

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

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

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.

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 Jimenez 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



Daniel
Campuzano Escobar



Roberto Felipe
Mesa Betancur

Secretaria General
Alzate Blair Abogados

Revisoría Fiscal
Price Waterhouse Cooper



Mateo
Betancur de Castro



Mauricio
Restrepo Fleisman



Adela María
Múnera Garcés



Rafael
Arango Aguilar

Equipo Directivo

Miembros Corporativos



David Mejía Zapata
Gerencia General



Andrés Zapata Cardenas
Gerencia Clínica



Paula Tatiana López Ríos
Gerencia administrativa y financiera



Johanna Hernand
Direcció



Carolina Quintián Restrepo
Dirección de Comunicaciones y Gestión de Cultura



José Luis Figueroa Baños
Director Médico



Edwin Andrés Gómez Gallego
Director de cirugía



Olga Lucía Vá
Directo



dez Álvarez
ón de Calidad



Anny Milena Martínez Zapata
Dirección de Talento Humano



Hair Darío Holguín Salazar
Dirección Comercial



Meidy Vallejo Mesa
Dirección de Enfermería



squez Mejía
ra 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


Dirección Tecnología 196
Gestión Terceros 213
Biomédica 221
Infraestructura 228
Gestión Comercial 237
Gestión de la Calidad 243
Talento Humano 313
Gestión del Conocimiento 363
Comunicaciones 369
Programa Biopsicosocial 385
Brigadas 396
Voluntariado 398
Gestión del Riesgo 407
Situación Jurídica 415
Estados Financieros y notas a los estados financieros 419

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

Nuestras aspiraciones

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



Resultados clínicos

Detección temprana, calidad de vida, readmisiones / complicaciones



Conoc avanz

U. de Public estudi

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



Los diferenciadores que para ganar en las

Resultados predecibles	**Experiencias impecables: paciente y familia, especialista y cliente. Programa Bio-Sico-Social**	**Especialistas competentes**	**Talen comp el pro**

cimiento de
ada
Inv. Propia
caciones, trials,
iantes





Finanzas conservadoras

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

arenas seleccionadas

to prometido con opósito	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

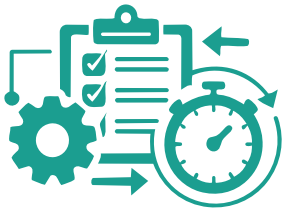
Gerencia Clínica
valor clínico sostenible en oncología de alta complejidad

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.

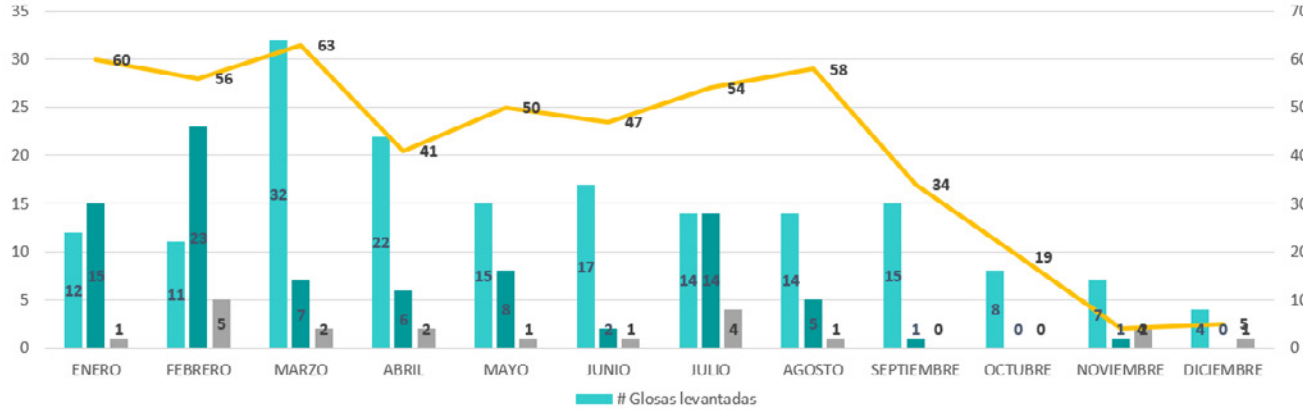
A través de las rondas diarias, de Auditoria y Gestión Clínica se identifican las posibles inoportunidades que luego se convertirán en objeciones, con gestión prioritaria para propiciar Disminución del porcentaje de glosa por gestión de Auditoria Concurrente y Gestión clínica por pertinencia médica, 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:

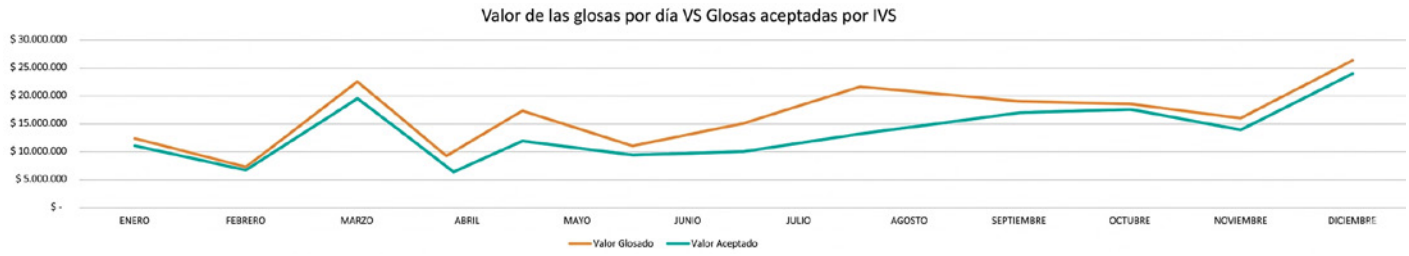
- Pertinencia
- Racionalidad científica
- Oportunidad
- Integralidad

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.

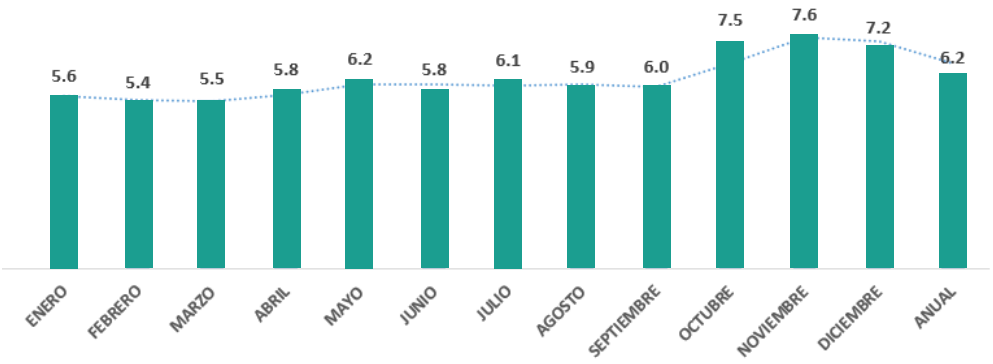
Las actividades realizadas para obtener este resultado son:

- 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

Promedio día estancia por mes 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

Indicadores por Servicio

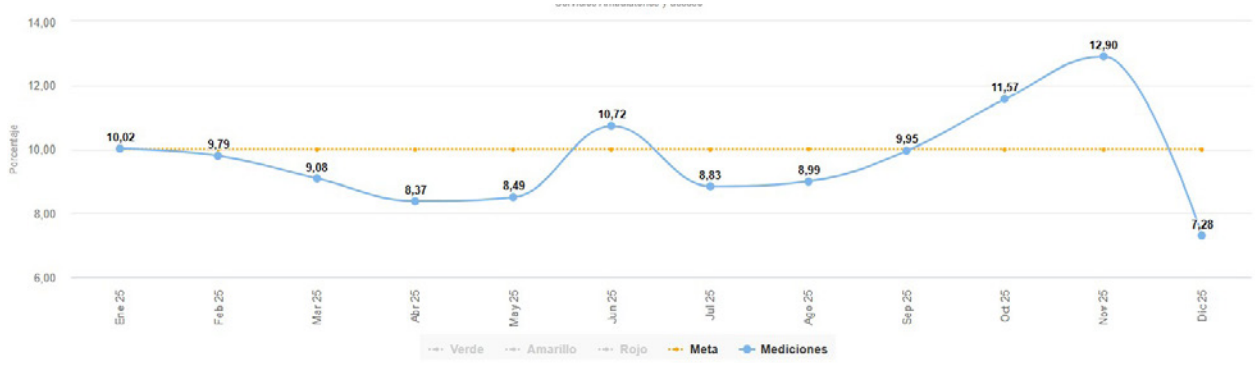
Clínica de heridas

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

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.

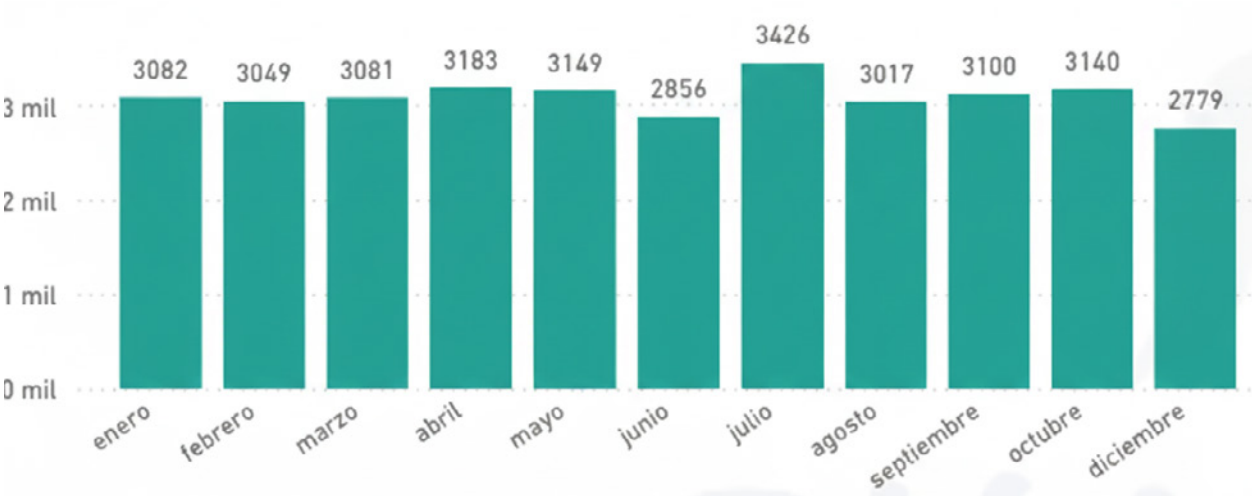


Gráfico. Comportamiento de las aplicaciones de quimioterapia durante 2025. Fundación Colombiana de Cancerología – Clínica Vida.

