comunicación institucional para fortalecer la cultura organizacional, el posicionamiento de la clínica y la humanización en la atención. A través de la comunicación interna y externa, promueve la circulación oportuna de la información, el relacionamiento con los grupos de interés y la visibilización del trabajo asistencial y social de la institución.

Asimismo, acompaña y comunica iniciativas misionales como el programa biopsicosocial, orientado al bienestar integral de los pacientes y sus familias, y las brigadas de tamizaje y diagnóstico temprano, que buscan acercar los servicios de prevención y detección oportuna del cáncer a diferentes territorios.

De igual manera, el área lidera la gestión de eventos institucionales y acompaña las estrategias de bienestar dirigidas a los colaboradores, contribuyendo al fortalecimiento del sentido de pertenencia y a la consolidación de una cultura organizacional basada en el cuidado, el respeto y la humanización. De esta forma, el área aporta al cumplimiento de los objetivos estratégicos y al fortalecimiento de una atención oncológica con calidad científica y sentido humano.

Posicionamiento institucional y gestión con medios

Desde el área de Comunicaciones, durante el 2025 se planearon y ejecutaron diferentes actividades orientadas al posicionamiento institucional y al fortalecimiento de la cultura organizacional. Estas acciones buscaron generar un impacto positivo en los diferentes grupos de interés de la organización, promoviendo el reconocimiento de la institución y su compromiso con la atención integral del paciente oncológico.

En este contexto, la difusión de información sobre salud a través de medios de comunicación se consolidó como una estrategia clave para educar a la comunidad y fortalecer la confianza en los servicios médicos. A través de la gestión de free press, se logró la participación de especialistas de la institución en el **programa Te Hacemos la Tarde, una alianza entre Teleantioquia y La Estrella Estéreo,** llevando mensajes de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer a un público más amplio.

Esta presencia en medios permitió visibilizar el compromiso de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida con el bienestar de los pacientes, posicionando a la institución como un referente en atención oncológica. Además, estas apariciones representaron un ahorro significativo en costos publicitarios, **estimado en $52.812.000,** valor calculado con base en el manual tarifario 2025 de Teleantioquia para programas especiales de 24 minutos, lo que evidencia el valor estratégico de estos espacios obtenidos sin inversión en pauta.

Participaciones realizadas en 2025:

Especialista	Fecha
Carlos Mario Córdoba	25 de Marzo
Felipe Solórzano	31 de Marzo
Susana Mesa	9 de Abril
Jorge Marín	22 de Abril
Juanita Vargas	30 de Mayo
Sergio Arroyave	22 de Julio
Juan Felipe Nieto	25 de Julio
Juan Felipe Nieto	25 de Agosto
Fredy Quintero	2 de Septiembre
Fernando Herazo	21 de Octubre
Ana Paulina Brome	27 de Octubre
Carlos García	19 de Noviembre

Durante el año **2025,** como parte de la estrategia de comunicaciones orientada al **posicionamiento institucional,** se gestionaron **ocho publicaciones en el periódico El Colombiano,** uno de los medios de mayor alcance en la región.

Estas publicaciones se desarrollaron en el marco del **lanzamiento de la estrategia dirigida a pacientes de Póliza, Prepagada y Particulares (PPP) de la sede Intermédica El Poblado,** con el propósito de dar a conocer a la comunidad la oferta de servicios especializados y facilitar el acceso de estos usuarios a la atención oncológica.

De igual manera, esta estrategia permitió **fortalecer el posicionamiento de las demás sedes de la institución,** generando mayor visibilidad de los servicios y consolidando la presencia institucional en el entorno regional.

Las publicaciones incluyeron diferentes formatos publicitarios y digitales que permitieron alcanzar una **alta visibilidad y un amplio número de impactos,** contribuyendo al reconocimiento de la institución y a la difusión de sus servicios.

Resultados de la pauta en medios:

Proyectamos nuestra identidad institucional y servicios especializados a través de medios de alto impacto, consolidando nuestra red hospitalaria como un referente de excelencia y atención integral en la región.

COLOMBIA

Caso de la Ungrd: Peralta celebraba llegada de los carrotanques a La Guajira

Papa Francisco será dado de alta

Formatos	Medio	Cantidad	Impactos
Páginas completa impar	El Colombiano	3	1.101.000
1/2 página impar	El Colombiano	3	1.835.000
Campaña de impresiones tradicionales CPM	EC.COM	300.000	300.000

En total, la estrategia permitió alcanzar más de 3,2 millones de impactos, fortaleciendo la visibilidad institucional y el posicionamiento de los servicios de la clínica en el público objetivo.

Estrategia de comunicación interna

Durante el año **2025,** el área de Comunicaciones desempeñó un papel fundamental en el **fortalecimiento de la comunicación interna y en la articulación entre las diferentes áreas de la institución,** facilitando la circulación oportuna de la información y apoyando los procesos institucionales a través de diferentes productos comunicacionales.

En este contexto, se gestionaron **más de 478 solicitudes de apoyo en diseño y divulgación de información,** provenientes de distintas áreas de la clínica. Estas solicitudes incluyeron la elaboración de **videos, piezas gráficas, boletines informativos y otros contenidos comunicacionales,** orientados a fortalecer la difusión de información clave para colaboradores, pacientes y grupos de interés.

Este volumen de solicitudes evidencia la **naturaleza transversal del área de Comunicaciones,** la cual actúa como un aliado estratégico para los diferentes procesos institucionales, apoyando la visibilización de iniciativas, campañas, programas y actividades que contribuyen al cumplimiento de los objetivos organizacionales.

De esta manera, la comunicación interna se consolida como una **herramienta clave para fortalecer la cultura organizacional, promover la alineación entre las áreas y garantizar una comunicación clara, oportuna y coherente dentro de la institución.**

Relaciones públicas y alianzas estratégicas

Durante el año 2025, el área de Comunicaciones fortaleció la gestión de relaciones públicas y alianzas estratégicas, entendidas como un componente clave para ampliar el impacto social de la institución y fortalecer las experiencias de acompañamiento dirigidas a pacientes, familiares y colaboradores.

A través de estas alianzas, fue posible generar espacios de bienestar, cercanía y apoyo emocional, contribuyendo a humanizar la experiencia de atención y a fortalecer los vínculos entre la institución y diferentes actores de la comunidad.

En este marco, se destacan las siguientes iniciativas:

Alianza con Deportivo Independiente Medellín

Permitió la visita de todo el plantel profesional a la institución, generando un momento especial de cercanía y motivación para los pacientes. Durante esta actividad se compartió con 50 pacientes, y se realizó la entrega de 30 camisetas oficiales como gesto de reconocimiento y acompañamiento.

Alianza con Escuadrón 4 patas

organización que, a través de intervenciones asistidas con animales, contribuye al acompañamiento emocional de los pacientes, fortaleciendo espacios de bienestar y apoyo durante su proceso de atención.

Alianza con Deliflor

Mediante la cual se realizó la entrega de flores a los pacientes, un gesto simbólico que aporta calidez, esperanza y cercanía en el entorno hospitalario.

Alianza con Corazón de niño

Organización que apoya la realización de activaciones y actividades especiales en fechas conmemorativas, generando momentos significativos para pacientes y colaboradores.

Estas alianzas reflejan la importancia de las relaciones públicas como una herramienta estratégica para fortalecer la humanización en la atención, promover la participación de aliados externos y generar experiencias positivas que impactan de manera significativa el bienestar emocional de los pacientes y el clima institucional.

A través de este trabajo articulado, la institución continúa consolidando redes de apoyo que contribuyen a brindar una atención más integral, cercana y solidaria.

Acompañamiento y estrategia comunicacional en eventos institucionales

Durante el año **2025,** el área de Comunicaciones brindó acompañamiento estratégico en la planeación, coordinación y difusión de los diferentes eventos institucionales, trabajando de manera articulada con las áreas responsables para garantizar una adecuada organización, visibilidad y participación.

Este acompañamiento incluyó el diseño de piezas gráficas, elaboración de contenidos informativos, divulgación a través de los diferentes canales institucionales, apoyo logístico y cobertura comunicacional, con el fin de fortalecer la convocatoria y resaltar la importancia de cada actividad dentro de la vida institucional.

Los eventos desarrollados durante el año estuvieron orientados a fortalecer la cultura organizacional, promover espacios de bienestar para colaboradores y pacientes, y visibilizar programas y proyectos estratégicos de la institución.

El rol del área de Comunicaciones en estos procesos permitió articular esfuerzos entre diferentes dependencias, garantizando una comunicación clara y coherente que contribuyó al éxito de las actividades y al fortalecimiento del sentido de pertenencia entre los colaboradores.

Posicionamiento y cuidado integral de la marca institucional

Durante el año **2025,** el área de Comunicaciones continuó liderando las acciones orientadas al **cuidado, posicionamiento y correcta aplicación de la identidad corporativa** en los diferentes espacios y procesos de la institución.

En este sentido, el área es responsable de **diseñar, producir y coordinar la instalación de toda la señalización institucional,** garantizando que los elementos visuales y de orientación dentro de la clínica respondan a criterios de **claridad, accesibilidad, coherencia gráfica e identidad de marca.** Este trabajo contribuye no solo a fortalecer la imagen institucional, sino también a mejorar la **experiencia de pacientes, acompañantes y colaboradores dentro de los diferentes espacios de atención.**

Como parte de este proceso, durante el año **2025** se desarrolló y materializó la propuesta gráfica de señalización para la sede Torre Intermédica El Poblado, proyecto que permitió consolidar una línea visual coherente con la identidad institucional y facilitar la orientación de los usuarios dentro de la sede.

Adicionalmente, esta propuesta incorporó elementos alineados con la **estrategia de posicionamiento para pacientes de Póliza, Prepagada y Particulares (PPP),** generando un valor diferencial en la experiencia de los usuarios y fortaleciendo la visibilidad de los servicios ofrecidos en esta sede.

Acompañamiento a la estrategia de cultura organizacional y bienestar de los colaboradores

Durante el año 2025, el área de Comunicaciones acompañó de manera permanente las iniciativas orientadas al fortalecimiento de la cultura organizacional y el bienestar de los colaboradores, apoyando la planeación, difusión y visibilización de las diferentes actividades promovidas por las áreas responsables.

A través de la elaboración de piezas gráficas, contenidos informativos, campañas internas, cobertura de actividades y divulgación en los canales institucionales, el área facilitó la participación de los colaboradores y contribuyó a fortalecer el sentido de pertenencia hacia la institución.

Estrategia de comunicación digital

Durante el año 2025, la estrategia digital desarrollada por Clínica Vida Fundación en plataformas como Instagram, Facebook, TikTok y LinkedIn permitió fortalecer significativamente la visibilidad institucional, ampliar el alcance de los mensajes de educación en salud y consolidar una comunidad digital interesada en el contenido informativo y preventivo que promueve la organización.

Uno de los aspectos más relevantes de los resultados obtenidos es que la totalidad del crecimiento en las diferentes plataformas se ha logrado de manera orgánica, sin inversión en campañas publicitarias pagas. Esto significa que el alcance, las visualizaciones, las interacciones y el aumento de seguidores han sido resultado directo del interés genuino de la audiencia por el contenido compartido, así como de la capacidad de los mensajes institucionales para conectar con las necesidades informativas de la comunidad.

Los indicadores de visualización, interacción y crecimiento de seguidores evidencian que las redes sociales institucionales se han consolidado como un canal efectivo de comunicación, educación y posicionamiento, permitiendo que los contenidos sobre prevención, diagnóstico temprano, acompañamiento al paciente y actividades institucionales lleguen a miles de personas dentro y fuera de la comunidad directa de la clínica.

Las plataformas utilizadas para la estrategia digital fueron:

A través de estas plataformas se compartieron contenidos educativos, institucionales, testimoniales y de impacto social relacionados con la atención oncológica, la prevención y el acompañamiento integral a pacientes.

Crecimiento orgánico de la comunidad digital

Un aspecto importante a resaltar es que el crecimiento de las comunidades digitales durante el año 2025 se logró de manera completamente orgánica.

Esto significa que:

- No se realizaron campañas pagas de publicidad.
- No se invirtieron recursos en promoción de publicaciones.
- Los seguidores obtenidos corresponden a personas que decidieron seguir las cuentas institucionales voluntariamente, motivadas por el valor del contenido compartido.

Las plataformas utilizadas para la estrategia digital fueron:

- Interés genuino del público
- Confianza en la información compartida
- Alcance natural del contenido institucional

Al finalizar el año 2025, Clínica Vida Fundación consolidó una comunidad digital activa en sus principales plataformas de redes sociales. La suma de seguidores refleja el interés de la audiencia por el contenido institucional relacionado con educación en salud, prevención y actividades desarrolladas por la organización.

Total comunidad digital

En conjunto, las redes sociales institucionales alcanzaron aproximadamente:

29.587 Seguidores

Este crecimiento refleja el fortalecimiento de la presencia digital de Clínica Vida, así como el interés de la comunidad por los contenidos educativos y las acciones institucionales compartidas durante el año.

Seguidores por plataforma al cierre de 2025

Instagram
13.738

Facebok
13.400
Aproximadamente (según la página institucional)

TikTok
1.300

LinkedIn
1.149

Resultados de Gestión Digital 2025

Instagram

@clinicavidafundacion

Durante el año 2025, la cuenta institucional de Clínica Vida Fundación en Instagram mantuvo una estrategia de publicación constante orientada a la educación en salud, visibilización del talento humano, promoción de actividades institucionales y acompañamiento a pacientes y comunidad.

Producción de contenido

Durante el periodo comprendido entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2025, se publicaron:

497	258
Publicaciones	Historias

Esto representa un incremento del **26% en producción de contenido en comparación con el año 2024,** evidenciando un fortalecimiento de la estrategia de comunicación digital institucional.

Instagram mostró un crecimiento significativo en alcance, interacción y producción de contenido.

El aumento del 284,9% en alcance y el 100% de crecimiento en interacciones evidencian el impacto positivo de la estrategia digital implementada.

Además, el hecho de que estos resultados se hayan obtenido principalmente de manera orgánica, **sin campañas pagas, confirma el valor del contenido generado y el interés real de la comunidad digital por seguir y participar en los contenidos publicados por la institución.**

Facebook

Página institucional: Clínica Vida Fundación

Durante el año 2025, la página institucional en Facebook continuó siendo un canal clave para la difusión de información institucional, contenidos educativos en salud, actividades académicas y acciones de acompañamiento a pacientes y comunidad.

La estrategia se centró en la publicación constante de contenidos informativos, educativos y de valor social, lo que permitió ampliar el alcance de la institución en la plataforma.

Facebook mostró un crecimiento significativo en visualizaciones, reproducciones de video e interacciones.

El incremento del 479% en reproducciones de video, el aumento del 58,6% en interacciones y el crecimiento del 329% en tiempo de visualización reflejan un fortalecimiento de la estrategia digital y un mayor interés de la audiencia por los contenidos publicados.

Además, la llegada del contenido a usuarios que aún no seguían la página demuestra la capacidad de la estrategia digital para ampliar el alcance institucional y posicionar la presencia digital de la organización.

TikTok

@clinicavidafundacion

Durante el año 2025, la presencia institucional en TikTok se consolidó como un canal estratégico para acercar información de salud a audiencias digitales, especialmente a públicos jóvenes y usuarios que consumen contenido audiovisual de formato corto.

A través de esta plataforma se compartieron contenidos relacionados con:

Educación en salud	**Prevenión del cáncer**
Actividades institucionales	**Testimonios y acompañamientos a pacientes**
Reconocimiento del talento humano	**Contenidos de bienestar y apoyo psicosocial**

El formato dinámico de TikTok permitió ampliar la visibilidad institucional y conectar con nuevas audiencias digitales.

TikTok permitió ampliar la visibilidad de la institución y conectar con nuevas audiencias a través de formatos audiovisuales dinámicos.

+263.000 Visualizaciones sumado al alto porcentaje de tráfico proveniente de la sección “Para ti”, demuestra que el contenido logró posicionarse dentro del algoritmo de la plataforma.

Además, el crecimiento de la cuenta y el nivel de interacción registrado evidencian el interés de la comunidad digital por los contenidos educativos e institucionales compartidos.

LinkedIn

@clinicavidafundacion

Durante el año 2025, la presencia institucional en TikTok se consolidó como un canal estratégico para acercar información de salud a audiencias digitales, especialmente a públicos jóvenes y usuarios que consumen contenido audiovisual de formato corto.

Durante el año 2025, la presencia institucional en LinkedIn se orientó al fortalecimiento de la visibilidad de la organización en el ámbito profesional y corporativo. Esta plataforma permitió compartir contenidos relacionados con el trabajo institucional, actividades académicas, reconocimiento del talento humano y acciones desarrolladas en el campo de la atención oncológica.

LinkedIn se consolida como un canal estratégico para conectar con profesionales de la salud, aliados institucionales, organizaciones del sector y comunidad académica.

La plataforma continúa posicionándose como un canal clave para fortalecer la visibilidad institucional y generar conexiones con actores del sector salud y organizaciones afines.

Conclusión de Cierre 2025

Al finalizar el año 2025, la estrategia digital de Clínica Vida Fundación en Instagram, Facebook, TikTok y LinkedIn se consolidó como una herramienta clave para fortalecer la reputación institucional, informar a la comunidad y ampliar el alcance de los mensajes de educación en salud.

Las redes sociales permitieron acercar información confiable a miles de personas, visibilizar el trabajo de la institución y mantener un vínculo cercano con pacientes, familias y comunidad. Más allá de los indicadores digitales, estos espacios se han convertido en canales para orientar, acompañar y generar esperanza de vida, reafirmando el compromiso de la institución con la salud, la información y el bienestar de la comunidad.

Producción audiovisual institucional

Como parte de la estrategia comunicacional, durante el año 2025 el área de Comunicaciones desarrolló diferentes piezas audiovisuales orientadas a la divulgación institucional, la educación en salud y la visibilización de iniciativas de humanización.

Estos contenidos incluyeron la producción de videos informativos, piezas educativas, registros audiovisuales de eventos institucionales y contenidos para plataformas digitales, los cuales contribuyeron a fortalecer la comunicación con los diferentes grupos de interés de la institución.

Apoyo comunicacional a programas y estrategias institucionales

Durante el año 2025, el área de Comunicaciones brindó acompañamiento a diferentes programas y estrategias institucionales, apoyando la divulgación de iniciativas orientadas a la atención integral de los pacientes y al fortalecimiento de la misión institucional.

Este acompañamiento incluyó el desarrollo de contenidos informativos, piezas gráficas, campañas comunicacionales y cobertura de actividades, con el objetivo de facilitar la difusión de información relevante para pacientes, colaboradores y comunidad en general.

Biopsicosocial

El Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial tiene como propósito fortalecer el bienestar integral de los pacientes oncológicos, sus familias, cuidadores y colaboradores, mediante estrategias que complementan la atención médica desde las dimensiones emocional, social, educativa y espiritual.

En una institución dedicada al tratamiento del cáncer, este programa representa un pilar fundamental de la humanización en los servicios de salud, ya que reconoce que el proceso de enfermedad no solo impacta la condición física del paciente, sino también su estado emocional, su entorno familiar y su calidad de vida. Por ello, el programa desarrolla espacios de acompañamiento, educación y bienestar que contribuyen a brindar un entorno más cálido, comprensivo y resiliente durante las diferentes etapas del tratamiento.

A través de actividades terapéuticas, grupos de apoyo, espacios de aprendizaje, actividades culturales y alianzas con organizaciones externas, el programa promueve el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, el acompañamiento emocional y la construcción de redes de apoyo entre pacientes y cuidadores.

Durante el 2025, el Programa Biopsicosocial desarrolló diversas estrategias que permitieron impactar de manera positiva a pacientes, familiares, cuidadores y colaboradores de la institución, consolidándose como un espacio clave para el bienestar y la humanización de la atención en la clínica.