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.

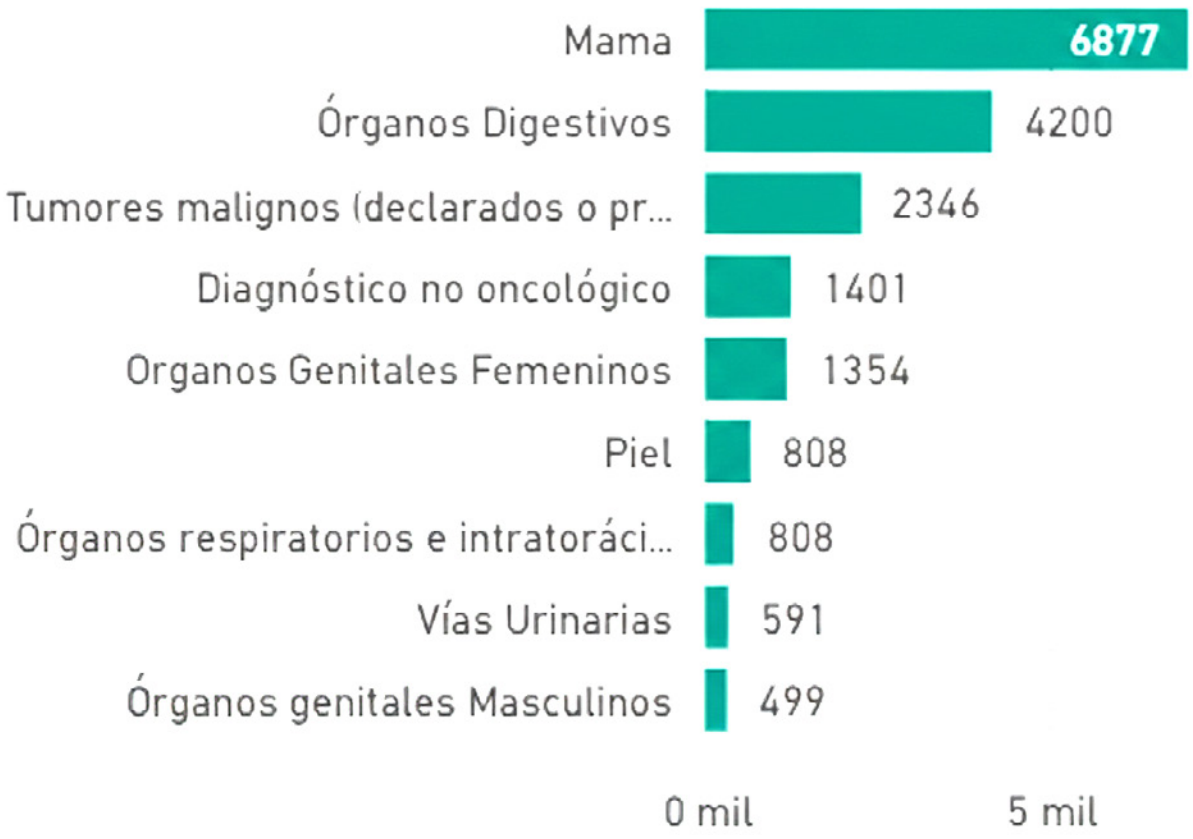


Gráfico. Distribución de atenciones según diagnósticos agrupados. Fundación Colombiana de Cancerología – Clínica Vida, 2025.

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%

Indicadores

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.

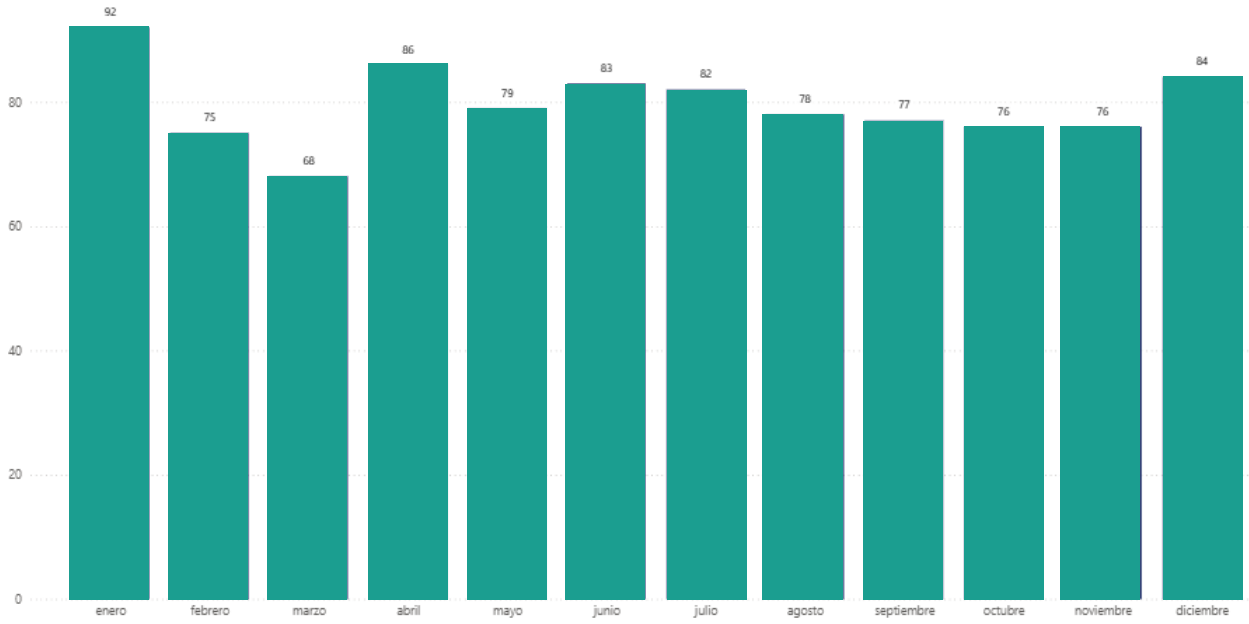


Gráfico. Distribución de atenciones según diagnósticos agrupados. Fundación Colombiana de Cancerología – Clínica Vida, 2025.

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.

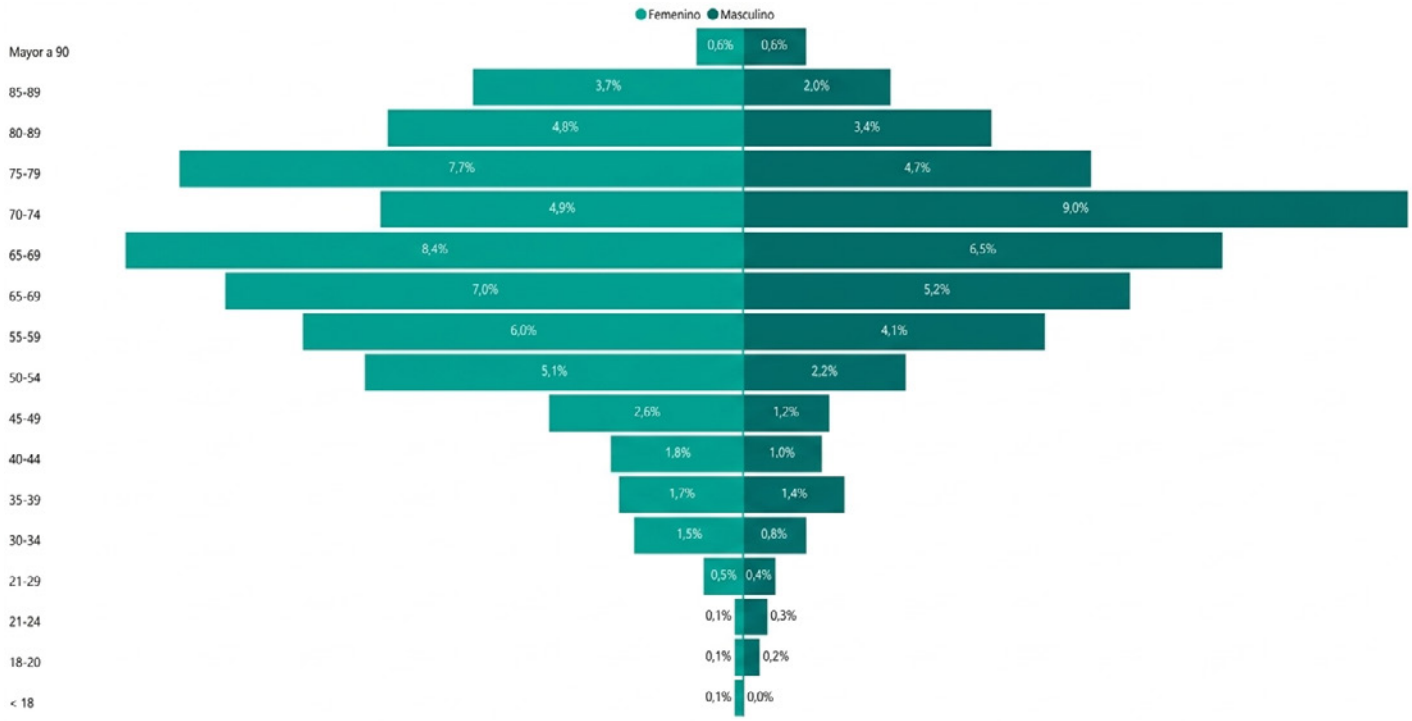


Gráfico. Comportamiento por sexo y grupo etario de la población fallecida en Clínica Vida, 2025

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.

Indicadores

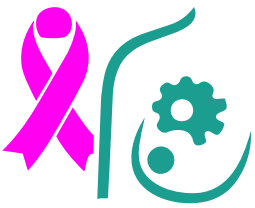


Epidemiología

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.

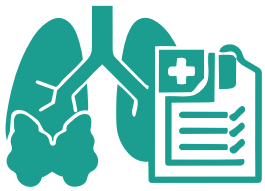
A continuación, se presenta el comportamiento de los eventos incidentes y prevalentes según la estadificación inicial al momento del diagnóstico. Este análisis permite identificar la distribución de los casos de acuerdo con el estadio clínico, aportando información clave sobre la oportunidad diagnóstica, 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.



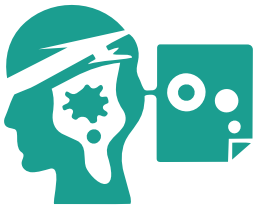
- **Tumor maligno de mama:** es uno de los diagnósticos con mayor volumen, predominó el diagnóstico en estadios tempranos (I y II) con 27,6% y 39,2% respectivamente, lo que sugiere detección relativamente oportuna. El 19,8% se diagnosticó en estadio III y 7,6% en estadio IV. El carcinoma in situ (92,9%),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



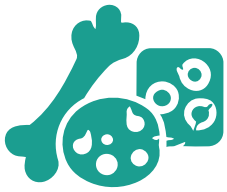
- **Melanoma:** el melanoma se concentró principalmente en casos en estadios I y II, especialmente en tronco y extremidades, sin embargo, se observa una proporción importante de casos con estadio desconocido (hasta 38% en algunos sitios).



- **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.

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.

Dirección de *Acceso*



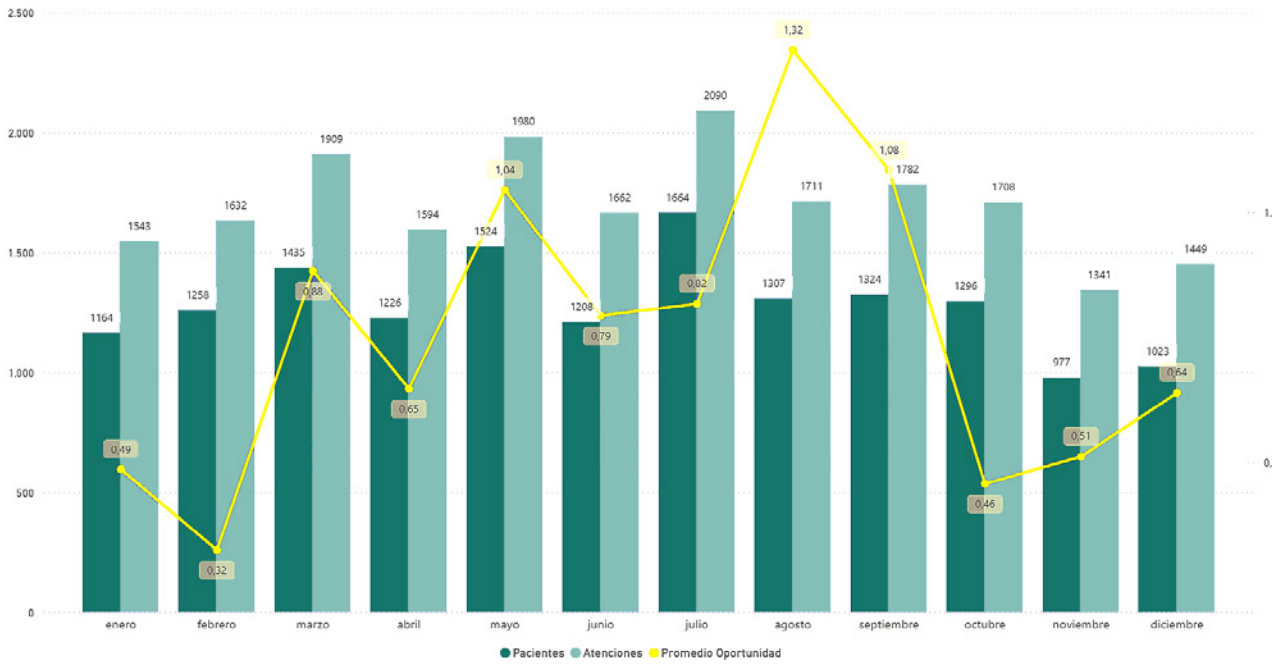
La Dirección de acceso y servicio facilita el acceso oportuno, equitativo y organizado a los servicios oncológicos, asegurando una experiencia centrada en el paciente y continuidad del cuidado. Garantizamos que cada paciente, desde la sospecha o confirmación diagnóstica, pueda ingresar, transitar y recibir 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

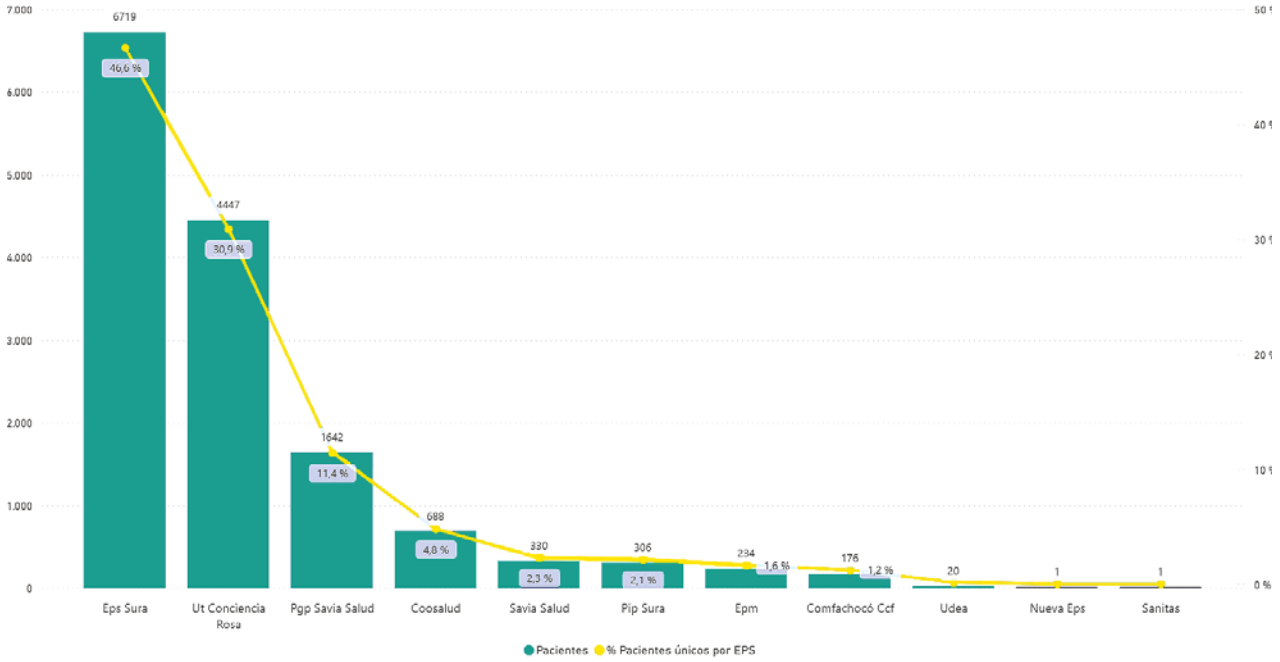


Fuente: Tablero triage plataforma Fénix.

Acceso

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

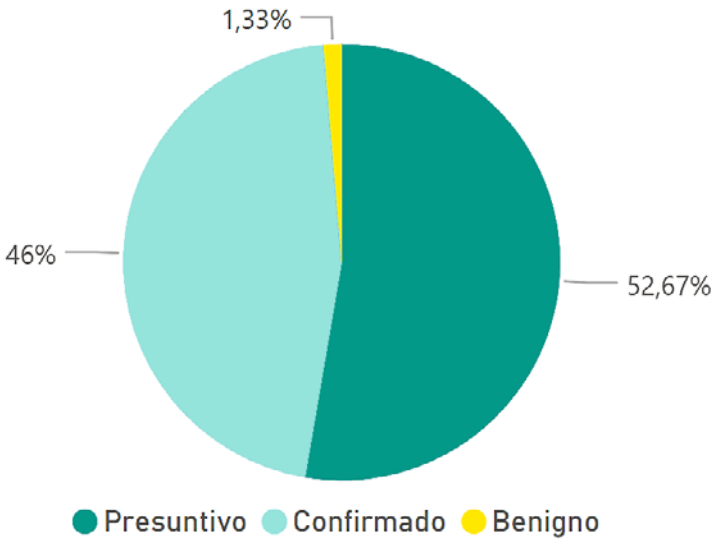
En lo que respecta a los triages recibidos durante el periodo, el 45,8% fueron pacientes con diagnóstico confirmado y 52,6% diagnóstico presuntivo, a quienes se les realizan estudios complementarios (biopsias, imágenes, laboratorio), lo cual aporta a una reducción del tiempo confirmación y es clave,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

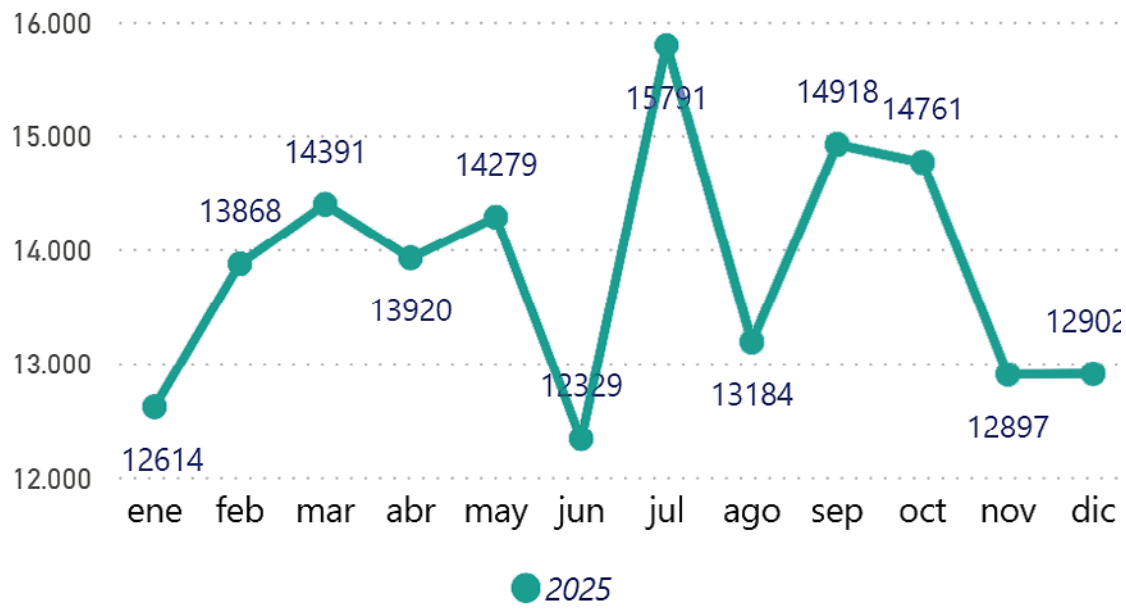
Mes	Total llamadas	Atendidas	Abandonos	Efectividad
Agosto	10.222	9.469	753	92,63 %
Septiembre	12.104	11.078	1.026	91,52 %
Octubre	11.803	10.831	972	91,76 %
Noviembre	9.508	8.690	818	91,40 %
Diciembre	8.667	8.051	616	92,89 %
Total	132.127	123.549	8.578	93,51 %