Desde el Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial se desarrollaron diversas actividades orientadas a fortalecer el bienestar integral de pacientes, familias, cuidadores y colaboradores de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida.

Durante el 2025, estas estrategias permitieron registrar una asistencia total de 2.648 participaciones, correspondientes a 1.324 personas impactadas a través de espacios de acompañamiento, educación y bienestar que contribuyen a una atención más humana e integral.

Actividades de bienestar

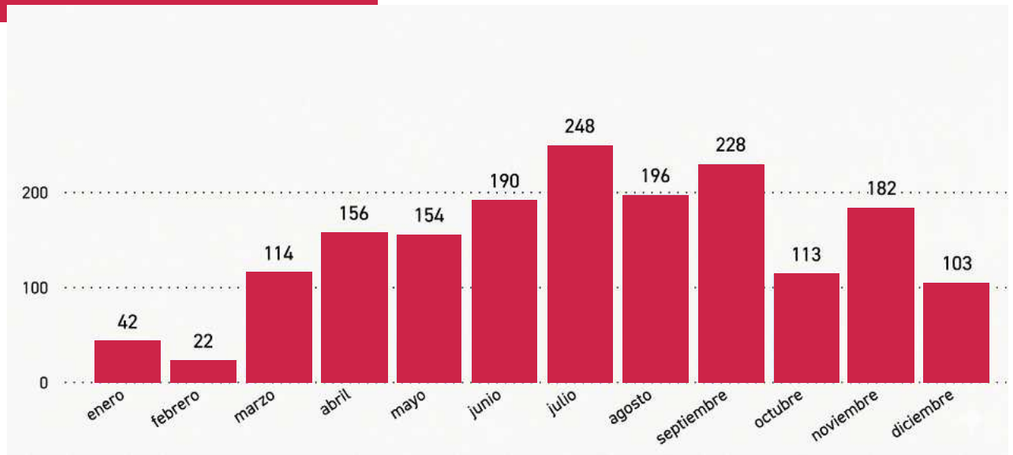
Las actividades de bienestar hacen parte de las estrategias del Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial orientadas a fortalecer el bienestar emocional, mental y social de los pacientes, sus familias y cuidadores durante el proceso de atención oncológica.

Estos espacios están diseñados para promover momentos de relajación, expresión creativa, aprendizaje y conexión con otros pacientes que atraviesan situaciones similares, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida, reducir los niveles de estrés asociados al tratamiento y fortalecer las habilidades de afrontamiento frente a la enfermedad.

A través de actividades como ejercicios de relajación, mindfulness, talleres artísticos y manualidades, se busca generar entornos de apoyo y acompañamiento que favorezcan una experiencia de atención más humana, integral y centrada en la persona.

Actividad	Día de realización	Número de encuentros
Relajación guiada	Lunes	70
Pintura	Miércoles	31
Mindfulness	Miércoles y viernes	55
Macramé	Lunes	22
Bisutería	Jueves	6
Artículos decorativos	Martes	6
Amigurumi / artículos decorativos	Dos miércoles al mes	11

Estadísticas de la asistencia a las actividades en cada mes del 2025: 1748 personas



Grupos de apoyo y grupos educativos

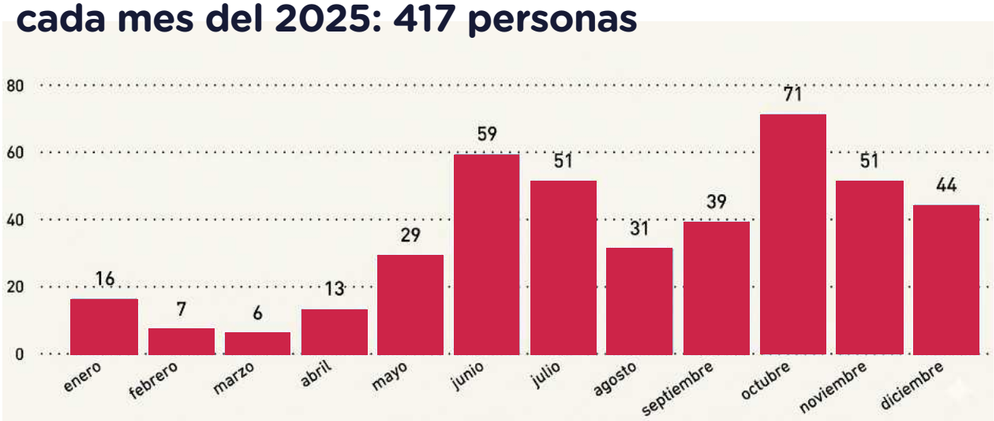
Como parte del Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial, se desarrollan grupos de apoyo y espacios educativos orientados a brindar acompañamiento emocional, social y formativo a pacientes oncológicos, sus cuidadores y familiares.

Los grupos de apoyo se constituyen como espacios seguros de encuentro en los que los participantes pueden compartir experiencias, expresar emociones y fortalecer sus habilidades de afrontamiento frente al proceso de enfermedad. Estos encuentros permiten generar redes de apoyo entre personas que atraviesan situaciones similares, favoreciendo el bienestar emocional y contribuyendo a disminuir la sensación de aislamiento que puede presentarse durante el tratamiento. Por su parte, los grupos educativos están diseñados para brindar información clara y orientación práctica desde diferentes áreas del conocimiento en salud, permitiendo a pacientes y cuidadores comprender mejor la enfermedad, el tratamiento y los cuidados necesarios durante el proceso oncológico. A través de talleres y charlas lideradas por profesionales de distintas especialidades, se promueve el empoderamiento de los usuarios, facilitando la toma de decisiones informadas y el fortalecimiento del autocuidado.

En conjunto, estos espacios contribuyen a una atención más integral, participativa y humanizada, fortaleciendo el acompañamiento que la institución brinda a sus usuarios más allá del tratamiento médico.

Grupo o actividad	Frecuencia	Número de encuentros
Grupo de apoyo para pacientes con cáncer de mama	Segundo martes de cada mes	12
Grupo de apoyo para cuidadores de pacientes en quimioterapia	Cada martes	36
Grupo de apoyo mixto virtual	Cada lunes	17
Grupo educativo (talleres y charlas desde distintas especialidades)	Periódico	12

Estadísticas de la asistencia a las actividades en cada mes del 2025: 417 personas



Actividades de tercera generación

Las actividades de tercera generación hacen parte de las estrategias terapéuticas complementarias del Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial, orientadas a fortalecer el bienestar integral de los pacientes oncológicos, sus cuidadores y familiares.

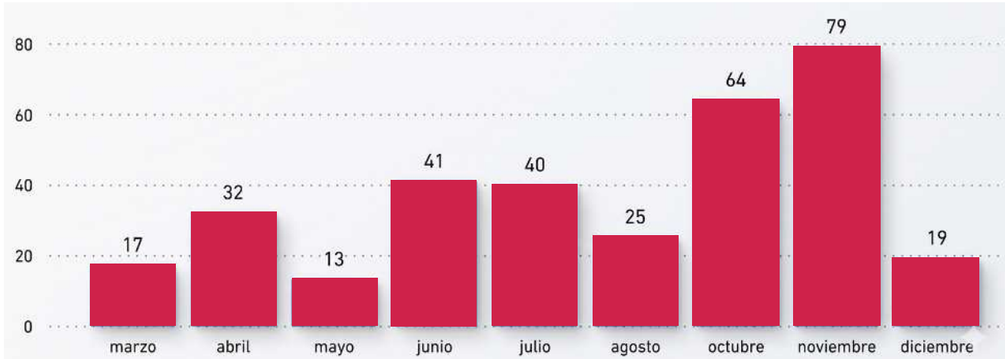
Estas actividades se fundamentan en enfoques contemporáneos de la psicología y el bienestar que promueven la conexión entre mente y cuerpo, el manejo consciente de las emociones y el fortalecimiento de habilidades para afrontar de manera más adaptativa los procesos asociados a la enfermedad y al tratamiento.

A través de espacios como yoga oncológica, arteterapia, biodanza y programas de acompañamiento al cuidador, se busca generar experiencias que favorezcan la relajación, la expresión emocional, la disminución del estrés y el fortalecimiento de la resiliencia. De esta manera, se contribuye a mejorar la calidad de vida de los participantes y a complementar la atención médica desde una perspectiva más humana e integral.

Estas estrategias permiten ampliar el alcance del acompañamiento biopsicosocial, promoviendo entornos de bienestar que impactan positivamente la experiencia de los pacientes y sus redes de apoyo durante el proceso de atención.

Actividad	Frecuencia	Número de encuentros
Yoga oncológica	Miércoles y viernes	63
Arteterapia	Jueves cada dos semanas	15
Biodanza	Jueves cada dos semanas	7
Cuidando al cuidador	Periódico	8

Estadísticas de la asistencia a las actividades en cada mes del 2025: 332 personas



Actividades culturales

Las actividades culturales hacen parte de las estrategias del Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial, orientadas a promover espacios de integración, recreación y expresión que contribuyan al bienestar emocional y social de los pacientes oncológicos, sus cuidadores y familiares.

Estos espacios buscan generar momentos de esparcimiento y encuentro que permitan a los participantes fortalecer vínculos, compartir experiencias y encontrar alternativas de bienestar durante el proceso de atención y tratamiento. A través de iniciativas como cineclubes, ferias de emprendimiento y encuentros de integración, se fomenta la participación activa de los usuarios, estimulando la creatividad, el intercambio de saberes y el reconocimiento de habilidades personales.

De esta manera, las actividades culturales complementan el acompañamiento clínico y terapéutico, aportando a la construcción de entornos más humanos, participativos y orientados al fortalecimiento de la calidad de vida de quienes hacen parte de la institución.

Actividad	Frecuencia / tipo de evento	Número de encuentros
Cineclub	Espacios culturales	3
Exposición Feria de Emprendimiento	Ferias realizadas durante el año	2
Encuentro de cierre de año	Evento institucional	1

Aliados estratégicos

El Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial se fortalece a través de la articulación con aliados estratégicos, organizaciones que comparten el propósito de aportar al bienestar integral de los pacientes oncológicos, sus familias y cuidadores.

Estas alianzas permiten ampliar el alcance de las estrategias de acompañamiento, integrando actividades terapéuticas, culturales, educativas y de bienestar que complementan la atención clínica. A través de la participación de fundaciones, colectivos artísticos, programas de apoyo social y organizaciones comprometidas con la humanización en salud, se generan espacios que promueven la recreación, la expresión emocional, la autoestima y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Gracias al trabajo conjunto con estos aliados, es posible ofrecer experiencias significativas que impactan positivamente la calidad de vida de los pacientes durante su proceso de tratamiento, contribuyendo a una atención más humana, integral y centrada en la persona.

Estas iniciativas reflejan el valor del trabajo colaborativo entre la institución y la sociedad, consolidando acciones que trascienden el ámbito clínico y fortalecen el acompañamiento biopsicosocial de la comunidad atendida.

Actividad / aliado	Número de encuentros	Personas impactadas
Escuadrón 4 patas por la vida	12	1.810
Escuela de música	9	591
Corazón de niño	4	802
Shine Hair y “Luzca bien, siéntase mejor”	1	12

Atenciones psicológicas

Como parte del Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial, se brinda acompañamiento psicológico a pacientes oncológicos y sus familias, con el propósito de apoyar el manejo emocional y fortalecer las estrategias de afrontamiento frente a las diferentes situaciones que pueden surgir durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Las atenciones psicológicas son realizadas por el profesional en psicología del programa y están orientadas a ofrecer espacios de escucha, orientación y apoyo emocional, permitiendo identificar necesidades psicosociales, intervenir en situaciones de crisis y acompañar a los pacientes y cuidadores en el proceso de adaptación a la enfermedad.

Estas intervenciones se desarrollan en diferentes escenarios de atención dentro de la institución, incluyendo consulta externa, servicios de quimioterapia, hospitalización y actividades del Programa Biopsicosocial. De esta manera, se busca contribuir al bienestar emocional de los usuarios, fortalecer su red de apoyo y promover una atención integral que contemple no solo la dimensión física, sino también los aspectos psicológicos y sociales asociados al proceso oncológico.

Tipo de atención	Número de atenciones
Pacientes de consulta PIP y PGP	70
Pacientes de consulta de quimioterapia	52
Atenciones a pacientes del Programa Biopsicosocial	10
Atenciones en crisis a pacientes y familiares	11
Pacientes en hospitalización	3
Total de atenciones realizadas	146

Donaciones y apoyos recibidos

Durante el 2025, el Programa de Atención y Acompañamiento Biopsicosocial contó con el valioso apoyo de aliados y donantes que, a través de diferentes iniciativas, contribuyeron al bienestar de los pacientes oncológicos, sus familias y colaboradores de la institución.

Gracias a estas alianzas se realizaron visitas y actividades especiales que fortalecieron los espacios de acompañamiento y bienestar, entre ellas las jornadas desarrolladas por Escuadrón 4 Patas por la Vida, con 12 visitas orientadas a la terapia asistida con animales; la Escuela de Música, con 9 encuentros que promovieron espacios de expresión artística y recreación; y Corazón de Niño, con 4 visitas dedicadas a generar momentos de alegría y esparcimiento para los pacientes.

De igual manera, se desarrolló un taller de oncoestética y cuidado personal en alianza con Shine Hair y el programa “Luzca Bien, Siéntase Mejor”, durante el cual se entregaron 12 kits con productos de cuidado capilar y bienestar para pacientes en tratamiento de quimioterapia, promoviendo el fortalecimiento de la autoestima y el autocuidado durante el proceso de tratamiento.

Adicionalmente, se recibieron donaciones en especie que permitieron acompañar de manera directa a los pacientes y sus familias. Entre ellas se destacan 10 cajas de flores donadas por Deliflor para pacientes, 140 paquetes de frutas para pacientes en quimioterapia y colaboradores, 100 refrigerios para pacientes, 50 recipientes de comida donados por el Laboratorio Boydorr, y 150 libros para la Biblioteca de la Confianza, destinados a pacientes, familiares y colaboradores.

Estas donaciones representan un aporte significativo para el desarrollo de las actividades del programa y reflejan el compromiso de aliados y organizaciones con la humanización de la atención en salud, contribuyendo a generar experiencias de bienestar y acompañamiento durante el proceso de atención oncológica.

Comunicaciones

Brigadas de tamizaje

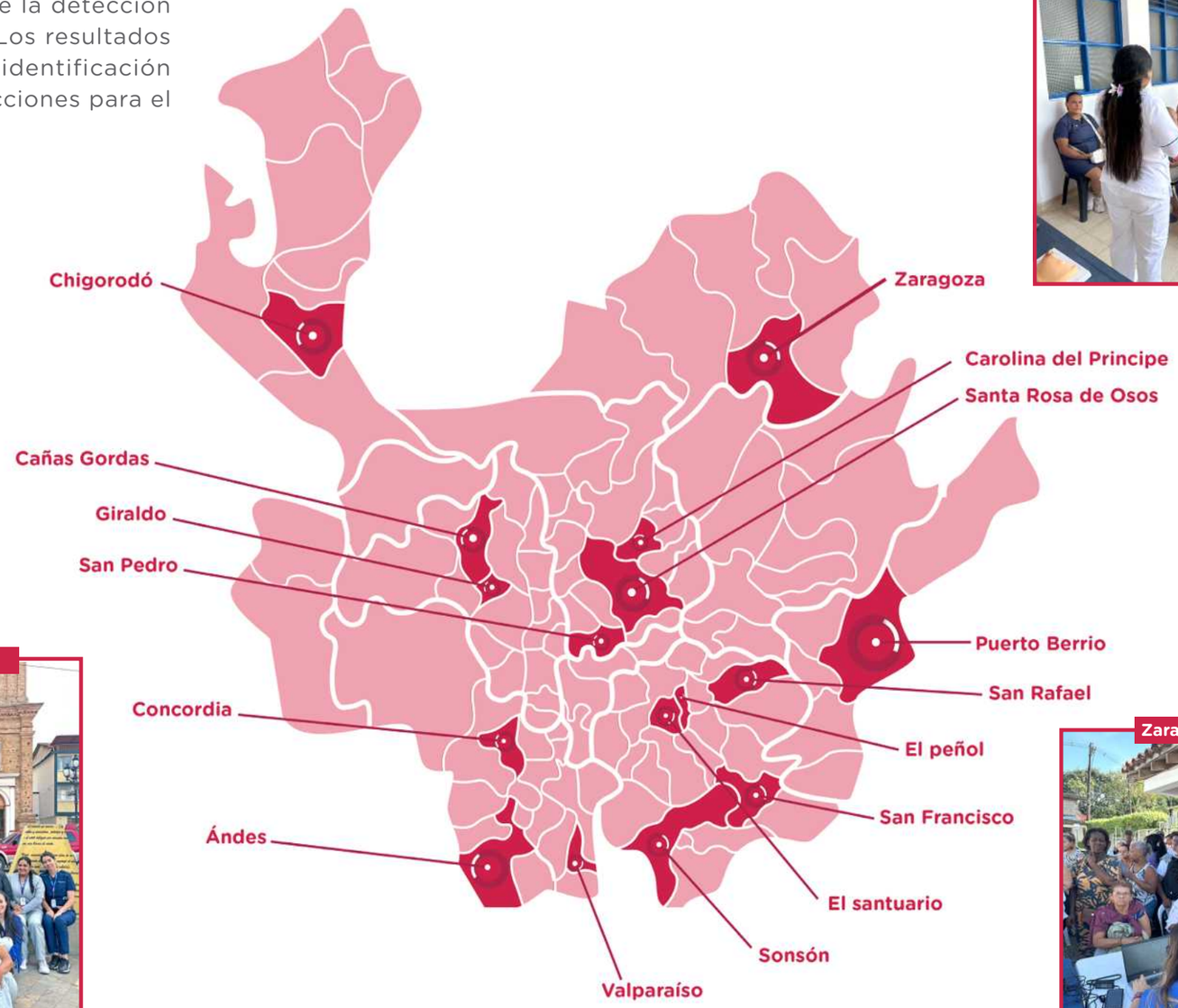
Las brigadas de tamizaje realizadas durante el 2025 permitieron fortalecer las acciones de promoción y prevención en salud mediante la detección temprana de factores de riesgo en la población atendida. Los resultados obtenidos evidencian el impacto de estas jornadas en la identificación oportuna de posibles alteraciones y en la orientación de acciones para el mejoramiento de la atención.

Total pacientes atendidos	Municipios con pacientes positivos	Municipios con pacientes negativos	Pacientes positivos de Savia	Pacientes positivos de Sura	Pacientes positivos de otras EPS
5543	9	7	54	3	35

Total brigadas de mama	Total pacientes positivos de mama	Total ecografías de mama	Total biopsias de mama
15	17	442	52

Total brigadas de piel	Total pacientes positivos de piel	Total biopsias de piel
8	50	87

Santa Rosa de Osos



Valparaíso

Zaragoza

Voluntariado

El voluntariado constituye un componente fundamental dentro del modelo de atención humanizada de la institución, orientado a brindar acompañamiento solidario y apoyo a los pacientes oncológicos y sus familias durante las diferentes etapas de su proceso de atención.

A través de su labor, el equipo voluntario contribuye a generar entornos más cálidos, cercanos y solidarios, complementando el trabajo clínico y asistencial mediante acciones de acompañamiento emocional, apoyo logístico y gestos de cuidado que favorecen el bienestar de los pacientes y sus acompañantes.

Durante el año 2025, la gestión del programa de voluntariado contó con la participación de 86 personas voluntarias, quienes, a través de su compromiso y vocación de servicio, aportaron de manera significativa al acompañamiento de los pacientes y sus familias.

En total, se registraron 12.899 horas de servicio voluntario, dedicadas al apoyo y acompañamiento de pacientes y acompañantes dentro de la institución.