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



Fuente: Tablero consulta externa plataforma Fénix

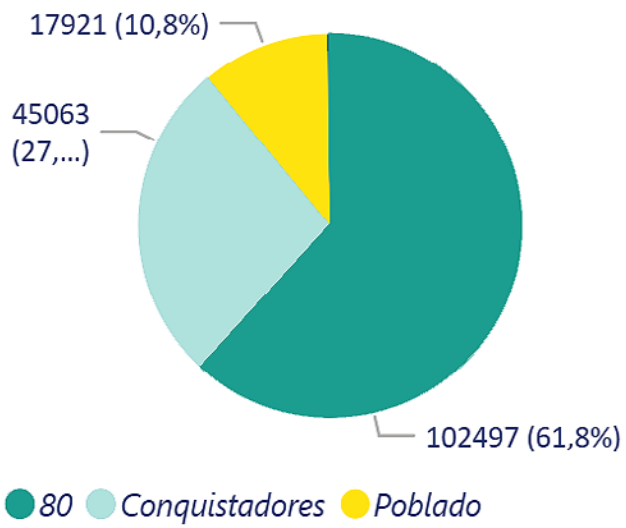


Las especialidades con mayor volumen de usuarios en general son oncología, seguido de dolor y cuidados paliativos, mastología y cirugía oncológica

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.

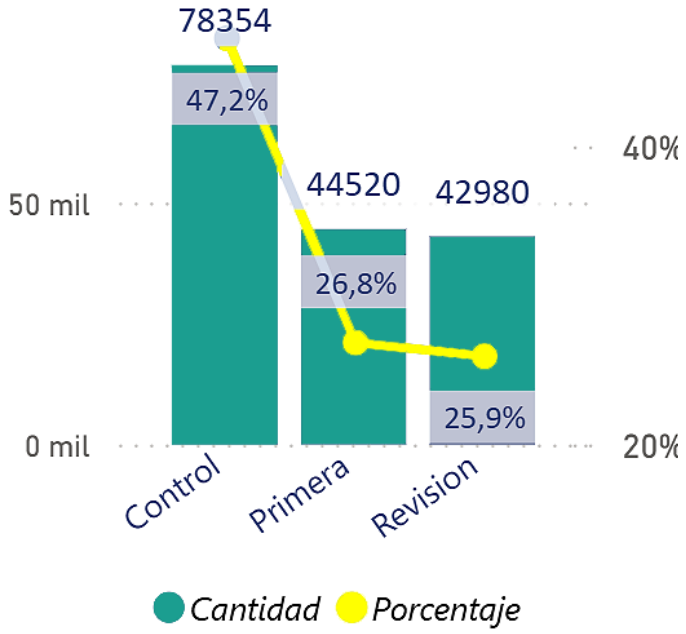


Gráfico 8: Distribución de la consulta por tipo de cita Enero- Diciembre de 2025

Fuente: Tablero consulta externa plataforma Fénix

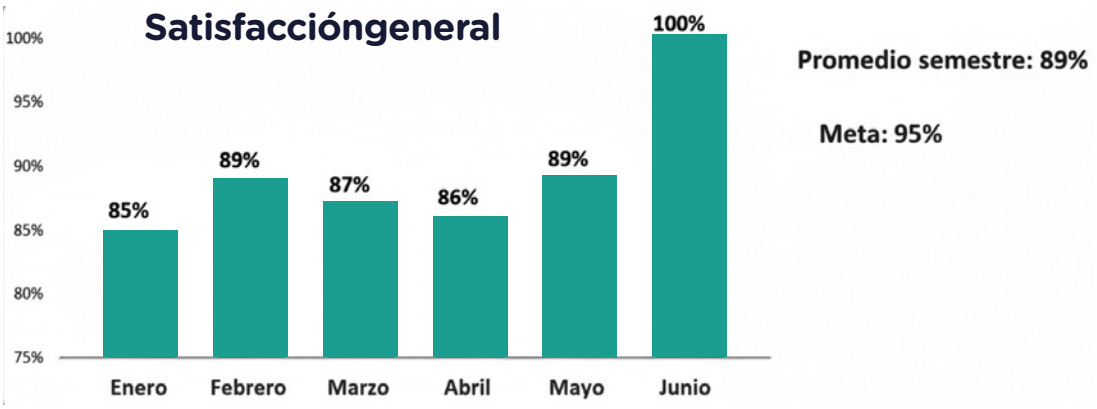
Del total de consultas del 2025 el 26,8% fueron consultas primera vez, 25,9% revisiones posteriores a un evento y 47,2% controles. De las citas de primera vez el 57,5 % corresponden a cirugía oncológica, 33,7% a oncología clínica y el 8,7% a hematología.

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.

Proceso Experiencia de las personas

Gestión de la satisfacción:

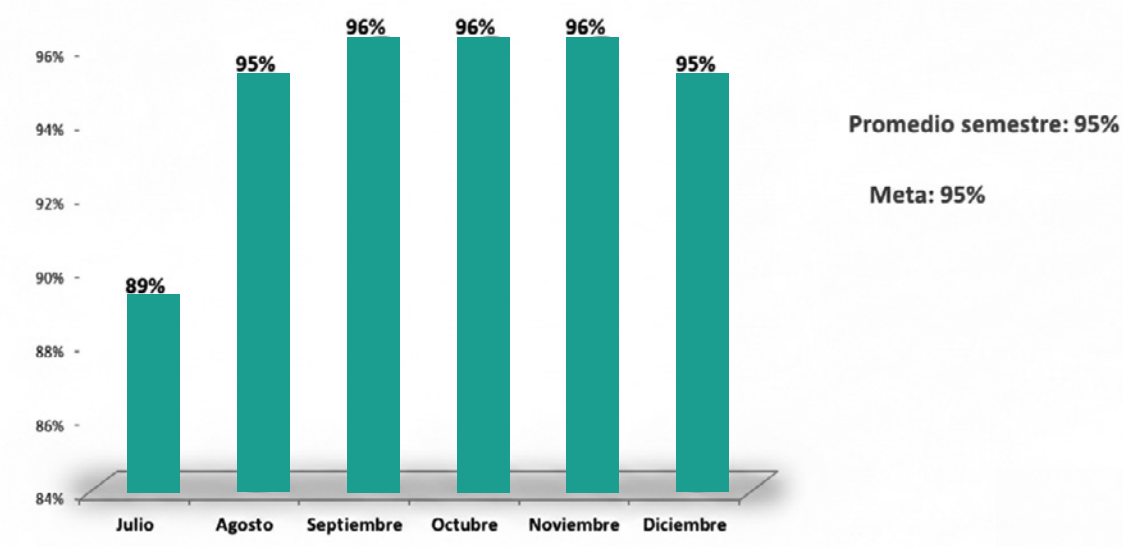
1. Primer semestre (enero – junio 2025)



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)

Satisfacciónгeneral julio - diciembre 2025



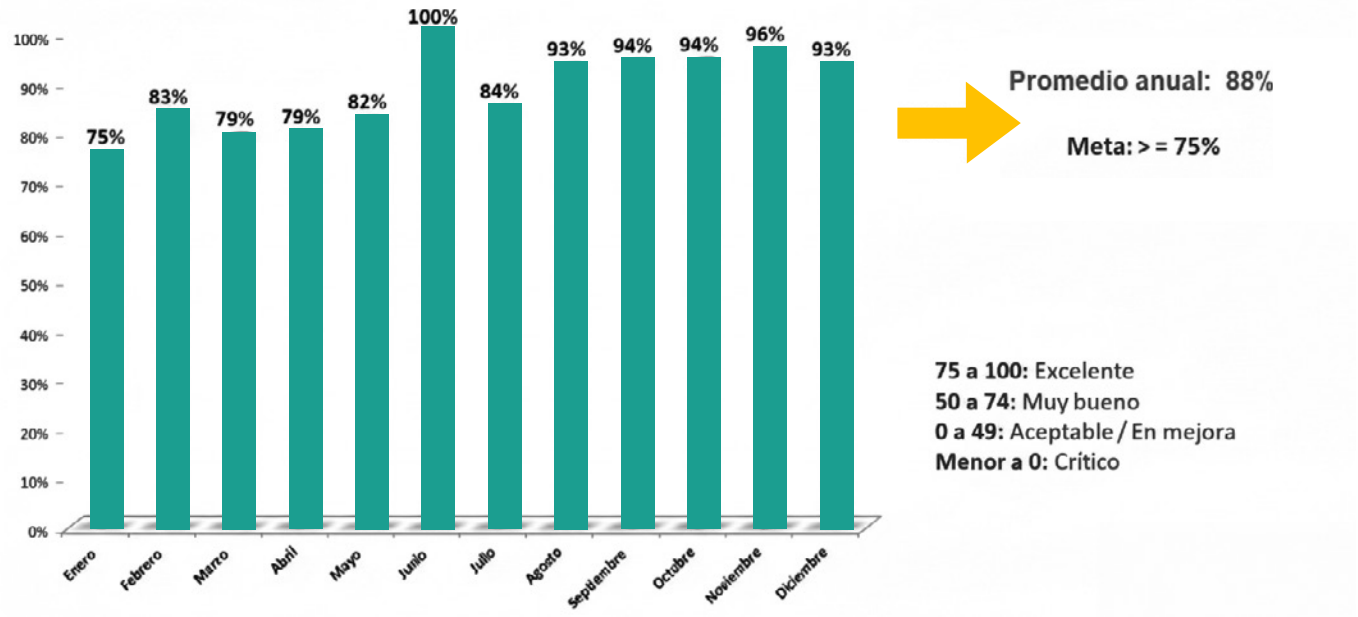
El segundo semestre muestra un cambio significativo y sostenido en la tendencia. Se reforzó el equipo de experiencia lo cual permitió tener mayor cobertura en las capacitaciones sobre participación social en salud, enfoque diferencial, buen trato, derechos de la paciente y comunicación efectiva. Se llegó 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).

Capacitación y socialización



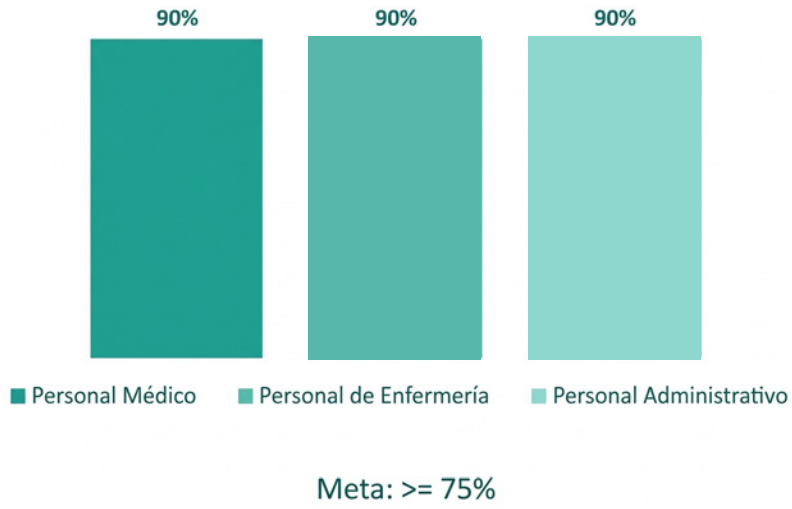




La capacitación en **Enfoque Diferencial** contó con la participación de **242 colaboradores,** alcanzando un **promedio de calificación de 9,49 sobre 10,** lo que refleja un alto nivel de satisfacción y apropiación de los contenidos. La capacitación en **Participación Social en Salud impactó a 311 colaboradores,** 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

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.**



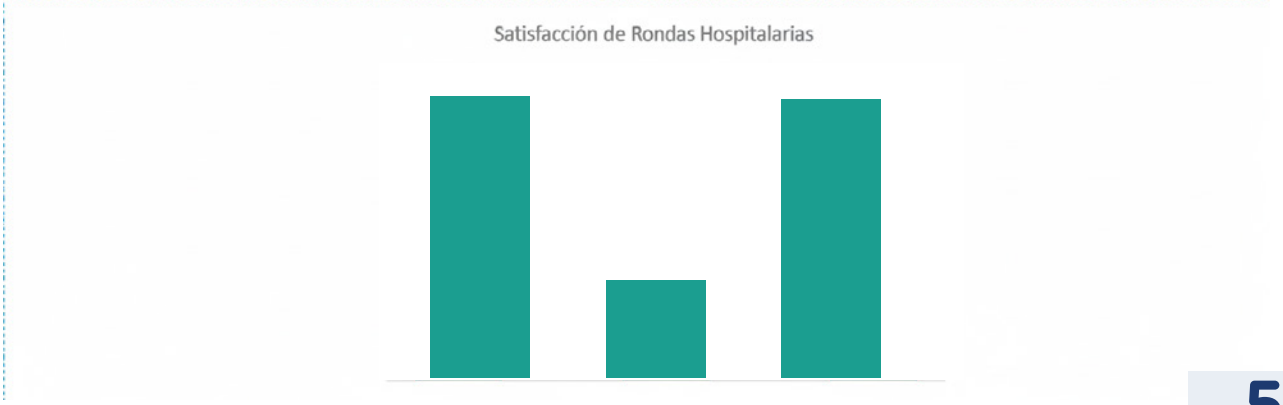
Net Promoter Score (NPS) por tipo personal

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%	



Acceso

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:

Farmacéutico

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.

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.

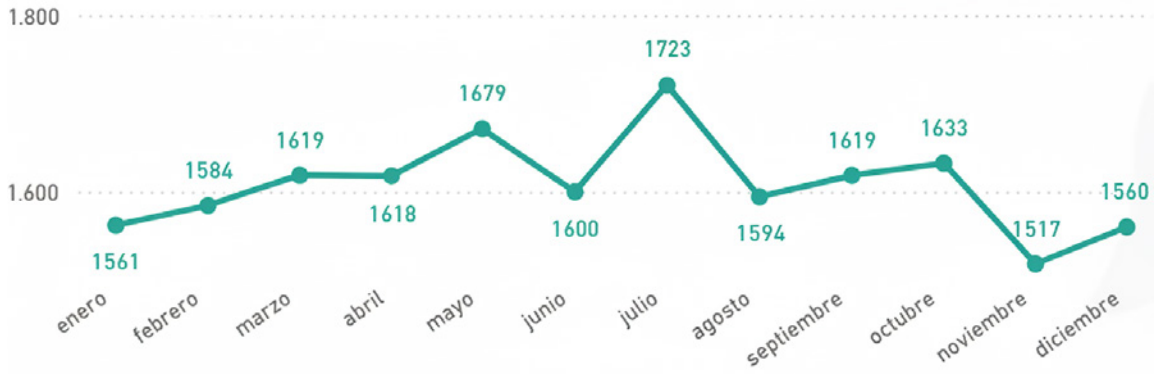
i. SF Oncología – Central De Mezclas.

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

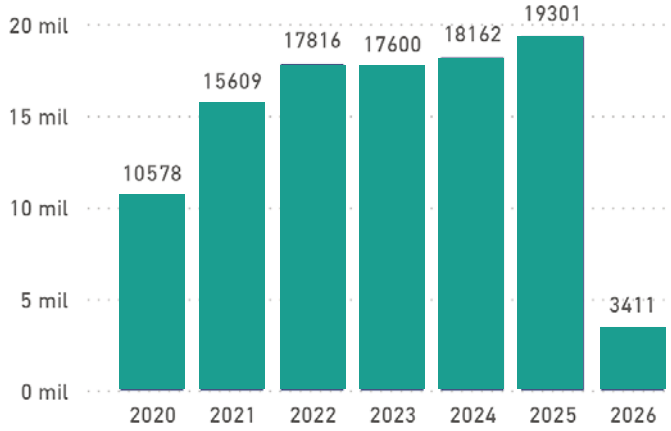
Pacientes

Total pacientes
19301

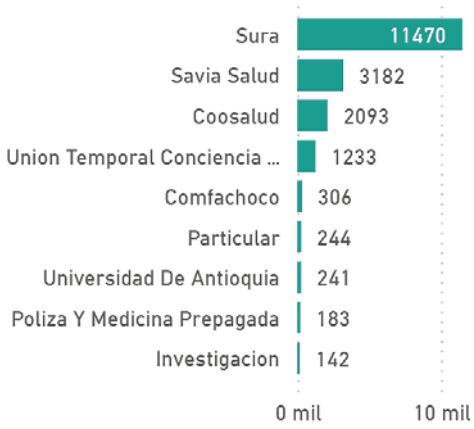
Total de pacientes por aseguradora



Cantidad de pacientes por año



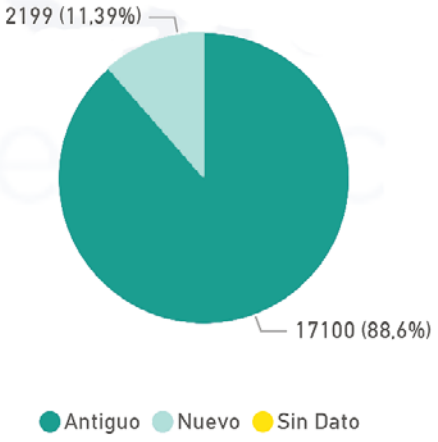
Aseguradora



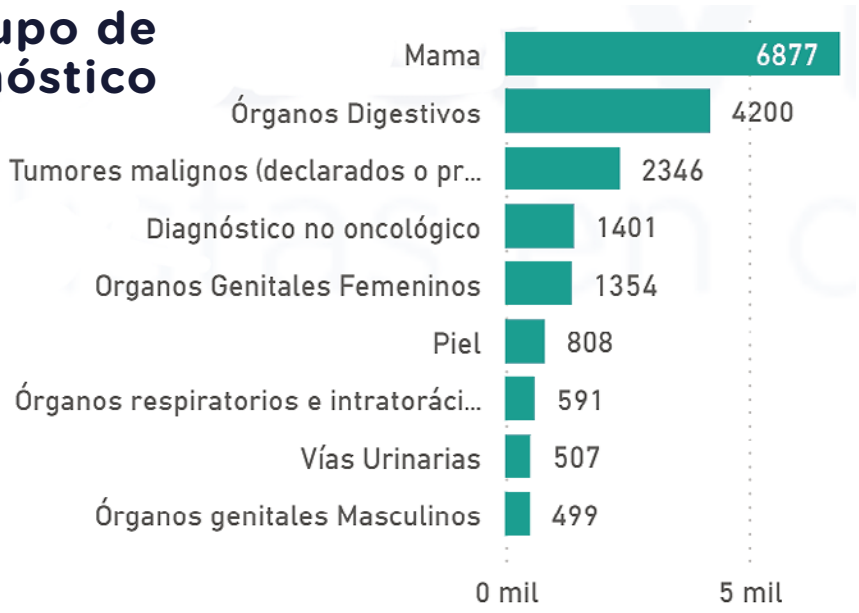
Sedes



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

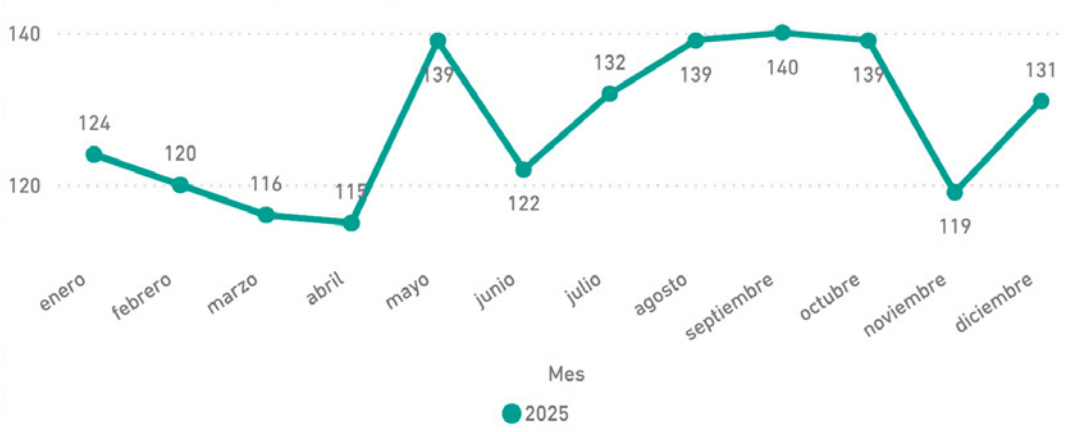
En detalle Quimioterapia Hospitalaria presento un aumento de pacientes un crecimiento del 109% de pacientes atendidos pasando de 735 en 2024 a 1536 pacientes atendidos en 2025.