Si se estima el valor de estas horas con base en el Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV), esta labor representa una contribución aproximada de $76.505.769 para la Clínica Vida.

Gracias a este valioso aporte, el voluntariado acompañó en promedio a 2.640 pacientes en quimioterapia cada mes, lo que corresponde a un total aproximado de 29.040 pacientes atendidos durante el año en este servicio.

Adicionalmente, los voluntarios realizaron visitas a cerca de 50 habitaciones diarias, brindando apoyo emocional y acompañamiento a pacientes hospitalizados, lo que equivale a aproximadamente 13.200 pacientes visitados al año.

En conjunto, estas acciones permitieron impactar al menos a 42.240 pacientes durante el 2025, evidenciando el papel fundamental del voluntariado en el fortalecimiento del modelo de atención humanizada de la institución.

Apoyo a los pacientes

En el servicio de quimioterapia, durante el año se continuó brindando a cada paciente un refrigerio, así como bebidas para sus acompañantes, como parte de las acciones orientadas a hacer más llevadero su tiempo de permanencia en la institución.

Para los pacientes en hospitalización, se dispuso de kits de aseo personal, con el propósito de apoyar sus necesidades básicas durante su estancia en la clínica.

De igual manera, gracias a las donaciones recibidas en especie, se cuenta con un pequeño ropero solidario dotado con pañales, pijamas, toallas, chanclas de baño, sudaderas, pantalonetas, camisetas, camisas y pantalones.

Este recurso permite atender necesidades inmediatas de pacientes y acompañantes, especialmente de aquellos que provienen de otros municipios o regiones fuera de Medellín y que, en muchos casos, llegan con recursos limitados. Adicionalmente, y de acuerdo con la disponibilidad de recursos, se continuó brindando apoyos económicos para transporte, albergue y ayudas alimentarias, con el fin de aliviar algunas de las dificultades que enfrentan los pacientes y sus familias durante su proceso de atención.

Apoyos y alianzas

Se continuó con la participación activa en las reuniones bimensuales de la Red Compasiva, un espacio orientado a fortalecer la cultura del cuidado y el acompañamiento solidario en la comunidad.

Las acciones desarrolladas en este marco se orientan a cuatro líneas estratégicas principales:

- **Promover una cultura del cuidado compasivo** en la comunidad.
- **Capacitar a cuidadores,** brindándoles herramientas para el acompañamiento adecuado de las personas en condición de enfermedad o vulnerabilidad.
- **Fomentar el desarrollo y el acceso a redes de apoyo comunitarias,** que permitan fortalecer el tejido social alrededor del cuidado.
- **Impulsar la articulación entre instituciones públicas y privadas,** así como entre los sectores salud, educativo y comunitario, con un propósito común: el cuidado integral de las personas.

Durante el año se fortaleció de manera significativa la relación interinstitucional con la Clínica Vida, mediante el trabajo articulado con diferentes áreas como Humanización, Comunicaciones, Trabajo Social, Psicología, el personal de la Unidad de Cuidado Especial (UCE) y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los puestos de enfermería, el Departamento Financiero y el área de Mantenimiento.

En conjunto se coordinaron y desarrollaron diferentes programas y actividades, entre las que se destacan:

- **Ferias de emprendimiento,** realizadas en los meses de mayo y diciembre, orientadas a generar espacios de apoyo y visibilización para iniciativas de pacientes y familiares.
- **Acompañamiento a pacientes que finalizaron su tratamiento de quimioterapia,** brindando un cierre significativo a esta etapa de su proceso.
- **Acompañamiento a familiares en momentos de duelo,** cuando ocurre el fallecimiento de un ser querido.
- **Participación en el Código Lila,** brindando acompañamiento humano y respetuoso al paciente y su familia en momentos especialmente sensibles, con el propósito de generar un ambiente más cálido, sereno y digno durante el proceso de atención.

Adicionalmente, con el acompañamiento de la Clínica Vida, se realizaron diversos videos informativos y educativos sobre temas relacionados con la labor del voluntariado y el cuidado solidario, entre ellos: cómo ser donante, cómo vincularse como voluntario y cómo se desarrolla un día normal de servicio. Estos contenidos fueron publicados tanto en la página web de la clínica como en las redes sociales de la organización, contribuyendo a visibilizar estas iniciativas y promover la participación de la comunidad.

Actividades programadas

Comité de Bioética

Durante el año 2025 se recibió la invitación para participar en el Comité de Bioética de la clínica, espacio orientado a la reflexión y análisis de situaciones relacionadas con la práctica clínica desde una perspectiva ética, teniendo como principio fundamental el respeto por los derechos del paciente.

En este comité participan un experto externo en bioética y profesionales de diferentes áreas de la institución, entre ellos personal médico, de enfermería, psicología y otros colaboradores de la clínica.

Los encuentros se realizan de manera virtual una vez al mes, con una duración aproximada de una hora, y en cada sesión se elabora un acta en la que se registran las deliberaciones y orientaciones definidas frente a los casos analizados, tanto desde el punto de vista ético como clínico.

En este espacio se cuenta con la representación del voluntariado, lo cual permite aportar una mirada complementaria desde el acompañamiento humano a los pacientes. Dado el carácter confidencial de los temas tratados, se respeta estrictamente la reserva de la información, compartiendo únicamente aquellos aspectos que el comité considere pertinentes.

Cronograma de espacios para consulta interdisciplinaria

Durante el año 2025, el voluntariado comenzó a participar en los encuentros interdisciplinarios dirigidos a pacientes que inician por primera vez su proceso de quimioterapia.

Estos espacios son orientados por profesionales de enfermería, nutrición y psicología, quienes brindan información clara y pedagógica sobre el tratamiento, cuidados y recomendaciones para los pacientes y sus acompañantes al inicio de esta etapa.

En este contexto, el voluntariado tiene la oportunidad de presentar su labor dentro de la institución, explicar el tipo de acompañamiento que brinda y dar a conocer los momentos en los que establece contacto directo con los pacientes. Durante estas jornadas también se comparte un refrigerio sencillo para pacientes y acompañantes, como gesto de bienvenida y acompañamiento.

Normativa que fortalece la calidad, la humanización y la participación social en salud

Durante el año 2025 se participó en una jornada de socialización relacionada con la normativa que orienta la calidad, la humanización y la participación social en salud, particularmente en lo relacionado con las resoluciones que fortalecen las prácticas institucionales en estos ámbitos.

Estos espacios permitieron profundizar en lineamientos que promueven una relación más cercana, respetuosa y participativa con los usuarios del sistema de salud. Asimismo, se proyectó la participación del voluntariado en una mesa de trabajo sobre transversalización de género, con encuentros periódicos destinados a aportar desde la experiencia del acompañamiento a los pacientes. Esta actividad se tiene prevista para desarrollarse de manera continua a partir del año 2026.

Seguridad respecto al usuario

Durante el año 2025 también se participó en un espacio formativo orientado al fortalecimiento de la seguridad del usuario dentro de la institución.

Como resultado de esta iniciativa, se consolidó un mecanismo de reporte por parte del voluntariado, mediante el cual se recopilan observaciones relacionadas con aspectos del entorno hospitalario que puedan afectar la experiencia del paciente, tales como condiciones de las habitaciones, funcionamiento de equipos o necesidades identificadas durante el acompañamiento.

La información recolectada es canalizada a través de un medio de comunicación interno y se comparte de manera estructurada, indicando únicamente el número de habitación y la situación reportada, con el fin de facilitar la gestión oportuna por parte de las áreas responsables. Este ejercicio permite que el voluntariado contribuya activamente al mejoramiento continuo de la atención y la experiencia del paciente.

Prueba piloto en articulación con Trabajo Social

Durante el año 2025 se desarrolló una prueba piloto en articulación con el área de Trabajo Social, orientada a brindar apoyo a pacientes provenientes de otras regiones que enfrentan dificultades económicas para continuar con su tratamiento.

En el marco de esta experiencia se brindó acompañamiento a un paciente de 65 años, proveniente del municipio de Turbo, quien se encontraba en tratamiento y debía desplazarse hasta la ciudad de Medellín junto a su acompañante.

El voluntariado apoyó este proceso mediante:

- **Transporte terrestre en la ruta Turbo–Medellín y Medellín–Turbo para el paciente y su acompañante.**
- **Alojamiento temporal para dos personas en hogares de acogida ubicados en la ciudad de Medellín, con servicio de desayuno incluido.**

El aporte total realizado para facilitar la continuidad del tratamiento ascendió a $2.636.000, contribuyendo a disminuir las barreras de acceso y a brindar condiciones más dignas para el paciente y su acompañante durante su proceso de atención.

Actividades programadas con el equipo voluntario

Durante el año 2025 se desarrollaron diferentes actividades orientadas al fortalecimiento, formación y acompañamiento del equipo de voluntariado.

En este contexto, se llevó a cabo la consagración de 19 voluntarios, ceremonia realizada en el Colegio La Inmaculada y presidida por una autoridad eclesiástica, como un acto simbólico de compromiso con la labor de servicio y acompañamiento a los pacientes y sus familias.

Espacios de formación

Como parte del proceso de capacitación permanente del voluntariado, se realizaron diferentes charlas y espacios formativos, entre los que se destacan:

- **Primeros auxilios básicos y socialización del Plan de Emergencias, incluyendo la explicación de los códigos institucionales.**
- **Cuidados básicos de enfermería, orientados a fortalecer el conocimiento del voluntariado frente al acompañamiento seguro y adecuado a los pacientes.**
- **Proceso de duelo y acompañamiento emocional, a través de la charla denominada Las 15 tareas del duelo.**
- **Simposio sobre dolor y cuidados paliativos, desarrollado por una institución universitaria, en el cual el voluntariado participó de manera virtual con representación rotativa durante los diferentes días del evento.**

Celebraciones especiales

Durante el año 2025 también se realizaron diferentes actividades de reconocimiento y conmemoración, dirigidas tanto al personal de la clínica como a los pacientes.

Con motivo del Día de la Enfermería, se realizó un reconocimiento al personal de enfermería mediante la entrega de 100 lapiceros como gesto de agradecimiento por su dedicación y compromiso con el cuidado de los pacientes.

De igual manera, se enviaron mensajes de reconocimiento en fechas especiales como el Día de la Mujer, el Día del Trabajador Social, el Día del Psicólogo y el Día del Voluntario, resaltando la labor y el aporte de estos profesionales en el acompañamiento integral a los pacientes.

En el marco de la celebración del Día del Amor y la Amistad, se compartieron detalles comestibles con los pacientes del servicio de quimioterapia, mientras que al personal de la clínica se les entregaron chocolatinas y galletas como muestra de gratitud por su labor diaria.

Asimismo, en el mes de diciembre se dio inicio a la celebración navideña con la realización de la primera novena, acompañada de la entrega de aguinaldos para los pacientes. En total se distribuyeron aproximadamente 370 detalles, entre kits de aseo y termos, como un gesto de solidaridad y acompañamiento en esta época del año.

Gestión del Riesgo

A continuación se presenta a las gerencias y junta directiva de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, un resumen ejecutivo con la gestión realizada por el Oficial de Cumplimiento en el proceso de Gestión del Riesgo. Este resumen trae información contenida en el informe de gestión anual de Gestión del Riesgo (cumplimiento) presentado al Comité de Riesgos y Contraloría, junto con información de otras actividades realizadas en lo corrido del 2025.

1. Proceso de debida diligencia proveedores

Debida diligencia proveedores	
Por actualización	295
Por vinculación	79
Total proveedores con DD	374
Estado del proceso	
Finalizado	370
No actualizar	4

Durante la ejecución del proceso de debida diligencia se presentaron hallazgos que pudieron significar un posible riesgo de contagio, pero los cuales fueron gestionados para mitigar el riesgo, a la fecha, en nuestra plana de proveedores, no tenemos relación con ningún tercero que tenga hallazgos por delitos fuente de LA/FT/FPADM y que signifiquen un alto riesgo de contagio para la fundación.

2. Proceso de debida diligencia clientes y convenio docencia

Debida diligencia clientes y convenio docencia	
Por actualización	20
Por vinculación	10
Convenio docencia	4
Total proveedores con DD	34
Estado del proceso	
Finalizado	34
No actualizar	0

3.Proceso de debida diligencia candidatos

Debida diligencia candidatos	
Proceso finalizado	457
Candidatos rechazados	1
Total candidatos	458

4.Proceso de debida diligencia pacientes

Debida diligencia pacientes	
No registran hallazgos LAFT	39
Registran hallazgos LAFT	1
Total candidatos	40

5.Reportes ante la UIAF

Durante la vigencia 2025, la entidad dio cumplimiento oportuno a la totalidad de los reportes exigidos por la UIAF, los cuales fueron presentados dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, conforme a lo establecido en el instructivo del ente regulador. Los informes presentados durante el año corresponden a la ausencia de operaciones sospechosas, la inexistencia de operaciones en efectivo con proveedores y el reporte objetivo de operaciones en efectivo con clientes, específicamente pagos realizados en efectivo por pacientes por valores iguales o superiores a $5.000.000. Como evidencia del cumplimiento de estas obligaciones, se dispone en la carpeta del Comité de Riesgos y Contraloría el informe descargado del SIREL de la UIAF, en el cual se puede verificar el historial de los reportes efectuados.

6.Ejecución del Ciclo Integral de Gestión del Riesgo

Se certifica el cumplimiento en la ejecución del Ciclo Integral de Gestión del Riesgo (CIGR) de la Fundación para la vigencia **2025.** La implementación del plan de trabajo permitió la actualización integral del Sistema Institucional de Gestión del Riesgo (SIGR), pasando de **222 riesgos** inicialmente identificados a **163 riesgos depurados,** mediante la eliminación de **72 riesgos** y la identificación

de 13 nuevos. Como resultado, se alcanzó una tasa de reducción del **26,58%** y una tasa de actualización del **84,66%** sobre el total de riesgos identificados. No obstante, el sistema se mantiene en un proceso permanente de fortalecimiento y mejora continua; en este sentido, se ha venido trabajando de manera articulada con los procesos administrativos y asistenciales para el **ajuste e identificación** de **nuevos riesgos,** razón por la cual el total de riesgos identificados a la fecha se sitúa en **191** y continuará ajustándose conforme avance la identificación de nuevos escenarios de riesgo.

7. Control interno

Durante el **cuarto trimestre** se dio inicio a la ejecución del Plan de Control Interno correspondiente a la vigencia 2025, orientado a verificar el nivel de adherencia de los procesos a los principios y políticas institucionales. La ejecución del plan con cada líder de proceso se documenta mediante un acta de reunión debidamente cargada en el software **ALMERA;** adicionalmente, se archiva el cuestionario diligenciado y se elabora un **informe individual** dirigido a cada líder, en el que se consignan los hallazgos identificados y las oportunidades de mejora, con el fin de fortalecer la adherencia a los principios y políticas institucionales. El Plan de Control Interno contempla la evaluación de **23 procesos y subprocesos** y el promedio de calificación actual se sitúa en un **91.6%,** lo que significa que la calificación ha sido alta en relación con la adherencia a las **políticas, los principios institucionales y al cumplimiento normativo.**

8. Capacitaciones

Se dio inicio a las capacitaciones anuales **obligatorias** en materia de cumplimiento, **correspondientes a los sistemas SARLAFT, SICOF y PTEE,** para la vigencia 2025, dirigidas a los colaboradores antiguos de la Fundación. Para el desarrollo de esta actividad, se espera contar con la disposición y el acompañamiento de los colaboradores y de los líderes de proceso, con el fin de garantizar la participación de todos los colaboradores reportados por el área de Talento Humano. Con ello, la entidad da cumplimiento a las disposiciones de la **Superintendencia Nacional de Salud** relacionadas con la formación de los colaboradores en la gestión del riesgo de lavado de

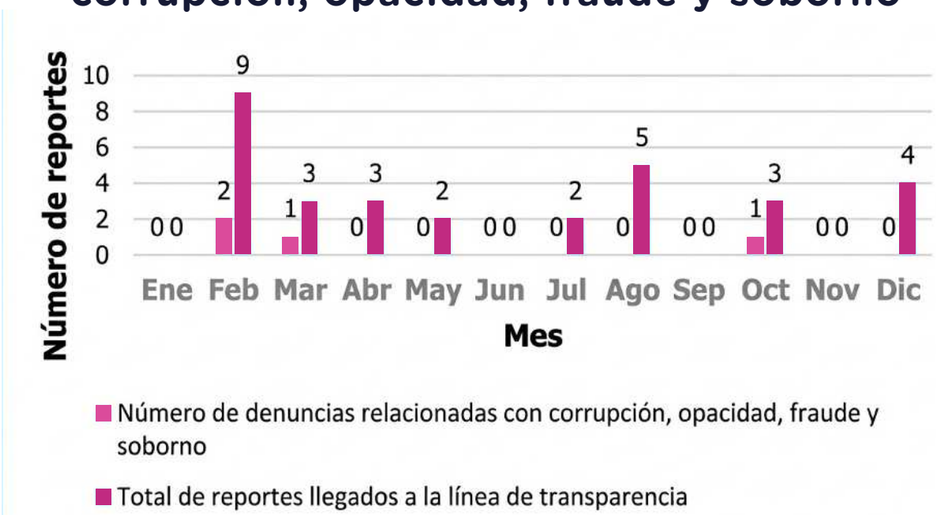
activos y financiación del terrorismo, así como en la gestión del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

9. Gestión de indicadores

a. Denuncias relacionadas con corrupción, opacidad, fraude y soborno:

Este indicador nos permite medir cuantas denuncias que llegan a nuestra línea de transparencia, están relacionadas con delitos fuente de COFS, para así conocer que tan expuesta está la Fundación ante dichos actos.

Número de denuncias relacionadas con corrupción, opacidad, fraude y soborno

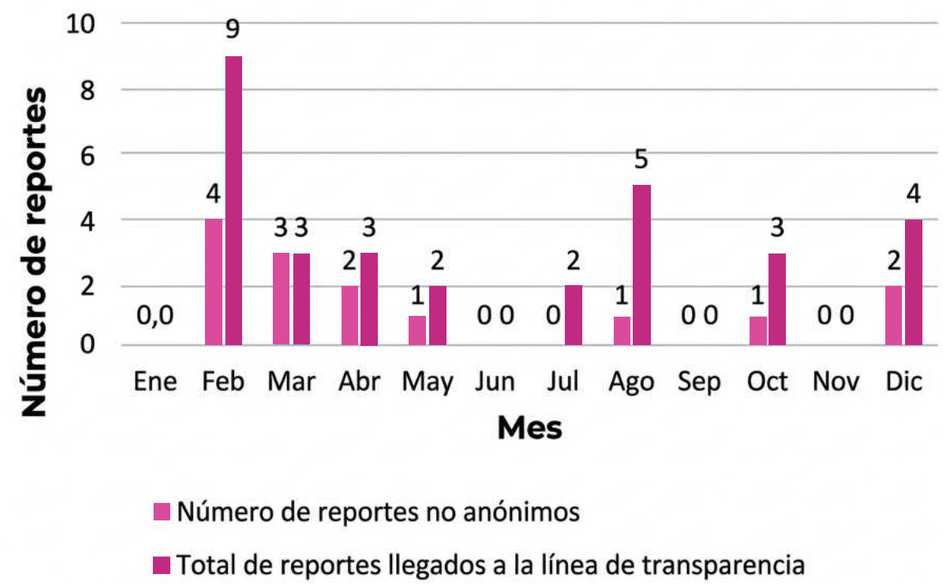


-Respecto de los reportes recibidos a través de la Línea de Transparencia (LT) que fueron clasificados como potencialmente relacionados con delitos fuente de COFS, se adelantaron las investigaciones correspondientes, analizando tanto los hechos reportados como la información suministrada por los querellantes. El objetivo de dichas actuaciones fue verificar la ocurrencia de las conductas al interior de la institución y determinar, con base en los hallazgos, si procedía la confirmación de los hechos o la desestimación de los reportes por ausencia de evidencia.

b. Nivel de confianza en la Línea de Transparencia:

Este indicador nos permite medir el nivel de confianza que tienen los reportantes al hacer uso de nuestra LT, por lo que deciden identificarse.