Pacientes

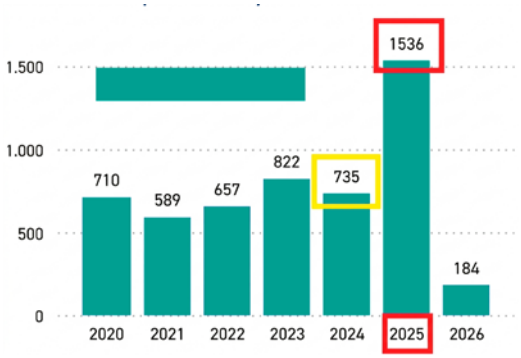
Total pacientes

1536

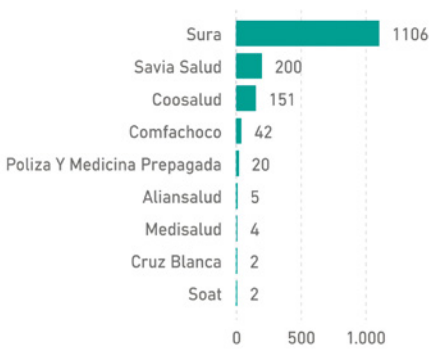
Total de pacientes por aseguradora



Cantidad de pacientes por año



Aseguradora

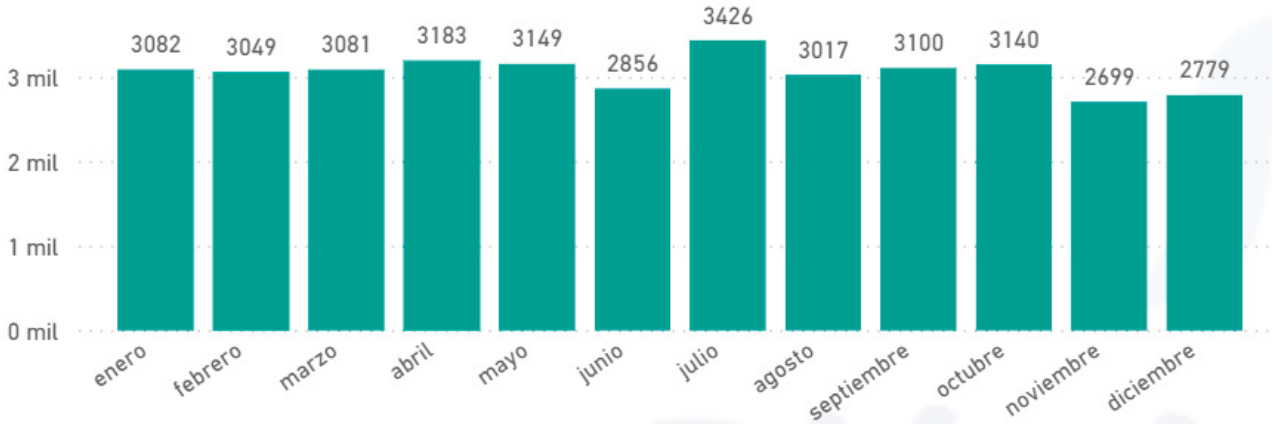


a. Análisis del proceso de atención - aplicaciones Servicio Farmacéutico QT - Programación de Quimioterapia Parenteral - Central de Mezclas

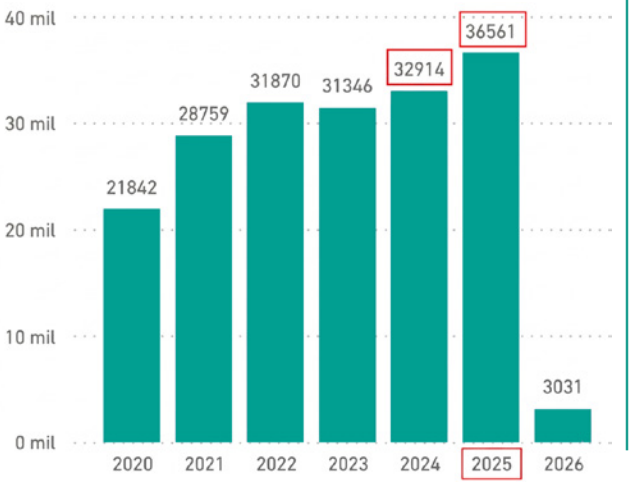
Para el 2025 se realizaron 36,561 aplicaciones en todas las sedes de la fundación.

Aplicaciones

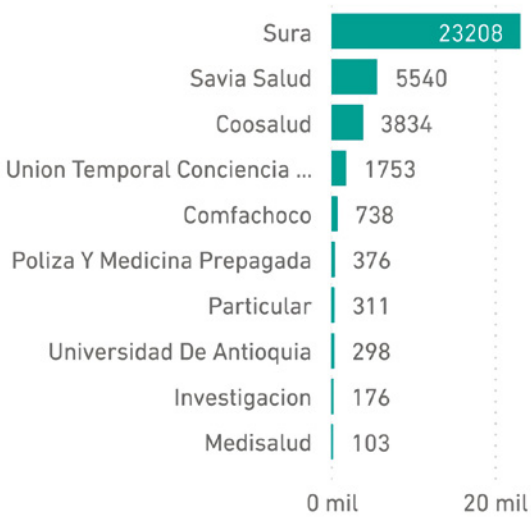
Aplicaciones por mes y año



Cantidad de aplicaciones por año



Aseguradora



Sede

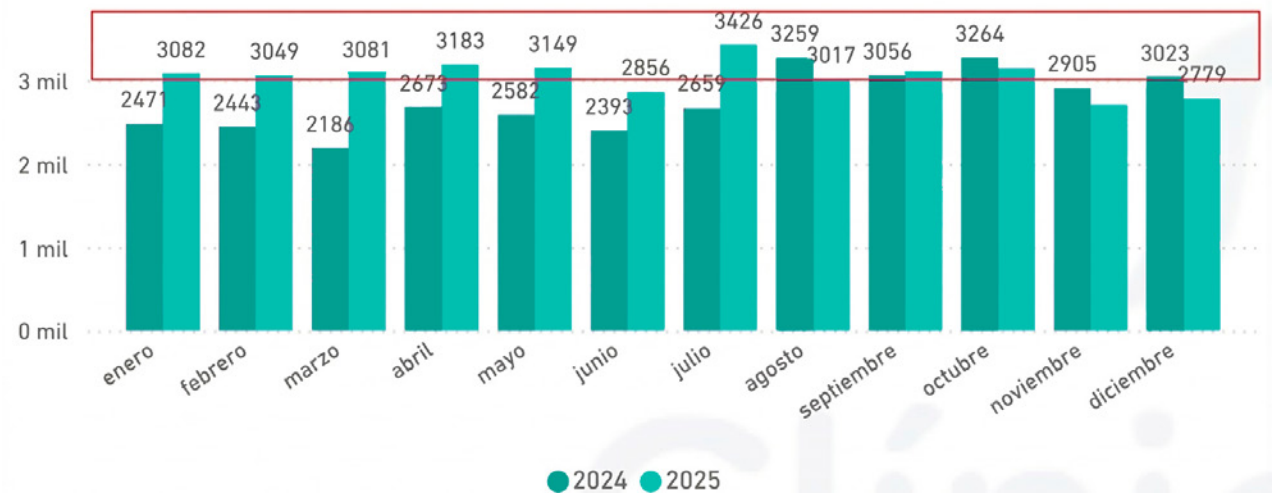


En relación 2024 – 2025 se logró un aumento de productividad 3524 aplicaciones más lo que representa un crecimiento del 11.1% de aplicaciones más que en el año anterior.

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



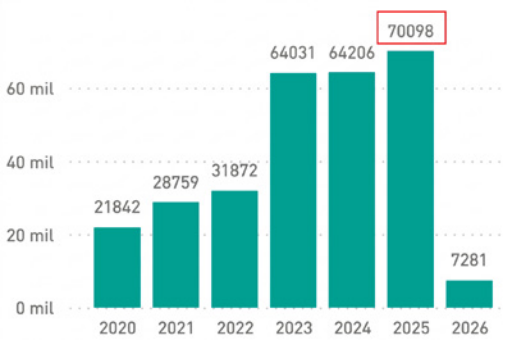
Este crecimiento sostenido de 2024 a 2025 reafirma nuestro liderazgo prestacional y el compromiso innegociable con la continuidad y oportunidad en el tratamiento oncológico de nuestros pacientes.

- 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



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.

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

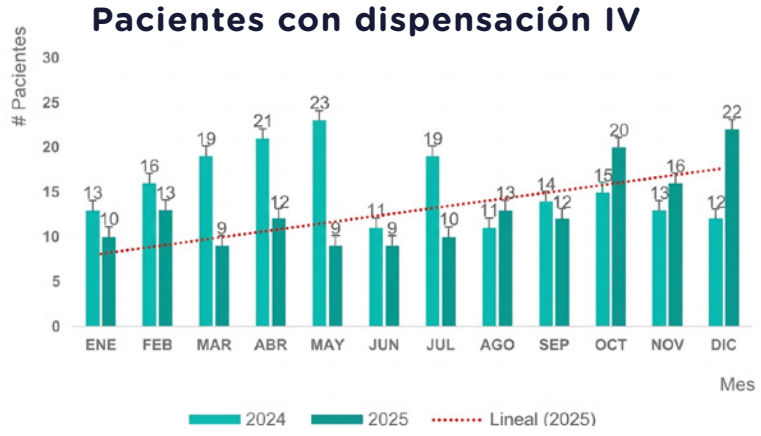
Modelo de Atención Servicio Farmacéutico Pacientes de Hematología y Oncológicos en Buenas Prácticas Clínicas, enfocado en Estudios Clínicos - 2025.

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	52	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.