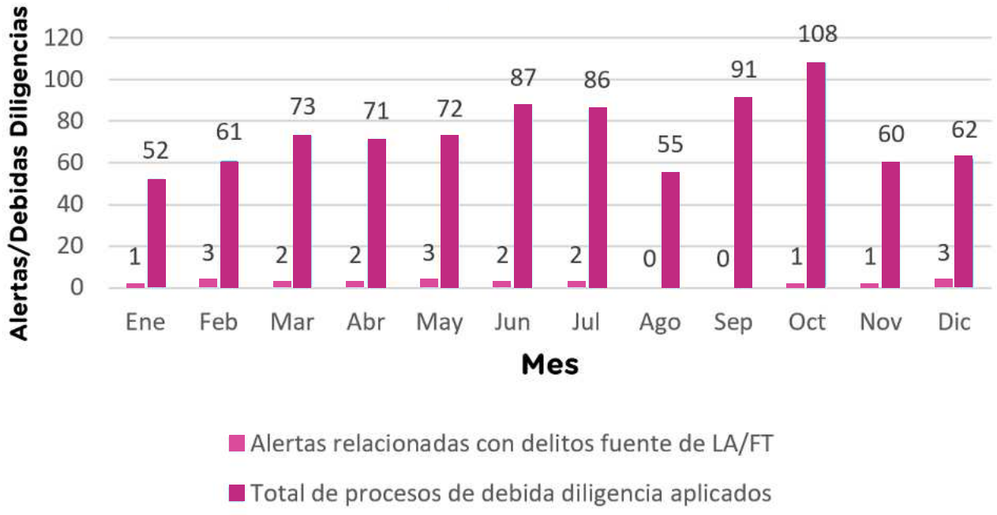
Proporción del nivel de confianza en la línea de transparencia



c. Alertas asociadas a los riesgos de LA/FT:

Identifica qué porcentaje de alertas presentadas durante el proceso de debida diligencia aplicado a proveedores, clientes, candidatos y colaboradores, tienen relación con delitos fuente de LA/FT. Así podemos tener conocimiento del nivel de exposición que tenemos ante este delito y la efectividad del sistema SARLAFT de la institución en la detección de estas alertas.

Proporción de alertas sobre el total de debidas diligencias

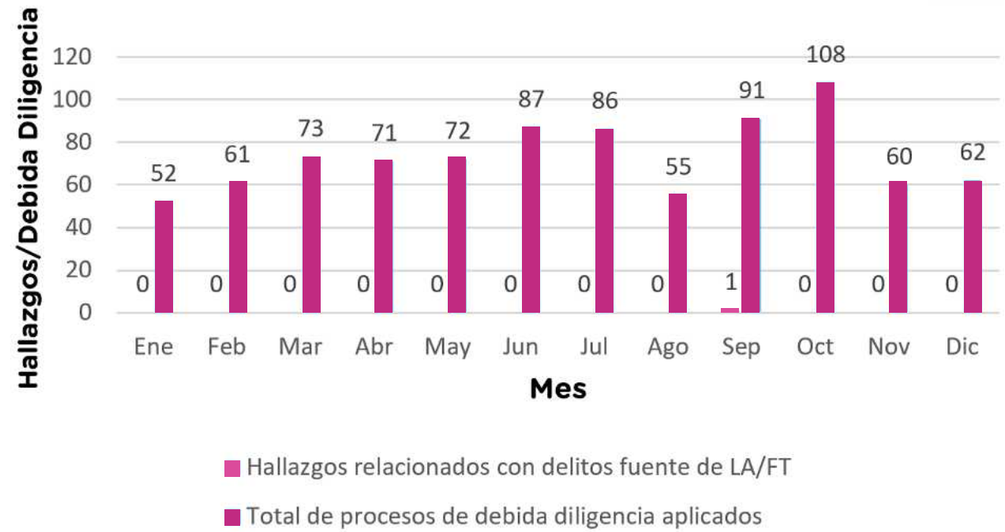


d. Hallazgos asociados a los riesgos de LA/FT:

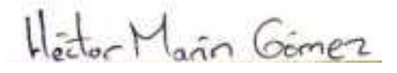
Identifica qué porcentaje de hallazgos presentados durante el proceso de debida diligencia aplicado a proveedores, clientes, candidatos y colaboradores, tienen relación con delitos fuente de LA/FT. Así podemos tener conocimiento del nivel de exposición que tenemos ante este delito y la efectividad del sistema SARLAFT de la institución en la detección de casos relacionados con LA/FT.

Durante 2025, la Fundación fortaleció su Sistema Institucional de Gestión del Riesgo, garantizando el cumplimiento normativo mediante procesos de debida diligencia a proveedores, clientes, candidatos y pacientes, reportes oportunos a la UIAF, actualización del mapa de riesgos institucional, y la implementación del Plan de Control Interno con un nivel de adherencia del 91.6%, consolidando una gestión preventiva y de transparencia en la organización.

Proporción de hallazgos sobre el total de debidas diligencias



Cordialmente,



Héctor Eduardo Marín Gómez
Oficial de Cumplimiento

Situación Jurídica

Situación Jurídica

A. Situación Jurídica

La Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida se encuentra plenamente vigente, cumpliendo con las normas legales y estatutarias, y manteniendo el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, laborales, ambientales y contractuales, así como con la legislación colombiana aplicable a su actividad.

Durante el año 2025, las acciones judiciales y administrativas instauradas contra la Fundación fueron atendidas de manera oportuna y adecuada, en defensa de los intereses de la Entidad y en cumplimiento de las responsabilidades legales que le corresponden. A la fecha tenemos 14 procesos judiciales activos, se atendieron 21 procesos en vía administrativa de los cuales se encuentran aún activos 15 y fueron contestadas 583 tutelas en las cuales estuvo vinculada la Clínica.

B. Operaciones celebradas con los fundadores y administradores

1. Las operaciones celebradas con Fundadores y Adherentes se encuentran mencionadas en las notas a los estados financieros.
2. No hay pagos diferentes a los reconocimientos que por salario se pagan a administradores de la Clínica, los cuales se encuentran discriminados en las EEFF.
3. No se efectuaron erogaciones a favor de gestores o asesores que tuvieran la función de tramitar asuntos ante entidades públicas o privadas, así como tampoco se incurrieron en pagos por concepto de publicidad.
4. La Clínica no tiene participación en otras sociedades, así como tampoco posee bienes en el exterior.

D. Normas sobre la propiedad intelectual y derechos de autor

En cumplimiento de la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes, nos permitimos informar que la Fundación ha dado cumplimiento a las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor.

E. Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales

Durante el año 2025 la compañía liquidó y pagó en forma correcta y oportuna los aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscal. A diciembre 31 de 2025 se encontraba a paz y salvo por todo concepto.

F. Enajenación global de activos

En el año 2025 no hubo enajenación de activos.

G. Libre circulación de las facturas

Se deja constancia de que, durante el año 2025, no se entorpeció la libre circulación de facturas emitidas por los proveedores de bienes y servicios.

H. Hechos sobrevinientes en el año 2026

Después del cierre de 2025, en estos primeros tres meses del año se recibió por parte de la secretaria de industria y comercio la notificación favorable de la Secretaría de Hacienda de Medellín, respecto a la disminución del impuesto de industria y comercio de aproximadamente $2.525.000.000 a $141.878.000 debido a una liquidación inadecuada de impuestos exentos de ICA del periodo fiscal 2020

Asimismo, desde inicio de año la fundación se ha visto afectada en materia de recaudo de recursos fruto de su ejercicio misional como IPS por el no pago de los mismos desde la Adres y las EAPB, en este orden se identifican también situaciones relacionadas a circulares de la Supersalud en materia de pago con prioridad a las entidades públicas no así a las privadas.

El presente informe, así como los estados financieros presentados han sido preparados y elaborados de acuerdo con las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables. Así mismo los presentes documentos fueron puestos a disposición de los Fundadores con la debida anticipación, luego de ser revisados y analizados por la gerencia y la administración de la Fundación, quienes los aprobaron en su totalidad.

Este informe es respaldado y aprobado tanto por la Junta Directiva como por la Gerencia General.

Estados Financieros

y notas a los estados financieros

Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

stados Financieros

l 31 de diciembre de 2025

In orme del Revisor Fiscal sobre los estados inancieros

los se ores miembros de la samblea eneral de Fundadores y dherentes de
Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida

Opini n

He auditado los estados financieros adjuntos de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida, los cuales comprenden el estado de situación financiera al 31 de diciembre de 2025 y los estados de resultados integrales, de cambios en los fondos sociales y de flujos de efectivo por el a o terminado en esa fecha, y las notas a los estados financieros que incluyen información sobre las pol ticas contables significativas y otra información explicativa

n mi opinión, los estados financieros adjuntos, fielmente tomados de los libros, presentan ra onablemente, en todos los aspectos materiales, la situación financiera de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida al 31 de diciembre de 2025 y los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por el a o terminado en esa fecha, de conformidad con las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia

Bases para la opini n

fectué mi auditor a de acuerdo con las Normas nternacionales de uditor a ceptadas en Colombia is responsabilidades de acuerdo con dichas normas se describen m s adelante en la sección de esponsabilidades del evisor Fiscal en relación con la auditor a de los estados financieros de este informe

Soy independiente de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida de conformidad con el Código de tica para Profesionales de la Contadur a del Consejo de Normas nternacionales de tica para Contadores (S por su sigla en inglés) junto con los requerimientos de ética que son aplicables a mi auditor a de los estados financieros en Colombia y he cumplido las dem s responsabilidades de ética de conformidad con esos requerimientos y con el Código de tica del S

Considero que la evidencia de auditor a que obtuve es suficiente y apropiada para proporcionar una base para mi opinión de auditor a

Responsabilidades de la Administraci n de los encar ados de la direcci n de la Entidad sobre los estados inancieros

a dministración es responsable por la adecuada preparación y presentación ra onable de los estados financieros adjuntos, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia, y por el control interno que la dministración considere necesario para que la preparación de estos estados financieros esté libre de error material debido a fraude o error

n la preparación de los estados financieros, la dministración es responsable de la evaluación de la capacidad de la ntidad de continuar como negocio en marcha, revelando, seg n corresponda, las cuestiones relacionadas con el principio de negocio en marcha y utili ando el principio contable de negocio en marcha, excepto si la dministración tiene la intención de liquidar la ntidad o de cesar sus operaciones, o bien que no exista otra alternativa m s realista que hacerlo

os encargados de la dirección de la ntidad son responsables por la supervisión del proceso de reporte de información financiera de la ntidad

Responsabilidades del Revisor Fiscal en relaci n con la auditor a de los estados inancieros

i objetivo es obtener una seguridad ra onable de si los estados financieros en su conjunto est n libres de error material, debido a fraude o error, y emitir un informe de auditor a que contiene mi opinión Seguridad ra onable es un alto grado de seguridad, pero no garanti a que una auditor a reali ada de conformidad con las Normas nternacionales de uditor a ceptadas en Colombia siempre detecte un error material cuando éste exista os errores pueden deberse a fraude o error y se consideran materiales si, individualmente o de forma agregada, puede preverse ra onablemente que influyan en las decisiones económicas que los usuarios toman bas ndose en estos estados financieros

Como parte de una auditor a de conformidad con las Normas nternacionales de uditor a ceptadas en Colombia, aplico mi juicio profesional y mantengo una actitud de escepticismo profesional durante toda la auditor a ambién

- dentifico y valoro los riesgos de error material en los estados financieros, debido a fraude o error dise o y aplico procedimientos de auditor a para responder a dichos riesgos y obtengo evidencia de auditor a suficiente y adecuada para proporcionar una base para mi opinión l riesgo de no detectar un error material debido a fraude es m s elevado que en el caso de un error material debido a error, ya que el fraude puede implicar colusión, falsificación, omisiones deliberadas, manifestaciones intencionadamente erróneas o la elusión del control interno

- btengo un entendimiento del control interno relevante para la auditor a con el fin de dise ar procedimientos de auditor a que sean apropiados en las circunstancias

- val o lo adecuado de las pol ticas contables aplicadas y la ra onabilidad de las estimaciones contables y las correspondientes revelaciones efectuadas por la dministración

- Concluyo sobre lo adecuado de la utili ación, por la dministración, del principio contable de negocio en marcha y, bas ndome en la evidencia de auditor a obtenida, concluyo sobre si existe o no una incertidumbre material relacionada con hechos o con condiciones que puedan generar dudas significativas sobre la capacidad de la ntidad para continuar como negocio en marcha Si concluyo que existe una incertidumbre material, se requiere que llame la atención en mi informe de auditor a sobre la correspondiente información revelada en los estados financieros o, si dichas revelaciones no son adecuadas, que exprese una opinión modificada is conclusiones se basan en la evidencia de auditor a obtenida hasta la fecha de mi informe de auditor a Sin embargo, hechos o condiciones futuros pueden causar que la ntidad deje de ser un negocio en marcha

- val o la presentación global, la estructura y el contenido de los estados financieros, incluida la información revelada, y si los estados financieros representan las transacciones y hechos subyacentes de un modo que logran la presentación ra onable

Comunico a los encargados de la dirección de la ntidad, entre otras cuestiones, el alcance y el momento de reali ación de la auditor a planificados y los halla gos significativos de la auditor a, as como cualquier deficiencia significativa del control interno que identifique en el transcurso de la auditor a

In orme sobre otros re uerimientos le ales re lamentarios

a dministración también es responsable por el cumplimiento de aspectos regulatorios en Colombia relacionados con la gestión documental contable, la preparación de informes de gestión, el pago oportuno y adecuado de aportes al Sistema de Seguridad Social ntegral y la implementación del programa de transparencia y ética empresarial i responsabilidad como evisor Fiscal en estos temas es efectuar procedimientos de revisión para emitir una conclusión sobre su adecuado cumplimiento

e acuerdo con lo anterior, concluyo que

a) a contabilidad de la ntidad durante el a o terminado el 31 de diciembre de 2025 ha sido llevada conforme a las normas legales y a la técnica contable y las operaciones registradas se ajustan a los estatutos y a las decisiones de la samblea eneral de Fundadores y dherentes y de la unta irectiva

b) a correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas se llevan y se conservan debidamente

c) xiste concordancia entre los estados financieros que se acompa an y el informe de gestión preparado por los administradores os administradores dejaron constancia en dicho informe de gestión, que no entorpecieron la libre circulación de las facturas emitidas por los vendedores o proveedores

d) a información contenida en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social ntegral, en particular la relativa a los afiliados y a sus ingresos base de coti ación, ha sido tomada de los registros y soportes contables l 31 de diciembre de 2025 la ntidad no se encuentra en mora por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social ntegral

e) a ntidad ha implementado el programa de transparencia y ética empresarial en cumplimiento de la Circular xterna 2022151000000053 5 del 5 de agosto de 2022 emitida por la Superintendencia de Salud

n cumplimiento de las responsabilidades del evisor Fiscal contenidas en los Numerales 1 y 3 de 209 del Código de Comercio, relacionadas con la evaluación de si los actos de los administradores Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida se ajustan a los estatutos y a las órdenes y a instrucciones de la samblea eneral de Fundadores y dherentes y si hay y son adecuadas las m de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la entidad o de terceros que estén e poder, emit un informe separado de fecha 6 de mar o de 2026

Maria Jimena Calle G.

ar a imena Calle aviria

evisor Fiscal

arjeta Profesional No 303940

esignado por P C Contadores y uditores S S

6 de mar o de 2026

Certificación del Representante Legal y Contador de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

los se ores miembros de la samblea eneral de Fundadores y dherentes de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida

6 de mar o de 2026

os suscritos epresentante egal y Contador de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida, certificamos que los estados financieros de la Fundación, al 31 de diciembre de 2025, han sido fielmente tomados de los libros y que antes de ser puestos a su disposición y de terceros, hemos verificado las siguientes afirmaciones contenidas en ellos

a) odos los activos y pasivos incluidos en los estados financieros de la Fundación al 31 de diciembre de 2025 existen y todas las transacciones incluidas en dichos estados se han reali ado durante el a o terminado en esa fecha

b) odos los hechos económicos reali ados por la Fundación durante el a o terminado el 31 de diciembre de 2025 han sido reconocidos en los estados financieros

c) os activos representan probables beneficios económicos futuros (derechos) y los pasivos representan probables sacrificios económicos futuros (obligaciones), obtenidos o a cargo de la Fundación

d) odos los elementos han sido reconocidos por sus valores apropiados de acuerdo con las normas de contabilidad y de información financiera aceptadas en Colombia

e) odos los hechos económicos que afectan la Fundación han sido correctamente clasificados, descritos y revelados en los estados financieros

avid e a apata
epresentante egal

erm n de es s ar ón os
Contador
arjeta Profesional 98328

Vigilado Supersalud

FUNDACI N COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA CLINICA VIDA
ESTADO DE SITUACI N FINANCIERA
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
(Cifras expresadas en miles de pesos colombianos, salvo que se indique otra cosa)

	Nota	31 de diciembre 2025	31 de diciembre 2024
ACTIVO			
Activos Corrientes			
fectivo y equivalentes	4	3 881 950	10 726 576
Cuentas por cobrar comerciales y otas cuentas por cobrar	5	126 131 826	72 690 745
nventarios neto	6	11 575 043	5 451 764
		141.5 . 1	**. .0 5**
Activos no corrientes			
Cuentas por cobrar comerciales y otas cuentas por cobrar	5	6 174 240	2 622 566
Propiedad, planta y equipo netos	7	148 622 808	143 932 358
ctivos intangibles netos	8	501 375	144 063
		155.2 .423	**14 . .**
Total Activos		**2 . .242**	**235.5 .0 2**
PASIVO			
Pasivo Corriente			
bligaciones Financieras	9	9 030 495	10 942 459
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	10	108 839 543	63 788 308
Pasivo por impuestos	11	1 402 672	1 065 248
bligaciones laborales	12	10 596 770	9 174 604
Pasivos estimados	13		80 000
		12 . .4 0	**5.050. 1**
Pasivo no corriente			
bligaciones Financieras P	9	70 459 518	74 990 176
		0.45 .51	**4. 0.1**
Total Pasivos		**200.32 .**	**1 0.040. 5**
FONDOS SOCIALES			
portes sociales		551 615	551 615
eservas	14	56 260 128	50 859 536
onaciones		120 601	120 601
esultado neto del ejercicio		21 566 083	5 935 708
ransición a N F para Pymes		3 444 747	3 444 747
Super vit por valori aciones ( )		14 615 070	14 615 070
Total ondos sociales		**.55 .244**	**5.52 .2**
Total Pasivo ondos sociales		**2 . .242**	**235.5 .0 2**

as notas que se acompa an son parte integrante de los estados financieros

DAVID MEJ A APATA
epresentante egal
(er certificación adjunta)

GERMAN DE JESUS GAR N RIOS
Contador
arjeta Profesional No 98328
(er certificación adjunta)

MARIA JIMENA CALLE GAVIRIA
evisor Fiscal
arjeta Profesional No 303940
esignado por P C Contadores y uditores S S
(er informe adjunto)

FUNDACI N COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA CLINICA VIDA
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRALES
A OS TERMINADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
(Cifras expresadas en miles de pesos colombianos, salvo que se indique otra cosa)

	Notas	31 de diciembre 2025	31 de diciembre 2024
		En miles de pesos)	
ngreso de actividades ordinarias	15	380 309 126	330 089 369
Costo de prestación de servicios	16	315 005 726	285 122 637
E cedente Bruta		**5.303.400**	**44. . 32**
astos de administración	17	31 071 461	25 386 073
astos de distribución y venta	18	1 283 836	1 131 136
E cedente operacional		**32. 4 .103**	**1 .44 .523**
tros ingresos netos	19	3 828 000	3 935 104
astos financieros	20	15 018 654	16 220 557
Total de otros in resos astos		**11.1 0. 54)**	**12.2 5.453)**
E cedente antes de impuestos a las anancias		**21. 5 .44**	**.1 4.0 0**
mpuesto a las ganancias	21	191 366	228 362
E cedente neto del e ercicio		**21.5 .0 3**	**5. 35. 0**

as notas que se acompa an son parte integrante de los estados financieros

DAVID MEJ A APATA
epresentante egal
(er certificación adjunta)

GERMAN DE JESUS GAR N RIOS
Contador
arjeta Profesional No 98328
(er certificación adjunta)

MARIA JIMENA CALLE GAVIRIA
evisor Fiscal
arjeta Profesional No 303940
esignado por P C Contadores y uditores S S
(er informe adjunto)

FUNDACI N COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA CLINICA VIDA
ESTADO DE CAMBIOS EN LOS FONDOS SOCIALES
A OS TERMINADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
(Cifras expresadas en miles de pesos colombianos, salvo que se indique otra cosa)

	Aportes sociales	Reservas	Donaciones	E cedente del a o	Transici n a NIIF para P mes	E cedentes acumulados	Super vit por valori aciones ORI)	Total de ondos sociales
Saldos al 31 de diciembre de 2023	**551. 15**	**50. 5 .53**	**120. 01**	**20. 5**	**3.444. 4**		**14. 15.0 0**	**. 12.22**
raslado de excedentes				(20 657)		20 657		
tros movimientos de los fondos sociales						(20 657)		(20 657)
xcedente del a o				5 935 708				5 935 708
Saldos al 31 de diciembre de 2024	**551. 15**	**50. 5 .53**	**120. 01**	**5. 35. 0**	**3.444. 4**		**14. 15.0 0**	**5.52 .2**
raslado de excedentes		5 400 592		(5 935 708)				(535 116)
raslado fondo social								
xcedente del a o				21 566 083				21 566 083
Saldos al 31 de diciembre de 2025	**551. 15**	**5 .2 0.12**	**120. 01**	**21.5 .0 3**	**3.444. 4**		**14. 15.0 0**	**.55 .244**

as notas que se acompa an son parte integrante de los estados financieros

DAVID MEJI A APATA
epresentante egal
(er certificación adjunta)

GERMAN DE JESUS GAR N RIOS
Contador
arjeta Profesional No 98328
(er certificación adjunta)

Maria Jimena Calle G.