Farmacéutico

- 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.**

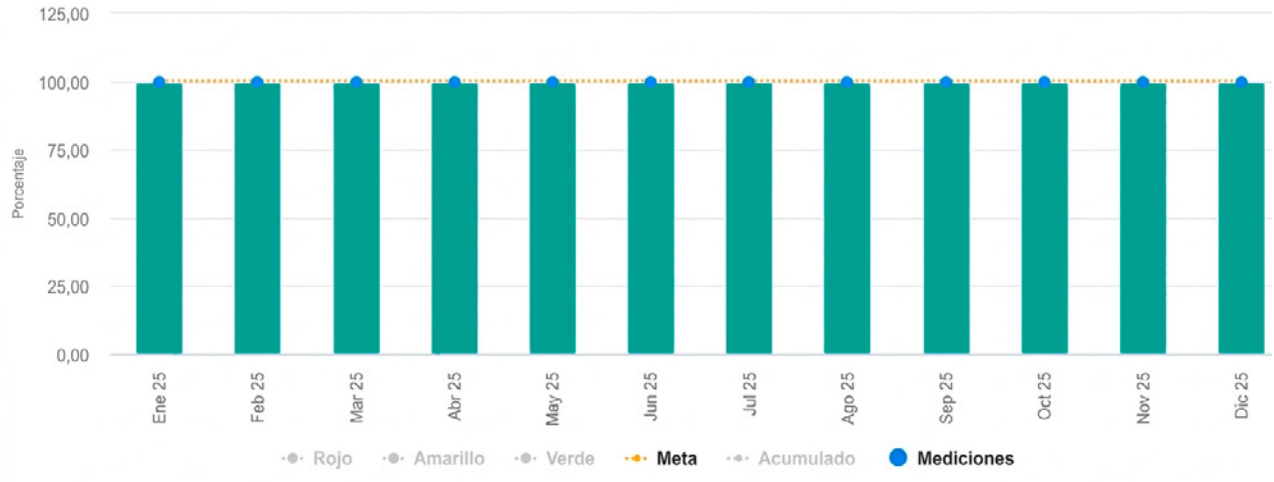
En base al informe de gestión para 2024 y 2025 se evidencia un crecimiento en el centro de investigación lo cual a su vez generó un aumento en el proceso: a. Auditorias crecimiento 131% 243. b. Atención de pacientes QT VO un aumento del 216% en esta línea que es altamente demandante de actividades, se 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%

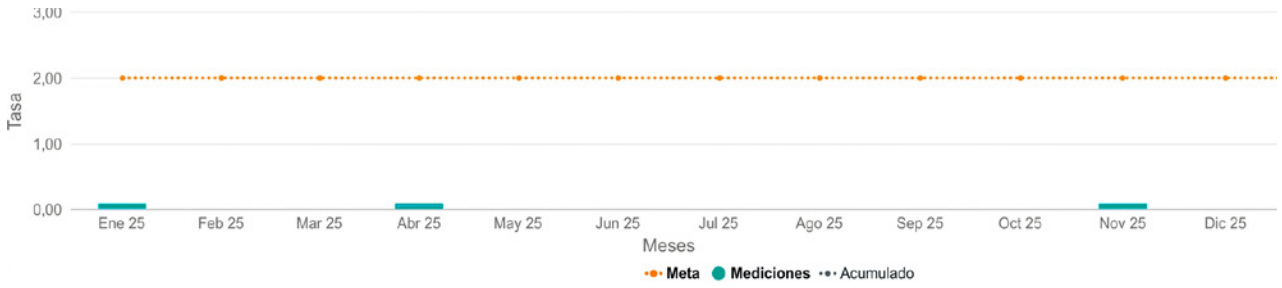
En 2025 se dio continuidad al modelo de atención farmacéutica para pacientes ambulatorios adheridos a la EPS Savia Salud bajo el modelo de PGP en el cual se ha dado cumplimiento con los indicadores normativos fenix donde se dispensaron 22,346 fórmulas de medicamentos de forma ambulatoria con un cumplimiento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

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.

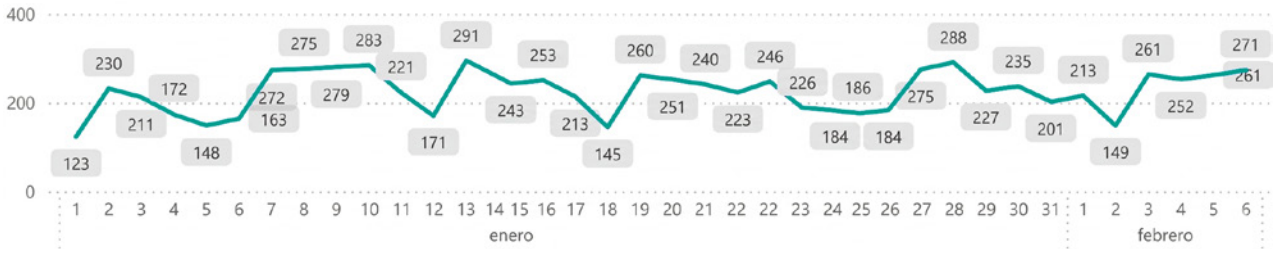
iv. SF Hospitalario

- **Medicamentos de Control Especial**

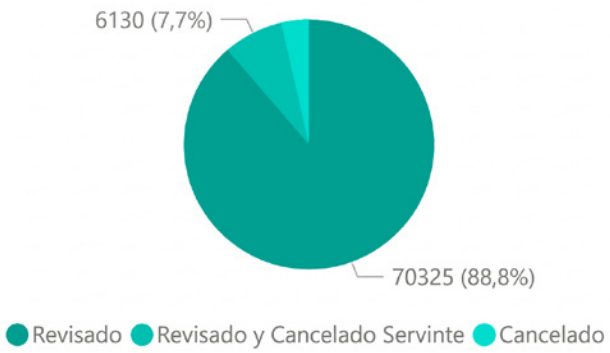
En 2025 se recibieron 79,174 ordenamientos en el SF Hospitalario para Medicamentos de Control Especial de forma electrónica donde se logró validar, gestionar, intervenir y dispensar medicamentos de forma totalmente digital y con un principio de cero papeles de las prescripciones médicas cumpliendo los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

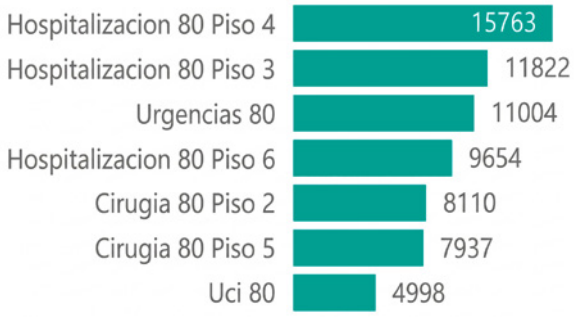
Total medicamentos por día



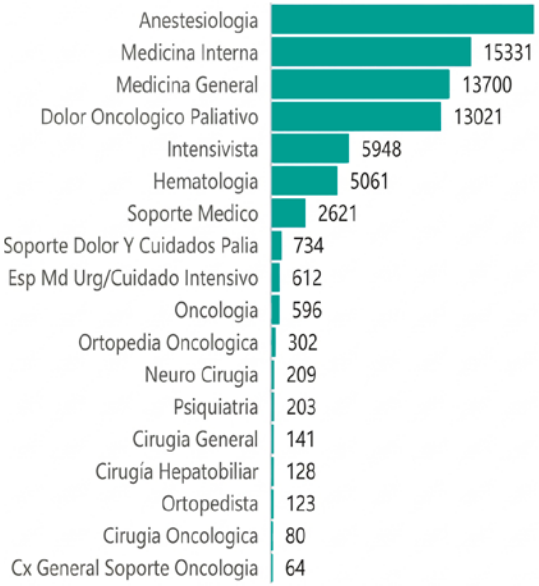
Revisión general servicio enfermería por Servinte



Ubicación



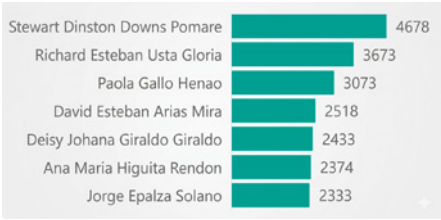
Especialidad



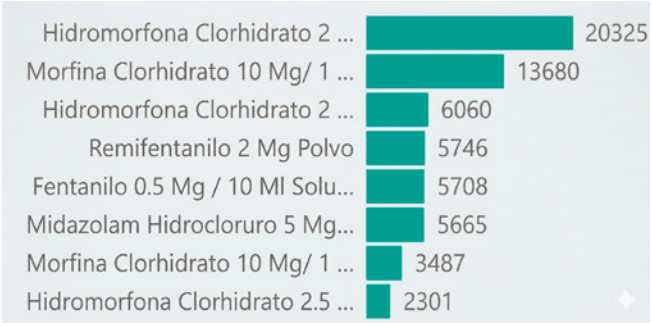
Aseguradora



Profesional

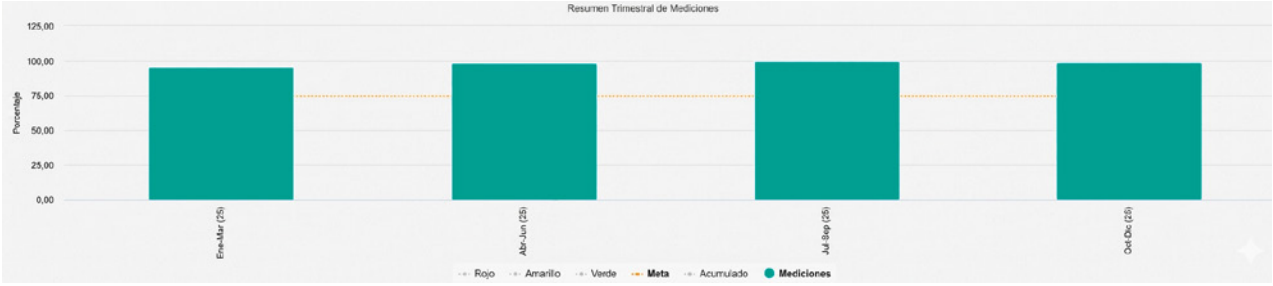


Artículo



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.

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.