MARIA JIMENA CALLE GAVIRIA
evisor Fiscal
arjeta Profesional No 303940
esignado por P C Contadores y uditores S S
(er informe adjunto)

FUNDACI N COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA CLINICA VIDA
ESTADO DE FLUJOS DE EFECTIVO
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
(Cifras expresadas en miles de pesos colombianos, salvo que se indique otra cosa)

Flu os de e ectivo por actividades de operaci n:	**2025**	**2024**
xcedente del a o	21 566 083	5 935 708
epreciación	3 848 661	3 325 976
morti aciones	796 544	761 521
Provisión sobre el impuesto de renta	191 366	228 362
Provisión de cartera	5 643 178	3 178 658
Castigo de cartera	(1 730 806)	(2 367 399)
Provisión de inventario	61 206	
Cambios en activos pasivos:		
Cuentas por cobrar comerciales y otras cuentas por cobrar	(60 905 127)	(18 414 828)
nventarios, neto	(6 184 485)	(62 912)
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	45 051 235	20 034 521
eneficios a empleados	1 422 166	1 812 396
Pasivos por impuestos	146 058	43 078
Pasivos estimados	(80 000)	
E ectivo neto provisto por las actividades de operaci n	**. 2 .0**	**14.4 5.0 1**
Flu o de e ectivo de las actividades de inversi n		
dquisición de propiedades y equipo	(9 146 765)	(5 130 224)
dquisición de activos intangibles	(546 202)	(12 715)
E ectivo neto utili ado en las actividades de inversi n	**. 2.)**	**5.142. 3)**
Flu os de e ectivo de las actividades de inanciaci n		
bligaciones financieras, neto	(6 442 622)	(7 233 721)
plicación de excedentes	(535 116)	
E ectivo neto utili ado en las actividades de inanciaci n	**. . 3)**	**.233. 21)**
Disminucion) aumento neto de e ectivo e uivalente al e ectivo	**. 44. 2)**	**2.0 .421**
E ectivo e uivalentes de e ectivo al inicio del per odo	**10. 2 .5**	**. 2 .155**
E ectivo e uivalentes de e ectivo al inal del per odo	**3. 1. 50**	**10. 2 .5**

as notas que se acompa an son parte integrante de los estados financieros

DAVID MEJ A APATA
epresentante egal
(er certificación adjunta)

GERMÁN DE JESÚS CAR N RIOS
Contador
arjeta Profesional No 98328
(er certificación adjunta)

MARÍA JIMENA CALLE GAVIRIA
evisor Fiscal
arjeta Profesional No 303940
esignado por P C Contadores y uditores S S
(er informe adjunto)

1. INFORMACI N CORPORATIVA

Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida (en adelante la Fundación) obtuvo su personer a jur dica por medio de la resolución 2195, del 16 de octubre de 1991, de la obernación de ntioquia s una entidad sin nimo de lucro y tiene por objeto principal efectuar toda clase de actividades médicas y paramédicas en el campo comercial, investigativo y human stico, desarrollado principalmente en el rea del c ncer y sus tratamientos

l término de duración de la Fundación es indefinido y su domicilio principal es en la ciudad de edell n

Ne ocio en marc a

stos estados financieros han sido preparados sobre una base de negocio en marcha y no incluyen ning n ajuste a los valores en libros y clasificación de activos, pasivos y gastos reportados que de otra manera podr an ser requeridos si la base de negocio en marcha no fuera apropiada

2. BASES DE PREPARACI N Y PRINCIPALES POL TICAS CONTABLES SIGNIFICATIVAS

os estados financieros de la Compa a se han preparado de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia para preparadores de información financiera del rupo 2, las cuales est n fundamentadas en las Normas nternacionales de nformación Financiera para las Pymes emitidas por el Consejo de Normas nternacionales de Contabilidad (S por su sigla en inglés), incluidas en el ecreto nico eglamentario 2420 de 2015 y decretos posteriores que lo han modificado y actuali ado, y otras disposiciones legales definidas por las entidades de vigilancia y control

os estados financieros fueron autori ados para su emisión por la unta irectiva el 05 de febrero de 2026 os mismos pueden ser modificados y deben ser aprobados por la samblea eneral de Fundadores

as principales pol ticas contables aplicadas en la preparación de los estados financieros se detallan a continuación

2.1. Moneda uncional de presentaci n

as partidas incluidas en los estados financieros se miden utili ando la moneda del entorno económico primario en el cual opera la Fundación (la moneda funcional) os estados financieros se presentan en pesos colombianos, que es la moneda funcional y de presentación de la Fundación

2.2. Presentaci n clasi icaci n

a Fundación mantendr la presentación y clasificación de las partidas en los estados financieros de un periodo a otro, a menos que se presente un cambio importante en la naturale a de las actividades o una revisión de sus estados financieros, que ponga de manifiesto que ser a m s apropiada otra presentación o clasificación, tomando en consideración los criterios para la selección y aplicación de las pol ticas contables

os cambios en presentación y clasificación requieren que se revele lo siguiente

- a naturale a de la reclasificación
- l importe de cada partida o grupo de partidas que se han reclasificado y
- l motivo de la reclasificación

2.3. Clasi icaci n de activos pasivos en corriente no corriente

n activo se clasifica como activo corriente cuando se mantiene principalmente para propósitos de negociación o se espera que sea reali ado en un pla o no mayor a un a o después del periodo sobre el que se informa os dem s activos se clasifican como activos no corrientes

Vigilado Supersalud

n pasivo se clasifica como pasivo corriente cuando se mantiene principalmente para propósitos de negociación o se espera que sea liquidado en un pla o no mayor a un a o después del periodo sobre el que se informa los dem s pasivos se clasifican como pasivos no corrientes

2.4. Transacciones en moneda e tran era

as transacciones en monedas extranjeras se convierten a la moneda funcional utili ando las tasas de cambio vigentes en las fechas de las transacciones as ganancias o pérdidas en monedas extranjeras que surgen de esas transacciones y de la conversión a las tasas de cambios al cierre del a o para activos y pasivos monetarios denominados en monedas extranjeras, se reconocen en el estado de resultados

as pérdidas y ganancias por diferencias de cambio se presentan en la cuenta de pérdidas y ganancias en la l nea de tros ingresos (gastos), neto

2.5. E ectivo e uivalentes de e ectivo

l efectivo y los equivalentes de efectivo incluyen el efectivo en caja, depósitos a la vista y otras inversiones de alta liquide a corto pla o, con vencimiento original de tres meses o menos os sobregiros bancarios se muestran en los préstamos como pasivos corrientes en el estado de situación financiera

Se revelar en los estados financieros, acompa ado de un comentario por parte de la dministración, cualquier importe significativo de sus saldos de efectivo y equivalentes al efectivo que no esté disponible para ser utili ado por ella misma

2. . Instrumentos inancieros

2. .1. Activos inancieros

2. .1.1 Clasi icaci n

Cuentas por cobrar pr stamos

Clasificación

as cuentas por cobrar y préstamos son activos financieros no derivados que dan derecho a pagos fijos o determinables y que no coti an en un mercado activo Se presentan en el activo corriente, excepto aquellos con vencimiento mayor a 12 meses después del per odo de reporte, los cuales se clasifican como activos no corrientes as cuentas por cobrar incluyen las cuentas por cobrar comerciales y otras cuentas por cobrar

econocimiento y medición

as cuentas por cobrar comerciales cuyo recaudo de espera es un a o o menos, se clasifican como activos corrientes, de lo contrario se presentan como activos no corrientes as cuentas por cobrar comerciales se reconocen inicialmente a su valor ra onable y posteriormente se miden a su costo amorti ado usando el método de interés efectivo, menos la provisión por deterioro

aja de activos financieros

os activos financieros se eliminan del estado de situación financiera cuando los derechos a recibir flujos de efectivo de las inversiones expiran o se transfieren y la Fundación ha transferido sustancialmente todos los riesgos y beneficios derivados de su propiedad

eterioro del valor de los activos financieros

a Fundación eval a al final de cada ejercicio si existe evidencia objetiva del deterioro de un activo financiero o grupo de activos financieros n activo financiero o un grupo de activos financieros est deteriorado y se ha incurrido en pérdidas por deterioro del valor, si existe evidencia objetiva del deterioro como resultado de uno o m s eventos que hayan ocurrido después del reconocimiento inicial del activo (un evento de pérdida) y que ese evento de pérdida (o eventos) tiene un impacto en los flujos de efectivo futuros estimados del activo financiero o grupo de activos financieros que pueden calcularse de forma fiable

a evidencia de deterioro puede incluir indicadores sobre un deudor o un grupo de deudores que est n experimentando dificultades financieras significativas, que no han efectuado sus pagos o que tienen retrasos en el pago de intereses o del principal, que existe la probabilidad de que sufran quiebra u otra reorgani ación financiera, y que los datos observables, tales como condiciones económicas relacionadas con atrasos, indican que existe una disminución medible de los flujos futuros de efectivo estimados

lgunos indicadores de posible deterioro de las cuentas por cobrar son dificultades financieras del deudor, la probabilidad que el deudor vaya a iniciar un proceso de quiebra o de reorgani ación financiera y el incumplimiento o falta de pago (m s de 1 d a de vencido)

Para las categor as de instrumentos financieros medidos al costo amorti ado, el importe de la pérdida se mide como la diferencia entre el valor en libros del activo y el valor presente de los flujos de efectivo futuros estimados (excluyendo las pérdidas crediticias futuras en las que no se haya incurrido), descontados al tipo de interés efectivo original del activo financiero l valor en libros del activo se reduce y el importe de la pérdida se reconoce en el estado de resultados Si el instrumento financiero tiene una tasa de interés variable, el tipo de descuento para valorar cualquier pérdida por deterioro es el tipo de interés efectivo actual determinado bajo las condiciones acordadas Como recurso pr ctico, la Fundación puede medir el deterioro de la base del valor ra onable de un instrumento utili ando un precio de mercado observable

Si, en un per odo posterior, el monto de la pérdida por deterioro disminuye y la disminución puede ser objetivamente relacionada con un evento posterior al reconocimiento del deterioro, la reversión de la pérdida por deterioro reconocida previamente se reconoce en el estado de resultados

Cuando una cuenta por cobrar se considera incobrable, se castiga contra la respectiva provisión para cuentas de cobran a dudosa a recuperación posterior de montos previamente castigados se reconoce con crédito a la cuenta de gastos de ventas y de comerciali ación en el estado de resultados

2. .2. Pasivos inancieros

os pasivos financieros corresponden a las fuentes de financiación obtenidas por la Fundación a través de créditos bancarios, cuentas por pagar a proveedores y acreedores

os créditos bancarios se reconocen inicialmente por su valor ra onable, neto de costos de transacción incurridos a diferencia entre el importe recibido y su valor principal se reconoce en el resultado del periodo durante el tiempo de amorti ación de la obligación financiera, utili ando el método de tasa de interés efectiva

as cuentas por pagar se reconocen inicialmente a su valor ra onable y posteriormente se miden a su costo amorti ado, usando el método de interés efectivo Para efectos de determinar el costo amorti ado, se calculan estad sticas del porcentaje histórico de pago a los proveedores de bienes y servicios

aja de pasivos financieros

Se dar de baja en cuentas un pasivo financiero (o una parte de un pasivo financiero) cuando se haya extinguido, es decir, cuando la obligación especificada en el contrato haya sido pagada, cancelada o haya expirado Si se intercambian instrumentos financieros con condiciones sustancialmente diferentes, estas se contabili ar n como una cancelación del pasivo financiero original y el reconocimiento de uno nuevo

Similarmente, si se trata de una modificación sustancial de las condiciones de un pasivo financiero existente o de una parte del mismo Se reconoce en los resultados cualquier diferencia entre el importe en libros del pasivo financiero (o de una parte de pasivo financiero) cancelado o transferido a un tercero y la contraprestación pagada, incluyendo cualquier activo transferido que sea diferente del efectivo o del pasivo asumido

2. . Inventarios

os inventarios representan bienes corporales destinados en el curso normal del negocio Se reconocer n como inventarios aquellos activos que

- Son mantenidos para el suministro a pacientes y para el consumo interno en la prestación de servicios de salud, tales como medicamentos y dispositivos médicos
- Se utilicen en alg n proceso de preparación de dosis unitaria
- os inventarios se deber n medir al costo o al valor neto reali able, el menor de los dos

l costo comprende todas las erogaciones pagadas para su adquisición y transformación, necesarios para colocarlos en la situación de consumo o venta, tales como

- l precio de compra, de acuerdo con la factura del proveedor
- os aranceles de importación, en caso de importación de inventarios
- os seguros en las importaciones, siempre que éstos sean de car cter obligatorio
- l transporte, cuando aplique erogación de este concepto
- l almacenamiento necesario para el proceso productivo o de prestación de servicios

os descuentos comerciales, financieros o por volumen y las bonificaciones obtenidas se deducir n del precio de adquisición éstos no ser n ingresos

os inventarios se contabili an al costo promedio l cierre de cada per odo se hace prueba de deterioro o pérdida de valor de los inventarios n caso de materiali arse tal deterioro o pérdida de valor los inventarios se ajustan contra resultados

2. . Propiedades e uipo

a propiedad y equipo se expresan al costo histórico menos la depreciación acumulada y cualquier pérdida por deterioro del valor acumulada l costo histórico incluye los desembolsos directamente atribuibles para colocar el activo en su ubicación y condición necesarias para que pueda operar de la forma esperada por la dministración

a Fundación incluye en el importe en libros de un elemento de propiedades y equipo el costo por el reempla o de partes de dicho elemento cuando se incurre en ese costo si se espera que la parte reempla ada le proporcione beneficios incrementales futuros a la Fundación l importe en libros de la parte reempla ada se da de baja Cualquier otra reparación y mantenimiento se carga en el estado de resultados durante el periodo en el cual ocurre

Se deber reconocer las propiedades y equipo cuando se cumplan las siguientes condiciones

- os beneficios económicos futuros asociados fluir n a la Fundación
- l costo puede ser medido de forma fiable
- Se espera usar durante m s de un ejercicio económico
- No est destinado para la venta dentro de la actividad ordinaria de la Fundación

os repuestos y accesorios se reconocer n en el estado de resultados del per odo en que se incurran

os activos adquiridos para seguridad y gestión ambiental, entre otros, que no est n vinculados directamente con la operación, pero que se requieren para que la Fundación logre obtener los beneficios económicos derivados del resto de los activos, ser n considerados como propiedades y equipo y se reconocer n y registrar n como tales

as renovaciones y mejoras significativas que se incurren con posterioridad a la adquisición del activo son incluidas en el valor en libros del activo o reconocidas como un activo separado, cuando cumple las condiciones mencionadas anteriormente

os costos de mantenimiento menores, conservación y reparación de los activos, se registran directamente en los resultados del ejercicio en el momento en que se incurren

os terrenos no se deprecian a depreciación de los otros activos se carga para asignar el costo de activos durante sus vidas tiles estimadas, utili ando el método de l nea recta as vidas tiles estimadas son las siguientes

Concepto	Vida til en a os)
Construcciones y edificaciones	100
aquinaria y equipo	10
quipo de oficina	5
quipo de cómputo y comunicaciones	5
quipo de transporte	10
aquinaria y equipo médico	10

Si existe alg n indicio de que se ha producido un cambio significativo en la tasa de depreciación o vida til de un activo, se revisa la depreciación de ese activo y se procede a ajustar de forma prospectiva para reflejar las nuevas expectativas, esta revisión se har al menos al cierre de cada per odo sobre el que se informa

ejoras en propiedades ajenas

as mejoras en propiedades ajenas deber n registrarse como un activo fijo, seg n su función, y deber n depreciarse en el menor tiempo entre su vida económica y la duración del contrato de arrendamiento eber n considerarse las renovaciones del contrato de arrendamiento en la determinación del periodo de depreciación, solamente cuando es altamente seguro que estas renovaciones se vayan a hacer

2. . Arrendamientos

Se clasifican como arriendos operativos aquellos en los cuales, sustancialmente, la Fundación retiene todos los riesgos y beneficios de propiedad os pagos hechos bajo arrendamientos operativos (netos de cualquier incentivo recibido del arrendador) se cargan en el estado de resultados en l nea recta durante el periodo del arrendamiento

os arriendos financieros se capitali an al comien o del arrendamiento por el menor entre el valor ra onable de la propiedad arrendada y el valor presente de los pagos de arrendamiento m nimos Cada pago de arrendamiento se distribuye entre el pasivo y los cargos financieros utili ando el método de interés efectivo as obligaciones por renta, netas de los cargos financieros, se incluyen en los préstamos en el estado de situación financiera

2.10. Activos Intan ibles distintos de la plusval a

a Fundación medir inicialmente un activo intangible al costo y posterior al reconocimiento los medir al costo menos cualquier amorti ación acumulada y cualquier pérdida por deterioro de valor acumulada odos los activos intangibles tienen una vida til finita Si la Fundación no logra hacer una estimación fiable de la vida til de un activo intangible, se supondr que la vida til es de die a os a amorti ación comen ar cuando el activo intangible esté disponible para su utili ación y se amorti ar utili ando el método lineal

2.11. Impuesto sobre la renta corriente

a Fundación como entidad sin nimo de lucro, pertenece al régimen tributario especial de conformidad con el art culo 19, numeral 2 del estatuto tributario Por lo tanto, est sometida al impuesto de renta y complementario sobre el beneficio neto o excedente a la tarifa nica del 20 antiene su car cter exento siempre y cuando se destine a las actividades de salud, deporte aficionado, educación, cultura, investigación cient fica y tecnológica y programas de desarrollo social, siempre que estas sean de interés general y a ellas tenga acceso la comunidad, y que sus excedentes sean reinvertidos totalmente en la actividad de objeto social

2.12. Bene icios a los empleados

epresentan el valor de los pasivos a favor de los empleados urante el per odo se registran estimaciones globales que son ajustadas al final del ejercicio, determinando el monto a favor de cada trabajador, de conformidad con las disposiciones legales Se reali an aportes periódicos para cesant as y seguridad social integral (salud, riesgos profesionales y pensiones)

a Fundación reconoce el costo de todos los beneficios a los empleados, a los que estos tengan derecho como resultado de servicios prestados a la misma durante el per odo sobre el que se informa

2.13. Reconocimiento de in resos

a Fundación reconoce el ingreso cuando el importe del ingreso puede ser medido confiablemente es probable que los beneficios económicos futuros entrar n a la Fundación y se cumplen criterios espec ficos para cada una de las actividades

Cuando los servicios se presten a través de un n mero indeterminado de actos, a lo largo de un periodo de tiempo especificado, los ingresos de actividades ordinarias se reconocen de forma lineal a lo largo del intervalo de tiempo acordado Cuando la Fundación reciba pagos anticipados para la prestación de servicios o para la entrega de bienes en periodos futuros, deber reconocer un pasivo no financiero (ingreso diferido) por el valor ra onable de la contraprestación recibida l pasivo reconocido, deber ser trasladado al ingreso dentro del estado de resultados, en la medida en que se preste el servicio o se realice la venta del bien n cualquier caso, el pasivo reconocido deber ser trasladado al ingreso en su totalidad, cuando finalice la obligación de la Fundación de entregar el bien o prestar servicios para los cuales fue entregado el anticipo

os ingresos por otros conceptos se reconocen en los estados financieros a su valor ra onable en el momento en que se generen

2.14. Estimados contables

a dministración de la Fundación hace estimaciones y supuestos que afectan el monto reportado de los activos y pasivos en a os futuros ichas estimaciones y supuestos son continuamente evaluados basados en experiencias pasadas y otros factores, incluyendo expectativas de futuros eventos que se esperan bajo circunstancias actuales

l siguiente es un resumen de los principales estimados contables y juicios hechos por la Fundación en la preparación de los estados financieros

2.14.1. Deterioro de activos no monetarios

a Fundación eval a anualmente si sus propiedades y equipo e intangibles, han sufrido deterioro en su valor de acuerdo con las pol ticas indicadas en la Nota 2 8 y 2 10 a Fundación no ha identificado eventos o cambios en circunstancias económicas que indiquen que el valor en libros de los activos no es recuperable

2.14.2. Vidas tiles de las propiedades e uipo

a determinación de la vida til económica de las propiedades y equipo est sujeta a la estimación de la administración de la Fundación respecto del nivel de utili ación de los activos, as como de la evolución tecnológica esperada a Fundación revisa regularmente la totalidad de sus tasas de depreciación para tener en cuenta cualquier cambio respecto del nivel de utili ación, marco tecnológico y su desarrollo futuro, que son eventos dif ciles de prever, y cualquier cambio podr a afectar los futuros cargos de depreciación y los montos en libros de los activos

2.14.3. Impuesto sobre la renta

a Fundación est sujeta a las regulaciones colombianas en materia de impuestos uicios significativos son requeridos en la determinación de las provisiones para impuestos xisten transacciones y c lculos para los cuales la determinación de impuestos es incierta durante el curso ordinario de las operaciones a Fundación eval a el reconocimiento de pasivos por discrepancias que puedan surgir con las autoridades de impuestos sobre la base de estimaciones de impuestos adicionales que deban ser cancelados os montos provisionados para el pago de impuesto sobre la renta son estimados por la administración sobre la base de su interpretación de la normatividad tributaria vigente y la posibilidad de pago

os pasivos reales pueden diferir de los montos provisionados generando un efecto negativo en los resultados y la posición neta de la Fundación Cuando el resultado tributario final de estas situaciones es diferente de los montos que fueron inicialmente registrados, las diferencias impactan al impuesto sobre la renta corriente y diferido activo y pasivo en el periodo en el que se determina este hecho

a Fundación eval a la recuperabilidad de los activos por impuestos diferidos con base en las estimaciones de resultados fiscales futuros y de la capacidad de generar resultados suficientes durante los per odos en los que sean deducibles dichos impuestos diferidos os pasivos por impuestos diferidos se registran de acuerdo con las estimaciones reali adas de los activos netos que en un futuro no ser n fiscalmente deducibles

2.14.4. Deterioro de cuentas por cobrar

a Fundación revisa al menos anualmente sus cuentas por cobrar para evaluar su deterioro Para determinar si una pérdida por deterioro debe ser registrada en los resultados, la Fundación reali a juicios sobre si hay alguna información observable que indique un deterioro y si es posible hacer una medición fiable de los flujos de efectivo futuros estimados sta evidencia puede incluir datos observables que indiquen que se ha producido un cambio adverso en el estado de pago de las contrapartes, o condiciones económicas nacionales o locales que se correlacionen con los impagos de los activos de la Fundación a dministración utili a estimaciones basadas en pérdidas históricas para activos con caracter sticas de riesgo de crédito similares a metodolog a e hipótesis utili adas para la estimación de la cantidad y oportunidad de los flujos de efectivo futuros son revisadas regularmente para reducir cualquier diferencia entre las estimaciones de pérdidas y pérdidas efectivas

2.14.5. Provisiones

a Fundación reali a estimaciones de los importes a liquidar en el futuro, incluyendo las correspondientes obligaciones contractuales, litigios pendientes u otros pasivos

ichas estimaciones est n sujetas a interpretaciones de los hechos y circunstancias actuales, proyecciones de acontecimientos futuros y estimaciones de los efectos financieros de dichos acontecimientos

2.15. Administraci n de ries os inancieros

2.15.1. Administraci n de ries os inancieros

as actividades de la Fundación la exponen a una variedad de riesgos financieros en su operación riesgos de mercado (incluyendo los riesgos de tipo de cambio, tasa de interés y de precios), riesgo de crédito y riesgo de liquide s por esto que la Fundación ajusta sus pol ticas de gestión de riesgos para minimi ar los efectos adversos en la posición financiera, esto incluye una correcta identificación y evaluación de los riesgos financieros, y el dise o de controles efectivos para mitigar su probabilidad de ocurrencia e impacto

a dministración de la Fundación tiene a su cargo la gestión de riesgos de acuerdo con las pol ticas establecidas, y que dando cumplimiento a los lineamientos entregados por la Supersalud, la Fundación se encuentra en la fase final de la implementación del Sistema ntegral de estión de iesgos, el cual se encargar del ciclo de riesgos

2.15.2. Administraci n esti n de otros ries os inancieros

n cumplimiento de lo establecido en la Circular xterna 20211700000004 5 de la Superintendencia Nacional de Salud, la Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida implementa un Sistema ntegral de estión de iesgos, el cual le permite a la Fundación, gestionar los diferentes riesgos financieros y no financieros a los que se ve expuesta en su operación l S de la Fundación se encuentra conformado por los siguientes subsistemas

- **Ries o operacional** Corresponde al efecto que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros

- **Ries o actuarial** s la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos seg n los diferentes tipos de contratos (c pita, evento, rupo elacionado de iagnóstico, Pago lobal Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron

- **Ries o de cr dito** Hace referencia a la probabilidad de que Cl nica ida incurra en pérdidas financieras debido a la entrada en impagos totales o parciales por parte de los deudores de la fundación (personas naturales o jur dicas que hayan contra do créditos con la institución), la materiali ación de estos riesgos puede afectar negativamente los estados financieros y comprometer la continuidad de la operación de la fundación

- **Ries o de li uide** Corresponde a la probabilidad de que Cl nica ida no pueda hacerse responsable con el cumplimiento de sus obligaciones a corto pla o contra da con sus acreedores, esto generado por diferentes factores los cuales provocan que la institución pierda su capacidad de convertir sus activos en liquide sin que se incurran en pérdidas financieras que afecten la continuidad de la operación

- **Ries o de mercado** Hace referencia a la probabilidad de que Cl nica ida incurra en pérdidas financieras debido a diferentes variables que afecten el mercado, que provoquen un aumento exponencial en el costo de las obligaciones con sus acreedores, la pérdida del valor de los activos, pérdida del valor de las inversiones y o pérdidas por las variaciones en los precios de los productos y servicios ofrecidos

- **Ries o en Salud** Hace referencia a la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables que pongan en riesgo la salud de un paciente, lo cual derive en la utili ación de una mayor cantidad de recursos por parte de la institución para su atención, sabiendo que esto se hubiese podido evitar

- **Ries o de Lavado de Activos Financiaci n del Terrorismo** s la probabilidad de ocurrencia de eventos al interior de la organi ación, relacionados con delitos fuente de lavado de activos y financiación del terrorismo, seg n lo tipificado en el código penal colombiano

- **Ries o de corrupci n opacidad raude soborno** Hace referencia a la probabilidad de ocurrencia de eventos al interior de la organi ación, que estén relacionados con actuaciones fraudulentas, poco transparentes o por el ofrecimiento o solicitud de d divas o favores inadecuados, para el beneficio propio o de un tercero, y que atenten en contra de las pol ticas de transparencia de la institución y de la legislación nacional

I S le permite a la Fundación identificar los riesgos a los que se ve expuesta en su operación, evaluarlos, dise ar los diferentes controles que mitiguen su probabilidad de ocurrencia e impacto y mantener un monitoreo constante sobre estos

ambién cabe recordar, que el S cuenta con los medios tecnológicos necesarios para facilitar la gestión y que actualmente, se dispone de los controles necesarios ya definidos para evitar la materiali ación de los riesgos

a Fundación aplica una administración enfocada en riesgos, que est comprometida en el constante fortalecimiento del S y que cuenta con el compromiso de todos sus colaboradores en la gestión del riesgo, para as proteger a la Fundación a una sobreexposición

3. CAMBIOS NORMATIVOS

urante el a o 2025 no se incluyeron cambios a las pol ticas N F para las Pymes que est n incluidas en el nexo técnico del ecreto 2420 de 2015

Nueva normatividad emitida por el Consejo de Normas nternacionales de Contabilidad (S por su sigla en inglés) que a n no ha sido incorporada al marco contable aceptado en Colombia

ercera edición de la N F para las P S

a tercera edición de la Norma de Contabilidad N F para P S emitida por el Consejo de Normas nternacionales de Contabilidad (S por su sigla en inglés) en febrero de 2025 modificó y revisó secciones de la Norma de Contabilidad N F para las P S esta nueva normatividad a n no ha sido incorporada al marco contable aceptado en Colombia
a Norma nternacional de nformación Financiera para las Peque as y edianas ntidades (Norma de Contabilidad N F para las P S) se establece en las secciones 1 a 35 y en los péndices y

4. EFECTIVO Y E UIVALENTES DE EFECTIVO

l saldo del efectivo y equivalentes al efectivo comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Caja	4,050	1,440
ancos cuentas corrientes	207,714	1,045,974
ancos cuentas de ahorros	926,428	7,039,103
Cartera colectiva	2,743,758	2,640,059
	3 1 50	**10 2 5**

Se tiene como pol tica el mantener los recursos disponibles para el pago de las obligaciones con los proveedores y los gastos operativos

l 31 de diciembre se efectuaron las respectivas conciliaciones bancarias, adem s no presenta restricciones para su uso ni se encuentra pignorado como garant a a terceros

5. CUENTAS POR COBRAR COMERCIALES Y OTRAS CUENTAS POR COBRAR NETO

l saldo de las cuentas por cobrar comerciales y otras cuentas por cobrar, neto comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Facturación pendiente de radicar (1)	39,718,890	24,181,709
Facturación radicada (1)	101,917,463	57,525,754
tras cuentas por cobrar (2)	1,492,113	678,437
Cuentas por cobrar a proveedores y contratistas (3)	237,409	74,848
eterioro (4)	(11,059,809)	(7,147,437)
	132 30 0	**5 313 311**
Corriente	126,131,826	72,690,745
No corriente	6,174,240	2,622,566

(1) l detalle de las cuentas por cobrar corrientes por cliente en el a o 2025 es el siguiente

Entidad	Cuentas por cobrar por radicar)	Facturaci n radicada
PS Suramericana S	17,099,536	25,206,538
nión emporal	10,172	3,628,815
Coosalud ntidad Promotora de Salud S	6,245,615	25,783,500
Sanitas PS	19,877	481,565
Salud otal PS S		424,120
lian a edell n ntioquia PS	9,413,496	34,375,347
Compa a suramericana de seguros	534,694	432,478
roclin S S	324,836	978,480
Secretaria Seccional e Salud	28,209	751,663
Colsanitas P	149,383	125,437
ristol yers squib	111,878	30,232
Coomeva edicina Prepagada	240,381	328,355
erc Sharp omhe Colombia	576,968	3,217
Comfachoco Caja de Compensación Familiar	3,244,323	
magenes e ida Salud S S	7	64 354
em s entidades	1,719,515	9,303,362
Total	**3 1 0**	**101 1 4 3**

n 2024 el detalle fue el siguiente

Entidad	Cuentas por cobrar por radicar)	Facturaci n radicada
PS Suramericana S	10,925,221	18,084,708
nión emporal	27,572	4,186,636
Coosalud ntidad Promotora de Salud S	7,496,359	11,821,250
Sanitas PS	14,585	1,069,769
Salud otal PS S	1,264	408,244
lian a edell n ntioquia PS	1,819,654	11,575,225
Compa a suramericana de seguros	197,747	227,869
roclin S S	118,920	557,371
Secretaria Seccional e Salud	28,209	751,663
Colsanitas P	72,317	92,210
ristol yers squib	42,651	119,272
Coomeva edicina Prepagada	117,817	305,865
erc Sharp omhe Colombia	667,991	47,929
Comfachoco Caja de Compensación Familiar	1,819,062	977,347
magenes e ida Salud S S		82,389
em s entidades	832,340	7,218,007
Total	**24 1 1 0**	**5 525 54**

( ) ncluye los cargos por facturar de los pacientes acostados y ciclos de quimioterapias en curso, centro de investigación y laboratorio de patolog a por 23,291,555 (2024 8,069,672)

(2) ncluye seguros pagados por anticipado por 198,900 (2024 147,651) reclamaciones por cobrar a PS por concepto de incapacidades y reclamaciones a empresas por 145,586 (2024 179,892) saldos a favor por impuesto de renta por 41,794 (2024 33,983) cuentas por cobrar a trabajadores por 34,924 (2024 4,371) y otras cuentas por cobrar por 1,070,909 (nion temporal conciencia osa 978 365, Sociedad médica ionegro 81 105 y otros 11,339) (2024 312,540)

(3) Corresponde a desembolsos entregados a contratistas y proveedores para el mantenimiento rutinario de las instalaciones de la sede a 80 y reparaciones, adecuaciones y otros recurrentes

(4) l movimiento del deterioro de cartera por los a os que terminaron al 31 de diciembre es el siguiente

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Saldo inicial	**14 43**	**33 1**
asto deterioro	5,643,178	3,178,658
Castigo de cartera	(1,730,806)	(2,367,399)
Saldo inal	**11 05 0**	**14 43**

a composición del deterioro de cartera fue como se detalla a continuación

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Cafesalud PS (a)	2,835,849	2,848,985
PS Suramericana S (b)	630,360	831,995
Cru blanca PS S (c)	637,763	639,455
Secretar a Secciona de Salud (d)	375,831	751,289
Coomeva (e)	364,060	364,060
lian a edell n ntioquia PS (f)	1,274,407	804,421
Coosalud ntidad Promotora de Salud S (g)	3,400,431	214,626
Salud otal PS S	198,565	241,874
tras entidades (h)	1,342,543	450,732
	11 05 0	**14 43**

l deterioro de la cartera por cliente fue el siguiente

(a) Cafesalud PS liquidada y en proceso ejecutivo, en febrero 2022 declararon estado de desequilibrio económico, ra ón por la cual pasó a ser operada por Soluciones, sin m s notificaciones expresas del proceso, y desde entonces han reali ado pagos por 13 136 Se deterioró el 100 de la cartera al 31 de diciembre de 2025 por 2,835,849

(b) PS Suramericana S se deterioró 630,360, donde su participación mayor se debe P S

(c) Cru blanca PS S corresponde al valor pendiente reconocido en la resolución 592 2020 n febrero del 2022 declararon estado de desequilibrio económico, ra ón por la cual pasó a ser operada por Soluciones y desde la fecha se han recibo pagos por 131,550 Se deterioró el 100 del saldo de cartera por 637,763

(d) Secretar a Secciona de Salud se deterioró las cuentas de iocelina antilla, paciente que en auditor as de la Secretar a figura como compensada a SaludCoop PS y el riesgo de pérdida es alto, por lo cual se determinó clasificarlo en un riesgo y, adicionalmente, se tienen facturas con devoluciones emitidas por el ente territorial y a la fecha no se han subsanado Su porcentaje de deterioro en el total de la cartera es del 50 por 751,663

(e) Coomeva l 24 de enero de 2024, mediante esolución 002, se declaró terminada su existencia legal

(f) lian a edell n ntioquia PS se calculó deterioro del 67 a la cartera vencida a m s de 360 d as por 1 274,407 considerando la toma de posesión e intervención por la Supersalud

(g) Coosalud ntidad Promotora de Salud S se calculo el deterioro del 52 a la cartera vencida a m s de 360 d as por valor de 6 497 610 considerando el riesgo en la recuperación con esta entidad

(h) tras entidades la administración de acuerdo con las pol ticas sobre deterioro de cartera reali a un an lisis individual por cada cliente, en donde se eval an factores como incumplimientos en los pagos, procesos de liquidación, intervención por parte de entidades del estado, concordato, reestructuración y dificultades económicas del sector salud

. INVENTARIOS NETO

l saldo de los inventarios, neto comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
edicamentos y material médico quir rgico	11,593,358	5,531,285
eterioro ( )	(18,315)	(79,521)
	11 5 5 042	**5 451 4**

as cuentas de inventarios son reconocidas por su costo histórico y son valoradas por el método de costo promedio a Fundación reali a toma f sica de inventarios mensual para asegurar la existencia

( ) l movimiento del deterioro de inventarios por los a os que terminaron al 31 de diciembre es el siguiente

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Saldo inicial	79,521	79,521
ecuperación de deterioro	(61,206)	
	1 315	**521**

. PROPIEDADES Y E UIPO NETO

l saldo de las propiedades y equipo comprend a

Concepto	Terrenos	Edi icaciones	Ma uinaria e uipo	E uipo de o icina	E uipo de c mputo comunicaciones	Ma uinaria e uipo m dico	E uipo de transporte	Total
Costo al 31 de diciembre de 2024	**2 4**	**110 1 2 1**	**2 22 22**	**2 3 1 2**	**1 04 513**	**13 024 054**	**13 500**	**15 413 123**
nticipos ( )		2,447,169		2,713		183,095		2,632,977
diciones			114,756	47,182	916,254	1,443,863		2,522,055
morti aciones de mejoras		(473,418)	(4,287)	(129,948)				(607,653)
eclasificaciones			(71,056)	92,032	(18,374)	(27,410)		(24,808)
Costo al 31 de diciembre de 2024	**2 4**	**112 1 012**	**2 2 5 42**	**2 3 3 1**	**1 4 3 3**	**14 23 02**	**13 500**	**1 1 35 4**
nticipos ( )		2,651,852				1,440,000		4,091,852
diciones		5,749,867	351,208	1,811,292	230,504	1,086,448	269,900	9,499,219
morti aciones de mejoras		(473,418)	(4,287)	(129,949)				(607,654)
eclasificaciones		(2,731,888)	(63,884)	(1,458,180)	(7,259)	(183,095)		(4,444,306)
Costo al 31 de diciembre de 2025	**2 4**	**11 425**	**2 54**	**2 0 024**	**2 1 3**	**1 55**	**40 400**	**1 0 4 4 05**
Depreciaci n p rdidas por deterioro del valor acumulado al 1 de enero de 2024		**5 2 1 2)**	**1 45 5)**	**32 0)**	**4 41)**	**5 020 22)**	**2 2 4)**	**14 3 1)**
asto por depreciación 2024		(1,454,451)	(148,519)	(480,663)	(206,020)	(1,021,565)	(14,757)	(3,325,975)
Depreciaci n p rdidas por deterioro del valor acumulado al 31 de diciembre de 2024		**01 13)**	**1 0 2 4)**	**1 413 43)**	**0 1)**	**041 4)**	**43 041)**	**1 003 33)**
asto por depreciación 2025		(1,955,766)	(118,973)	(214,413)	(323,793)	(1,153,484)	(82,232)	(3,848,661)
Depreciaci n p rdidas por deterioro del valor acumulado al 31 de diciembre de 2025		**2 3)**	**1 2 25)**	**1 2 05)**	**1 204 54)**	**1 5 2)**	**125 2 3)**	**21 51)**
Valor neto en libros al 31 de diciembre de 2024	**2 4**	**104 4 3**	**5 35**	**0 21**	**1 0 5 432**	**5 1 0**	**3 45**	**143 32 35**
Valor neto en libros al 31 de diciembre de 2025	**2 4**	**10 015 04**	**22 422**		**4 4**	**1**	**2 1 12**	**14 22 0**

( ) n el a o 2025 se entregaron anticipos de construcciones y edificaciones por 2,651,852 que tienen que ver con las remodelaciones y adecuaciones de la sede 80 central de me clas que se encuentran en ejecución para apertura en los primeros meses del a o de 2026 n el a o 2024 se entregaron anticipos de construcciones y edificaciones por 2,632,977 que tienen que ver con las remodelaciones y adecuaciones de la sede del poblado y que fueron legali ados e incorporados como activos fijos en el a o 2025

l 31 de diciembre de 2025 y 2024, la Fundación verificó los indicios de deterioro sobre la clasificación de las propiedades y equipo, y determino que no existen indicios de deterioro que exijan cambios en las condiciones actuales o el reconocimiento de deterioro

n el a o 2023 la Fundación reali ó un avaluó comercial de la sede 80 dando como resultado un valor de 126,063,190 con una variación positiva de 13,938,272, dando como resultado un mayor valor de terrenos de 10,830,624 y de edificaciones de 3,107,648 l aval o fue contratado con Consultores nmobiliarios S S

. ACTIVOS INTANGIBLES NETO

l saldo del intangible comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
icencias y soft are	2,831,687	2,285,485
morti ación acumulada	(2,330,312)	(2,141,422)
	501 3 5	**144 0 3**

l gasto de amorti ación en 2025 fue 188,891 (2024 171,767) n el a o 2025 de compraron licencias por 546,198

. OBLIGACIONES FINANCIERAS

l saldo de las obligaciones financieras comprend a al 31 de diciembre de 2025

Re erencia cr dito	Banco	Tipo de cr dito	Tasa	Pla o	Periodo de racia	Fec a inicial	Fec a de vencimiento	Porci n corriente	Porci n no corriente	Saldo inal 2025
5980073216	ancolombia	peración espec fica rdinaria	F 4,10	72	36	2021 05 10	2026 12 10	504,717		504,717
413265972	ancolombia	peración espec fica cesant as	N 2,885	12	0	2025 02 10	2026 02 10	566,667		566,667
142468 8	anco itau	easing	3 330	60	0	2025 09 25	2030 09 25	288,000	1,133,801	1,421,801
1811307410 8	anco Popular	easing	1 3,4	48	0	2024 12 10	2028 12 10	67,475	147,331	214,806
1811307257 1	anco Popular	peración espec fica Findeter	1 2,4	36	0	2024 02 28	2027 02 28	982,222	163,704	1,145,926
001 03 0001016321	anco avivienda	easing	4,30	145	36	2022 03 25	2034 03 25	6,620,690	69,014,682	75,635,372
arjeta de crédito	ancolombia y avivienda	N	N	N	N	N	N	724		724
							TOTAL	**030 4 5**	**0 45 51**	**4 0 013**

Saldos de las obligaciones financieras comprend a al 31 de diciembre de 2024

Re erencia cr dito	Banco	Tipo de cr dito	Tasa	Pla o	Periodo de racia	Fec a inicial	Fec a de vencimiento	Porci n corriente	Porci n no corriente	Saldo inal 2024
5980073216	ancolombia	peración espec fica rdinaria	F 4,10	72	36	2021 05 10	2026 12 10	546,495	464,940	1,011,435
5980076196	ancolombia	peración espec fica Findeter	N 1,9	36	0	2022 03 10	2025 03 10	303,000		303,000
4900085350	ancolombia	peración espec fica Cesant as	N 0,787	12	0	2024 02 09	2025 02 09	287,909		287,909
4900085352	ancolombia	peración espec fica cesant as	N 2,885	12	0	2024 02 09	2025 02 09	241,623		241,623
1811306635 8	anco Popular	peración espec fica Findeter	S 0,65	36	0	2022 03 09	2025 03 09	416,667		416,667
1811307257 1	anco Popular	peración espec fica Findeter	1 2,4	36	0	2024 02 28	2027 02 28	982,222	1,145,926	2,128,148
001 03 0001016321	anco avivienda	easing	4,30	145	36	2022 03 25	2034 03 25	6,620,690	73,379,310	80,000,000
Contrato de transacción	unicipio de edell n	Contrato de transacción	10 4	36	0	2022 08 01	2025 07 01	1,531,640		1,531,640
arjeta de crédito	ancolombia y avivienda	N	N	N	N	N	N	12,213		12,213
							TOTAL	**10 42 45**	**4 0 1**	**5 32 35**

10. CUENTAS POR PAGAR COMERCIALES Y OTRAS CUENTAS POR PAGAR

l saldo de las cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar al 31 de diciembre comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Proveedores (1)	101,667,785	57,903,727
Honorarios médicos	5,379,471	4,881,831
rrendamientos	601,843	258,302
tras cuentas por pagar (2)	902,154	583,254
tros costos y gastos por pagar	257,350	161,000
Servicios p blicos		194
Seguros	30,940	
	10 3 543	**3 30**

(1) Corresponde a compras de bienes y servicios reali ados con los siguientes proveedores

Terceros	2025	2024
Productos oche S	16,006,161	13,214,895
m genes de ida y Salud S S	4,425,684	3,644,787
erc Sharp ohme Colombia S	17,683,006	7,596,190
mgen iotecnológica S S	3,472,552	2,198,208
ristol yers Squibb de Colombia S	9,910,067	6,733,883
nversiones odo rogas S S	3,368,254	1,812,471
iagnóstico y sistencia édica S	3,699	5,382
nstituto de Cancerolog a		72,114
sn abs méricas S S	150,742	119,898
onelly S	705,445	557,669
Cru oja Colombiana Seccional ntioquia	1,880,870	1,362,626
ndustria met licas los pinos	58,143	52,239
ime méricas S S	701,302	252,615
Cedimed S	829,213	350,142
iberty net or s de Colombia S S	69,123	38,355
xon dispositivos médicos S S	160,290	145,154
encell Pharma S S	276,208	128,097
edicamentos y suministros hospitalarios S	134,590	58,601
Po er medical S S	248,208	112,410
eleflex edical Colombia S S	296,931	104,499
istrimedical S S	233,494	43,125
ecnologias edicas Colombia S S	450,565	163,993
iosidus Colombia S S	9,896	254,073
sesores io cient ficos asociados S S	564,780	215,822
axalta Cilag S S		1,960,121
aboratorio édico chavarr a	23,797	96,290
anssen Cilag S	3,116,723	1,469,699
Servicio de tecnilavado S S	323,877	164,566
li illy nter américa nc	1,188,867	603,090
ed ronic Colombia S	3,306,340	1,368,942
impie a y mantenimiento de ntioquia S S	1,325,734	351,247
aboratorios axter S	655,478	425,421
Fresenius abi Colombia S	2,304,624	413,679
xpertos Seguridad tda	402,226	198,143
stra eneca Colombia S	1,866,664	1,022,090
ecuperar S S		342,703
Novartis de Colombia S	1,604,132	1,003,698
l Pharma S	572,803	257,313
Pfi er S	2,235,992	1,486,279
erc S	458,182	546,890
San gust n ventos y urismo S S	933,470	566,010
nidad de ncolog a Hospital anuel ribe	2,197,717	854,581
P édicas	668,692	416,943
Health net S S	1,572,019	650,188
Farmaceres S	1,243,054	301,013
dium S S	462,929	298,669
ecton ic inson de Colombia tda	464,396	275,989
epresentaciones Farmacéuticas alex	148,709	254,073

Terceros	2025	2024
mmunopat S S		163,533
nsumos cl nicos y hospitalarios	214,600	152,723
ases industriales de Colombia S	119,766	138,516
lfa trading S S	304,104	123,030
edinistros S S	285,305	122,089
raun medical S S	107,607	121,001
aboratorio r uan anuel on le Calle S S	291,073	325,778
tros terceros	11,629,682	2,192,172
	101 5	**5 03 2**

os proveedores son de car cter corriente y se cancelan de acuerdo con los pla os establecidos con los terceros

(2) Corresponde a los anticipos recibidos de pacientes en proceso de conciliación y legali ación

11. PASIVO POR IMPUESTOS

l saldo de pasivos por impuestos comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	2024
etención en la fuente por pagar	877,255	714,517
mpuesto sobre la renta por pagar (Nota 21)	191,366	228,362
etención ndustria y comercio	1,671	34,009
mpuesto de ndustria y comercio	308,587	2,017
mpuesto a las ventas y grav menes y tasas	23,793	86,343
	1 402 2	**1 0 5 24**

12. BENEFICIOS A EMPLEADOS

l saldo de los beneficios a empleados comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	2024
etenciones y aportes de nómina seguridad social	2,471,434	1,990,097
Salarios	65,510	42,114
Cesant as	4,621,218	4,029,075
ntereses a las cesant as	533,104	465,100
acaciones	2,247,777	1,970,684
Prima de vacaciones	657,727	677,534
	10 5 0	**1 4 04**

13. PASIVOS ESTIMADOS

l saldo de pasivos estimados comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	2024
Procesos jur dicos		**0 000**

14. RESERVAS

l saldo de las reservas comprend a

	31 de diciembre de	
	2025	2024
eservas ocasionales	**5 2 0 12**	**50 5 53**

as constituciones de estas reservas fueron aprobadas por la samblea eneral de Fundadores

15. INGRESO DE ACTIVIDADES ORDINARIAS

l saldo de los ingresos de actividades ordinarias comprend a

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
rgencias	5,416,051	4,589,959
Consulta externa	9,050,869	7,799,756
Hospitali ación	78,401,859	65,955,066
Cirug a	66,020,165	59,059,416
poyo diagnóstico	50,244,137	40,092,945
poyo terapéutico	166,420,880	150,944,864
tras actividades de salud humana	4,946,556	3,985,947
evoluciones y descuentos	(191,391)	(2,338,584)
	3 0 30 12	**330 0 3**

1 . COSTOS DE PRESTACI N DE SERVICIOS

l saldo de los costos de prestación de servicios comprend a

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
rgencias	7,588,368	7,165,658
Consulta externa	26,065,930	17,810,583
Hospitali ación	72,511,647	64,538,149
Cirug a	57,449,816	51,797,940
poyo diagnóstico	47,485,457	40,451,853
poyo terapéutico	100,774,955	103,551,062
tras actividades de salud humana	4,141,016	2,655,187
escuentos y rebates	(1,011,463)	(2,847,795)
	315 005 2	**2 5 122 3**

1 . GASTOS DE ADMINISTRACI N

l saldo de los gastos de administración comprend a

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Personal	17,532,807	15,819,910
Honorarios	1,939,098	1,566,427
mpuestos tasas y grav menes	721,568	155,686
rrendamientos	1,315,792	1,247,123
Contribuciones y afiliaciones	39,144	19,572
Servicios	433,467	860,615
Seguros	935,594	456,525
egales	62,954	48,182
antenimientos y reparaciones	372,241	164,072
astos de viaje	115,043	30,501
epreciaciones	306,240	157,923
morti aciones	75,096	17,336
eterioro de cartera	5,681,446	3,178,658
tros y diversos	1,540,971	1,663,543
	31 0 1 4 1	**25 3 0 3**

1 . GASTOS DE DISTRIBUCI N Y VENTAS

l saldo de los gastos de distribución y venta comprend a

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
Personal	**1 2 3 3**	**1 131 13**

1 . OTROS INGRESOS NETO

l saldo de otros ingresos y gastos comprend a

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
Otros in resos		
rrendamientos	1,085,025	2,957,649
ecuperaciones	631,222	751,278
ndemni aciones	651,962	569,587
endimientos Financieros	315,851	364,231
tros y diversos	1,487,961	1,616,840
Total otros in resos	**4 1 2 021**	**25 5 5**
Otros astos		
iversos	(344,021)	(2,324,481)
Total otros astos	**344 021)**	**2 324 4 1)**
	3 2 000	**3 35 104**

20. GASTOS FINANCIEROS

l saldo de los gastos financieros comprend a

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
astos bancarios	853,398	831,724
ntereses obligaciones financieras	11,061,123	13,399,584
escuentos comerciales condicionados	3,104,133	1,989,249
	15 01 54	**1 220 55**

21. PROVISI N PARA IMPUESTO SOBRE LA RENTA

continuación, se detalla la provisión del impuesto sobre la renta ordinaria de los a os

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
E cedente antes de impuestos	**22 14 2**	**1 4 0 0**
astos no procedentes		
astos no procedentes	(956,828)	(1,141,811)
Total astos no procedentes	**5 2)**	**1 141 11)**
Renta e enta	**21 5 44**	**305 1**
Renta l uida ravable	**5 2**	**1 141 11**
mpuesto renta tarifa del 20	191,366	228,362
Saldo por pa ar	**1 1 3**	**22 3 2**

a utoridad ributaria en el a o 2025 no reali ó ninguna fiscali ación sobre la declaración del impuesto de renta del a o 2024 que fue presentada el 10 de abril de 2025

a Fundación, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, es contribuyente del régimen tributario especial del impuesto sobre la renta y complementarios as disposiciones fiscales aplicables estipulan que las fundaciones estar n exentas del impuesto sobre la renta y complementarios siempre y cuando su excedente se destine y ejecute dentro del a o siguiente al de su obtención, o dentro de los pla os adicionales establecidos por el m ximo órgano directivo, a una o varias de las actividades para las cuales est constituida la Fundación, siempre y cuando las mismas sean de interés general y que a ellas tenga acceso la comunidad, en los términos del art culo 2 del ecreto 4400 a destinación total del beneficio neto se deber aprobar previamente a la presentación de la declaración del impuesto sobre la renta y complementario del respectivo per odo gravable a destinación del excedente contable, en todo o en parte, en forma diferente a lo expresado en el p rrafo anterior, har gravable la totalidad del beneficio neto o excedente fiscal determinado, sin que sea posible afectarlo con egreso, ni con descuento alguno a parte del beneficio neto o excedente generado en la no procedencia de los egresos constituye ingreso gravable sometido a la tarifa del 20 y sobre este impuesto no procede descuento

Con la reforma tributaria 1819 de 2016, se establece que las entidades sin nimo de lucro no tomar n como deducible las compras de activos fijos reali adas durante el a o Por lo anterior se toma como deducible el gasto por depreciación de los activos comprados a partir de 2017

continuación, se relaciona las pérdidas fiscales vigentes pendientes por compensar

Concepto	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Saldo anterior	**4,366,390**	**4,366,390**	**4,358,962**	**3,108,506**	**3,030,506**	**1,959,186**	1,021,974	855,867
Compensación		(7,428)	(1,250,456)	(78,000)	(1,071,320)	(937,212)	(166,107)	(121,352)
Saldo Pérdidas	**4,366,390**	**4,358,962**	**3,108,506**	**3,030,506**	**1,959,186**	**1,021,974**	**855,867**	**734,515**

e las declaraciones del a o 2020, 2021, 2022 y 2023 la utoridad ributaria no ha iniciado procesos de revisión el proceso de revisión de las declaraciones del impuesto sobre la renta y complementarios no se espera comentarios y o ajustes por parte de las autoridades tributarias que impliquen un mayor pago de impuestos

22. PARTES RELACIONADAS

as transacciones reali adas por la Fundación con partes relacionadas incluyeron transacciones con miembros de junta directiva, socios fundadores, directivos y partes relacionadas

urante los a os terminados al 31 de diciembre, las transacciones con partes relacionadas comprend an

a) Prestaci n de servicios im enes dia n sticas

Cuentas por pagar

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
m genes de ida y Salud S S	4,425,684	3,644,787
aboratorio r uan anuel on le Calle S S	291,073	325,778

stos valores se encuentran registrados en proveedores y

Compras y servicios

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
m genes de ida	16,504,398	16,258,093
aboratorio r uan anuel on le Calle S S	1,478,889	1,495,796

Cuentas por cobrar

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
m genes de ida y Salud S S	64,361	82,389

ste valor se encuentra registrado en

b) Operaciones con directivos

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
Salarios y prestaciones sociales	1,933,868	1,426,096
Cuentas por pagar Prestaciones sociales	252,688	358,820

c) Operaciones con miembros de Junta Directiva

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
Honorarios junta directiva	419,438	377,480

23. HECHOS POSTERIORES

No se presentaron hechos relevantes después del cierre de los estados financieros que puedan afectar de manera significativa la situación financiera de la Fundación reflejada en los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2025

In orme del Revisor Fiscal sobre el cumplimiento por parte de los administradores de las disposiciones estatutarias de las rdenes e instrucciones de la Asamblea General de Fundadores Ad erentes sobre la e istencia de adecuadas medidas de control interno de conservaci n custodia de los bienes de la entidad o de terceros ue est n en poder de la Fundaci n

los se ores miembros de la samblea eneral de Fundadores y dherentes de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida

Descripci n del Asunto Principal

n desarrollo de mis funciones de evisor Fiscal de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida y en atención a lo establecido en los Numerales 1 y 3 del rt culo 209 del Código de Comercio, me es requerido informar a la samblea eneral de Fundadores y dherentes si durante el a o terminado el 31 de diciembre de 2025 en la ntidad hubo y fueron adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de sus bienes o de terceros en su poder y sobre el adecuado cumplimiento por parte de los administradores de la ntidad de las disposiciones estatutarias y de las órdenes e instrucciones de la samblea eneral de Fundadores y dherentes

os criterios considerados para la evaluación de los asuntos mencionados en el p rrafo anterior comprenden a) los estatutos de la ntidad, las actas de samblea eneral de Fundadores y dherentes y las disposiciones legales y reglamentarias bajo la competencia de mis funciones como evisor Fiscal y b) los componentes del sistema de control interno que la dirección y los responsables del gobierno de la ntidad consideran necesarios para la preparación adecuada y oportuna de su información financiera

Responsabilidad de la Administraci n

a dministración de la ntidad es responsable por establecer y mantener un adecuado sistema de control interno que permita salvaguardar sus activos o los de terceros en su poder y dar un adecuado cumplimiento a los estatutos y a las decisiones de la samblea eneral de Fundadores y dherentes

Para dar cumplimiento a estas responsabilidades, la dministración debe aplicar juicios con el fin de evaluar los beneficios esperados y los costos conexos de los procedimientos de control que buscan suministrarle a la dministración seguridad ra onable, pero no absoluta, de la salvaguarda de los activos contra pérdida por el uso o disposición no autori ado, que las operaciones de la ntidad se ejecutan y se registran adecuadamente y para permitir que la preparación de los estados financieros esté libre de incorrección material debido a fraude o error y de conformidad con las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia

Responsabilidad del Revisor Fiscal

i responsabilidad como evisor Fiscal es reali ar un trabajo de aseguramiento para expresar una conclusión, basado en los procedimientos ejecutados y en la evidencia obtenida, sobre si los actos de los administradores de la ntidad se ajustan a los estatutos y a las órdenes o instrucciones de la samblea eneral de Fundadores y dherentes y sobre si hay y son adecuadas las medidas de control interno establecidas por la dministración de la ntidad para salvaguardar sus activos o los de terceros en su poder

levé a cabo mis funciones de conformidad con las normas de aseguramiento de la información aceptadas en Colombia stas normas requieren que cumpla con requerimientos éticos y de independencia establecidos en el ecreto 2420 de 2015, los cuales est n fundados en los principios de integridad, objetividad, competencia profesional y debido cuidado, confidencialidad y comportamiento profesional, y que planifique y realice los procedimientos que considere necesarios con el objeto de obtener una seguridad sobre el cumplimiento por parte de los administradores de la ntidad de los estatutos y las órdenes o instrucciones de la samblea eneral de Fundadores y dherentes, y sobre si hay y son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la ntidad o de terceros que estén en poder de la ntidad al 31 de diciembre de 2025 y por el a o terminado en esa fecha, en todos los aspectos importantes de evaluación, y de conformidad con la descripción de los criterios del asunto principal

a Firma de contadores a la cual pertene co y de la cual soy designado como evisor Fiscal de la ntidad, aplica el st ndar nternacional de Control de Calidad No 1 y, en consecuencia, mantiene un sistema comprensivo de control de calidad que incluye pol ticas y procedimientos documentados sobre el cumplimiento de los requisitos éticos, las normas profesionales y los requisitos legales y reglamentarios aplicables

Procedimientos de ase uramiento reali ados

as mencionadas disposiciones de auditor a requieren que planee y ejecute procedimientos de aseguramiento para obtener una seguridad ra onable de que los controles internos implementados por la ntidad son dise ados y operan efectivamente os procedimientos de aseguramiento seleccionados dependen del juicio del evisor Fiscal, incluyendo la evaluación del riesgo de incorrección material en los estados financieros debido a fraude o error y que no se logre una adecuada eficiencia y eficacia de las operaciones de la ntidad os procedimientos ejecutados incluyeron pruebas selectivas del dise o y operación efectiva de los controles que consideré necesarias en las circunstancias para proveer una seguridad ra onable que los objetivos de control determinados por la dministración de la ntidad son adecuados

os procedimientos de aseguramiento reali ados fueron los siguientes

- evisión de los estatutos de la ntidad y actas de samblea eneral de Fundadores y dherentes y otros órganos de supervisión, con el fin de verificar el adecuado cumplimiento por parte de los administradores de la ntidad de dichos estatutos y de las decisiones tomadas por la samblea eneral de Fundadores y dherentes
- ndagaciones con la dministración sobre cambios o proyectos de reformas a los estatutos de la ntidad durante el per odo cubierto y validación de su implementación
- Comprensión y evaluación de los componentes de control interno sobre el reporte financiero de la ntidad, tales como ambiente de control, valoración de riesgos, información y comunicación, monitoreo de controles y actividades de control
- Comprensión sobre cómo la ntidad ha respondido a los riesgos emergentes de los sistemas de información

- Comprensión y evaluación del dise o de las actividades de control relevantes y su validación para establecer que las mismas fueron implementadas por la ntidad y operan de manera efectiva

Considero que la evidencia de auditor a que obtuve es suficiente y apropiada para proporcionar una base para la conclusión que expreso m s adelante

Limitaciones in erentes

  ebido a sus limitaciones inherentes, el control interno sobre información financiera puede no prevenir o detectar incorrecciones materiales debido a fraude o error s mismo, es posible que los resultados de mis procedimientos puedan ser diferentes o cambien de condición durante el periodo evaluado, debido a que mi informe se basa en pruebas selectivas ejecutadas durante el per odo dicionalmente, las proyecciones de cualquier evaluación de la efectividad del control interno a periodos futuros est n sujetas al riesgo de que los controles se vuelvan inadecuados debido a cambios en las condiciones, o que el grado de cumplimiento de las pol ticas o procedimientos pueda deteriorarse

Conclusi n

Con base en la evidencia obtenida del trabajo efectuado y descrito anteriormente, y sujeto a las limitaciones inherentes planteadas, concluyo que, durante el a o terminado el 31 de diciembre de 2025, los actos de los administradores de la ntidad se ajustan a los estatutos y a las órdenes o instrucciones de la samblea eneral de Fundadores y dherentes, y existen y son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la ntidad o de terceros que est n en su poder

  ste informe se emite con destino a los se ores miembros de la samblea eneral de Fundadores y dherentes de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida, para dar cumplimiento a los requerimientos establecidos en los Numerales 1 y 3 del rt culo 209 del Código de Comercio, y no debe ser utili ado para ning n otro propósito

María Jimena Calle G.

  ar a imena Calle aviria
  evisor Fiscal
  arjeta Profesional No 303940
  esignado por P C Contadores y uditores S S
6 de mar o de 2026

PwC Contadores y Auditores S.A.S.,
Calle 7 Sur No. 42-70, Torre 2, Piso 11, Edificio Forum,
Medellín, Colombia. Tel: (60-4) 6040606

6 de mar o del 2026

Se ora
  ar a imena Calle aviria
P C Contadores y uditores S S

  preciados se ores

  sta carta de representación se proporciona en relación con su auditor a de los estados financieros individuales por el ejercicio contable terminado el 31 diciembre de 2025, los cuales comprenden el stado de Situación Financiera al 31 de diciembre de 2025 y los estados de resultados, de cambios en el patrimonio y de flujos de efectivo del a o terminado en esa fecha y el resumen de las principales pol ticas contables y otras notas explicativas (en adelante, los estados financieros), de Fundación Colombiana de Cancerolog a Cl nica ida (en adelante, la Compa a) con el propósito de expresar una opinión sobre si los estados financieros individuales presentan ra onablemente, en todos los aspectos materiales, la situación financiera y los resultados de sus operaciones y los flujos de efectivo de la Compa a de acuerdo con Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia

Confirmamos a nuestro mejor saber y entender, al 6 de mar o de 2026, fecha de su informe, las siguientes representaciones que se le hicieron durante su auditor a, habiendo reali ado las investigaciones que consideramos necesarias para informarnos adecuadamente

1 econocemos y confirmamos que hemos cumplido con nuestra responsabilidad, seg n lo establecido en nuestra carta compromiso de 10 de febrero de 2025 para la preparación y presentación ra onable de los estados financieros individuales de acuerdo con Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia, e incluyen todas las revelaciones necesarias para dicha presentación fiel y las revelaciones que de otro modo deben ser incluidas en ellos por el leyes y reglamentos a los que est sujeta la Compa a

2 os estados financieros individuales mencionados anteriormente se presentan fielmente de acuerdo con Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia, e incluyen todas las revelaciones necesarias para dicha presentación fiel y las revelaciones que de otro modo deben ser incluidas en ellos por el leyes y reglamentos a los que est sujeta la Compa a

3 odas las transacciones han sido registradas en los registros contables y se encuentran reflejadas en los estados financieros individuales de la Compa a

4 os métodos, las suposiciones significativas y los datos utili ados en la elaboración de las estimaciones contables y las revelaciones relacionadas son apropiados para lograr el reconocimiento, medición o revelación que esté de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia

5 odos los eventos posteriores a la fecha de los estados financieros individuales y para los cuales las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia requieren ajuste o revelación han sido ajustados o revelados

6 No hubo errores individuales y en conjunto en los estados financieros individuales

7 Hemos preparado los estados financieros individuales de la Compa a sobre la base que la Compa a puede continuar como una empresa en funcionamiento No existen condiciones o eventos, considerados en conjunto, que planteen dudas sustanciales sobre la capacidad de la Compa a para continuar como empresa en funcionamiento dentro de un a o después de la fecha en que los estados financieros individuales son emitidos

8 Hemos puesto a su disposición

a cceso a toda la información de la que tengamos conocimiento y que sea relevante para la preparación de los estados individuales, como registros, documentación y otros
b nformación adicional que nos ha solicitado para el fin de la auditor a
c cceso sin restricción a las personas de la Compa a de las que consideró necesario para obtener evidencia de auditor a
d odas las actas de unta irectiva y iembros Fundadores y dherentes res menes de actas recientes, incluso aquellas que existen en borrador y que a n no han sido preparadas a ltima acta de la unta irectiva puesta a su disposición fue la No 302 del 04 de diciembre de 2025 y la ltima acta de iembros Fundadores y dherentes puesta a su disposición fue la No 63 del 30 de julio de 2025

9 Hemos conciliado adecuadamente nuestros libros y registros (por ejemplo, cuentas del libro mayor) subyacentes a los estados financieros individuales con su información de respaldo relacionada (por ejemplo, el libro mayor auxiliar o datos de terceros) odas las partidas de conciliación relacionadas que se consideraron materiales se identificaron e incluyeron en las conciliaciones y se ajustaron adecuadamente en los estados financieros individuales, seg n fue necesario No hubo diferencias sustanciales no conciliadas o partidas importantes de la cuenta de suspenso del libro mayor general que deber an haberse ajustado o reclasificado al saldo de otra cuenta No hubo partidas importantes de la cuenta transitoria del libro mayor que se hayan cancelado en una cuenta de balance, que deber an haberse cancelado en una cuenta de estado de resultados y viceversa

10 No hemos recibido comunicaciones de entes reguladores sobre el incumplimiento o deficiencias en los reportes de información financiera

11 Hemos identificado y comunicado dónde se ha utili ado inteligencia artificial (incluyendo nteligencia rtificial enerativa en) en la preparación de los estados financieros individuales y en los registros financieros de respaldo y los datos relacionados proporcionados a usted, en la medida en que dicho uso involucre o esté relacionado con información o saldos de cuentas que eran, o ten an el potencial de ser, materiales

12 a Compa a ha cumplido con todos los aspectos de los contratos en que se encuentra involucrada, que tengan un efecto material en los estados financieros individuales en caso de incumplimiento

13 a Compa a tiene t tulos satisfactorios de los activos de su propiedad y no hay embargos o restricciones sobre tales activos, ni hay ning n activo que haya sido entregado en prenda como colateral, distintos de los revelados en los estados financieros individuales

14 a contabilidad de la Compa a ha sido llevada conforme a las normas legales y a la técnica contable y las operaciones registradas se ajustan a los estatutos y a las decisiones de los iembros Fundadores y dherentes y unta irectiva

15 a correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas y de registro de acciones se llevan y se conservan debidamente

16 xiste concordancia entre los estados financieros individuales y el informe de gestión preparado por los administradores Se dejó constancia en el informe de gestión de que los administradores no entorpecieron la libre circulación de las facturas emitidas por los vendedores o proveedores

17 a información contenida en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social ntegral, en particular la relativa a los afiliados y a sus ingresos base de coti ación, ha sido apropiadamente contabili ada y cuenta con los soportes contables a Compa a no se encuentra en mora por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social ntegral

18 Confirmamos que la totalidad de la información que suministramos a ustedes durante el per odo comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 6 de mar o de 2026, para el desarrollo de su trabajo como revisores fiscales ha sido devuelta a nosotros a entera satisfacción

19 a información entregada de forma virtual fue tomada de los documentos originales que reposan en poder de la compa a y que previamente a ser enviados a ustedes fueron validados por la administración siendo vera y confiable

20 a Compa a no tiene planes ni intenciones que puedan afectar materialmente el valor en libros o la clasificación de los activos y pasivos

21 No hay acuerdos paralelos u otros acuerdos, ya sean escritos u orales, que no se le hayan revelado

Control interno

econocemos que

22 s responsabilidad de la administración dise ar, implementar y mantener en operación, debidamente documentado, un adecuado sistema de control interno, que asegure (a) la eficiencia y eficacia en las operaciones, la generación de información financiera fidedigna y el cumplimiento de las disposiciones legales y (b) que los estados financieros individuales estén libres de errores de importancia relativa debido a fraude o error

23 xisten medidas adecuadas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la Compa a y los de terceros que est n en su poder

24 es hemos comunicado todas las deficiencias en el control interno de las cuales tenemos conocimiento

25 No utili amos ninguna instancia de inteligencia artificial en el dise o, implementación y mantenimiento del control interno relevante para la preparación y presentación ra onable de los estados financieros individuales

26 econocemos y confirmamos que comprendemos su responsabilidad, tal como se establece en nuestra carta de compromiso de 10 de febrero de 2025, de comprender el dise o y la implementación del control interno de la Compa a relevante para la preparación y presentación justa de los estados individuales declaraciones libres de incorrección material, ya sea por fraude o error

Fraude e incumplimiento de le es re ulaciones

27 econocemos nuestra responsabilidad por el dise o, implementación y mantenimiento del control interno para prevenir y detectar fraude

28 e hemos revelado toda la información que conocemos, en relación con fraude o sospecha de fraude, y que puede afectar la Compa a, e involucra

- a gerencia
- mpleados que tienen un rol importante en el control interno
- tros donde el fraude puede tener un efecto material en los estados financieros individuales

29 e hemos revelado toda la información en relación a las denuncias de fraude o sospecha de fraude comunicadas por los empleados, exempleados, analistas, reguladores y otros, que afectan los estados financieros individuales de la Compa a

30 e hemos revelado todos los casos conocidos de incumplimiento o sospecha de incumplimiento de las leyes y reglamentos cuyos efectos deben ser considerados en la preparación de los estados financieros individuales como una base para registrar una contingencia o pérdida

31 es hemos revelado los resultados de nuestra valoración del riesgo de que los estados financieros individuales puedan contener una incorrección material debida a fraude

Partes relacionadas

32 e hemos revelado la identidad de las partes relacionadas de la Compa a y todas las relaciones con partes relacionadas y las transacciones de las que tenemos conocimiento

33 as relaciones y transacciones con partes relacionadas han sido apropiadamente contabili adas y reveladas de acuerdo con Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia incluyendo ventas, compras, préstamos, transferencias, contratos de arrendamientos, valores por cobrar o por pagar a partes relacionadas arant as, sean orales o escritas, bajo las cuales la Compa a es un acreedor contingente

Liti ios reclamaciones

e hemos dado a conocer

34 es hemos revelado todos los litigios y reclamaciones actuales o posibles conocidos cuyos efectos deben considerarse al preparar los estados financieros individuales y que estos asuntos han sido debidamente contabili ados y revelados de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia

35 os asesores legales con los cuales la Compa a ten a relaciones comerciales al 31 de diciembre de 2025 los cuales se detallan a continuación l ate lair bogados S S

Con relaci n a los estados inancieros individuales con irmamos ue:

36 os estados financieros de la Compa a han sido preparados de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia, fundamentadas en las Normas nternacionales de nformación Financiera (N F), junto con sus interpretaciones, marco de referencia conceptual, los fundamentos de conclusión y las gu as de aplicación autori adas y emitidas por el Consejo de Normas nternacionales de Contabilidad (S por sus siglas en inglés) en las versiones de espa ol que han sido incorporadas a la normatividad colombiana por el obierno Nacional y otras disposiciones legales definidas por las entidades de vigilancia que pueden diferir en algunos aspectos de los establecidos por otros organismos de control del stado

37 Somos responsables de todas las estimaciones y juicios importantes que afecten a los estados financieros individuales os métodos, los datos subyacentes y los supuestos importantes utili ados en el desarrollo de estimaciones contables y las revelaciones relacionadas son ra onables y apropiados para lograr el reconocimiento, la medición o la revelación en los estados financieros individuales de acuerdo con Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia os métodos usados en el desarrollo de estimaciones contables se han aplicado de manera consistente en los per odos presentados y los datos usados en el desarrollo de estimaciones contables son precisos y completos as estimaciones y juicios contables reflejan adecuadamente la intención y la capacidad de la gerencia para llevar a cabo cursos de acción espec ficos, cuando sea relevante No ha habido eventos posteriores que requieran el ajuste de estimaciones significativas y revelaciones relacionadas

38 as cuentas por cobrar clasificadas como corrientes no incluyen ning n monto material que sea cobrable después de un a o odas las cuentas por cobrar se han reducido adecuadamente mediante descuentos, incentivos, cancelaciones y la provisión para cuentas de cobro dudoso

39 as cantidades de inventario en la fecha del stado de Situación Financiera se determinaron a partir de conteos f sicos o de registros de inventario perpetuo, que se han ajustado sobre la base de inventarios f sicos reali ados por empleados competentes en 29 de noviembre de 2025 l inventario ha sido medido al menor entre el costo y el valor neto reali able de acuerdo con los principios contables aplicables

40 odas las obligaciones de la Compa a de las que tenemos conocimiento, incluyendo provisiones para cubrir obligaciones consideradas probables, han sido incluidas en los estados financieros individuales al 31 de diciembre de 2025, as como todas las contingencias que conocemos han sido reveladas en las correspondientes notas de acuerdo con Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia No tenemos conocimiento alguno sobre (a) otros pasivos importantes o ganancias o pérdidas contingentes que deban ser registrados o revelados en los estados financieros individuales o (b) otros juicios o litigios potenciales importantes que debieran revelarse de acuerdo con Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia

41 o siguiente, si es importante, se ha registrado o revelado correctamente en los estados financieros individuales

a elaciones y transacciones con partes relacionadas, como se describe en las Normas de Contabilidad y de nformación Financiera ceptadas en Colombia, información a revelar sobre partes relacionadas, incluidas ventas, compras, préstamos, transferencias, acuerdos de arrendamiento y garant as, y montos por cobrar o por pagar a partes relacionadas
b arant as, escritas u orales, bajo las cuales la Compa a es responsable de manera contingente
c stimaciones significativas

42 os estados financieros individuales y sus notas revelan todos los asuntos de los cuales estamos conscientes son relevantes para la continuidad de la Compa a como negocio en marcha, incluyendo condiciones y eventos significativos, as como acuerdos y planes

43 la fecha de esta carta no tenemos conocimiento de que haya ocurrido ning n suceso o acontecimiento posterior al 31 de diciembre de 2025 que afecte significativamente los estados financieros individuales o las revelaciones a los mismos por el a o finali ado el 31 de diciembre de 2025 o que, aun cuando no haya afectado tales estados financieros individuales o revelaciones, haya originado, o es posible que origine, alg n cambio de importancia, adverso o de otra naturale a, en la situación financiera o en los resultados de operación de la Compa a

tentamente,

avid ej a apata
epresentante egal

cmi n de es s ar ón ios
irección de Contabilidad

Paula atiana ópe os
erente Financiera

Ane o I

Summar o Uncorrected Mistatements SUM

Summary of Uncorrected Misstatements - Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

Uncorrected

Entry #	Title/Description	Account	DR / (CR)									Generated / (Used)		
			Assets			Liabilities						Cash Flows		
			Current	Non-current	Equity	Current	Non-current	Equity	Opening Equity	Other comprehensive income	Net income	Operating	Investing	Financing
1														
2														
3														
4														
5														
	Total adjustments before tax		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tax impact of adjustments (rate ->)	0%												
	Tax adjustments		-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Total adjustments after tax		-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	Financial statement balances		141.588.818	155.298.419	96.558.240	129.869.479	70.459.519	-	-	-	21.566.083	-	-	-
	Percentage		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Adjustments before tax - balance check										-			

Entries above with an impact on opening equity need to also be considered on the tab 'Misstatements affecting prior periods' (MAPP)

Información Confidencial

2025 Informe de Gestión