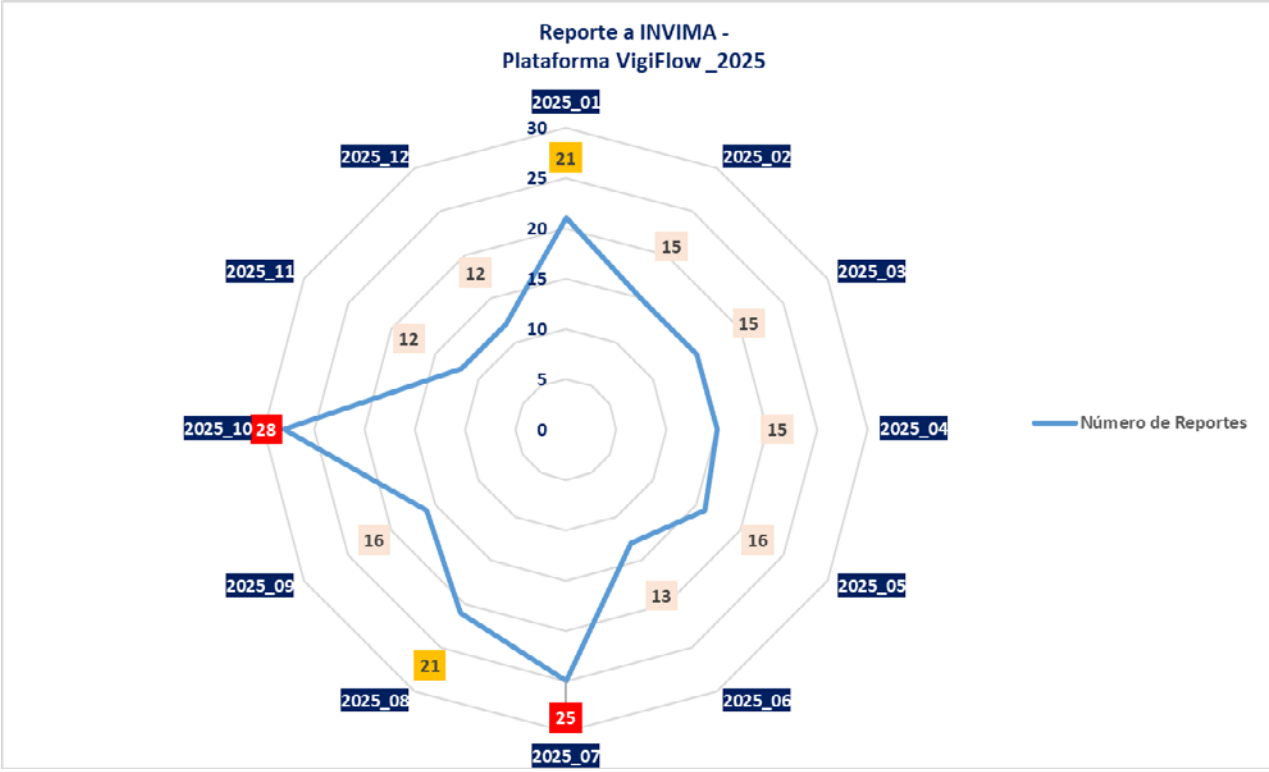
d. Reportes de Vigilancia

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%

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:

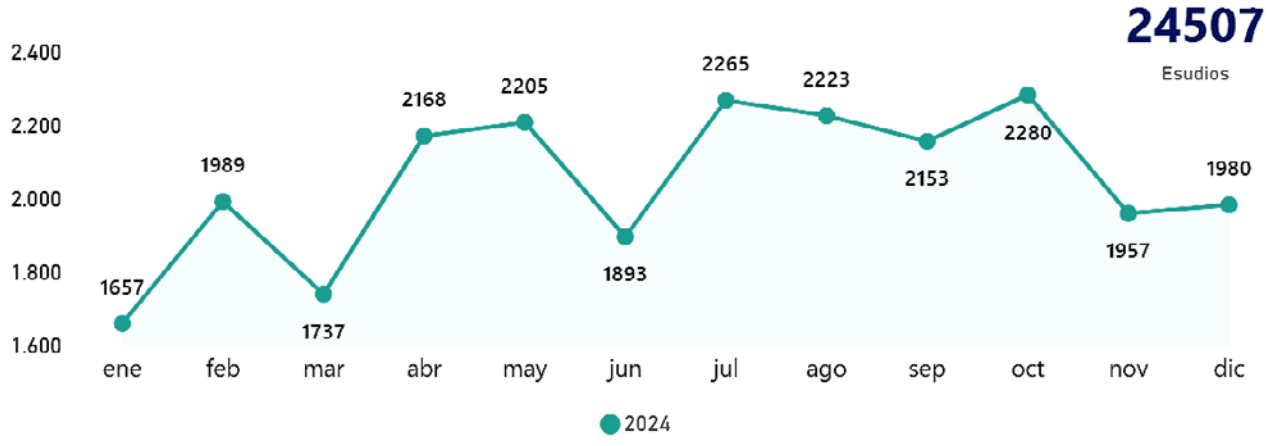
- **Oportunidad Diagnóstica:** La automatización de procesos nos permite entregar resultados en tiempos óptimos, reduciendo la incertidumbre del paciente y acelerando el inicio del tratamiento.
- **Rigurosidad Técnica:** El uso de tecnología automatizada y controles de calidad estrictos minimiza el error 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.

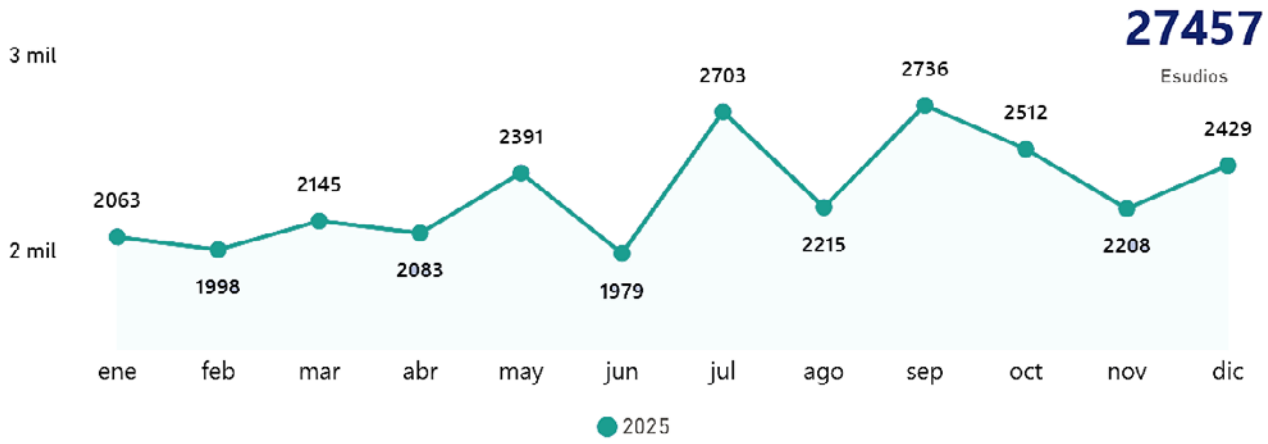
La gestión del año se define por la continuidad de la transición progresiva, de un laboratorio convencional a un centro de diagnóstico predictivo y de precisión, alineado con los estándares internacionales de cuidado de la salud;

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



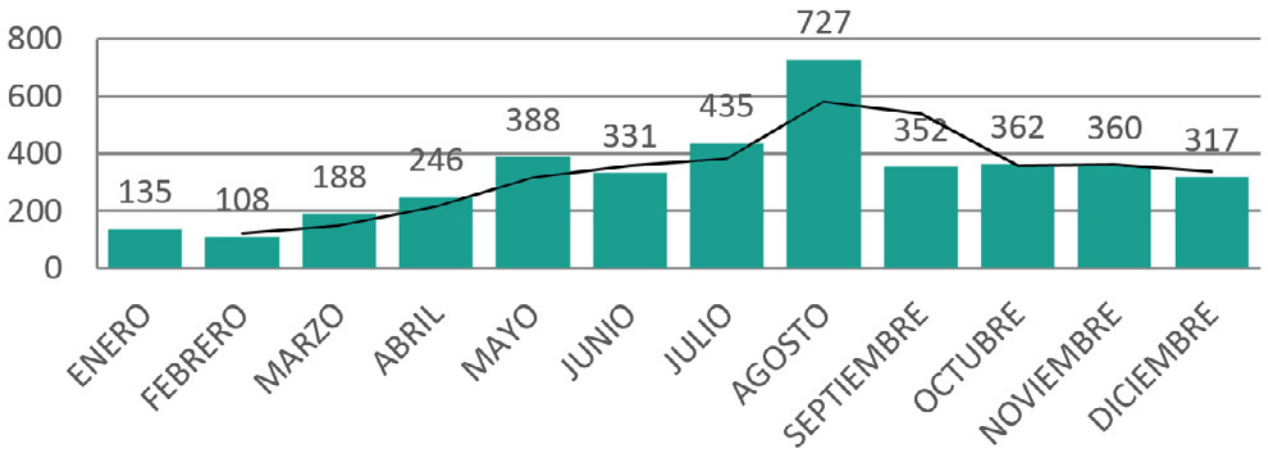


- Certificate of Competency in External Quality Control Assessment Testing, American College of Pathologists.

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.

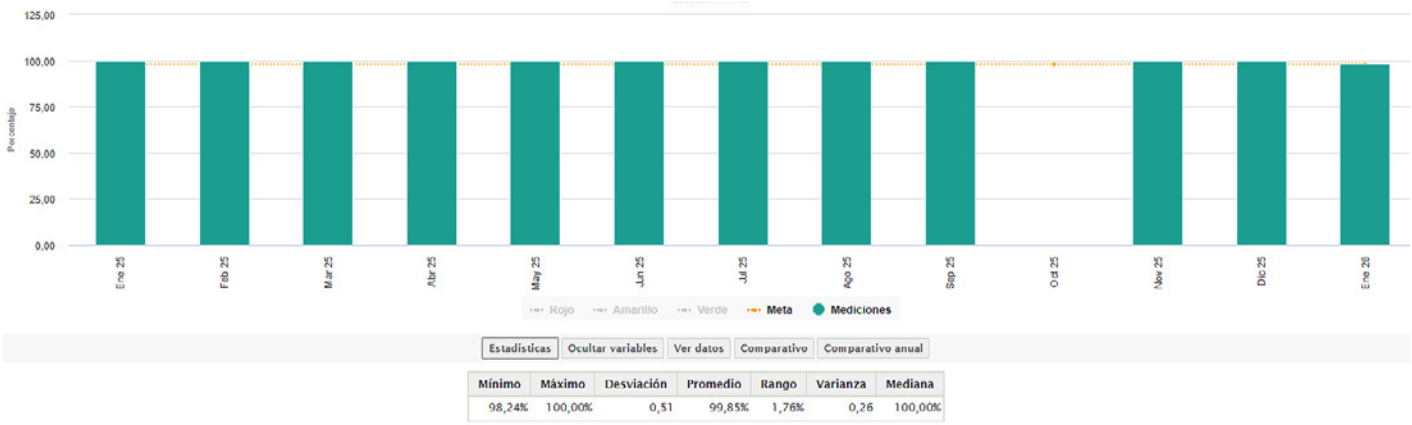
- **Impacto en la Seguridad del Paciente:** El área de microbiología actúa como un sistema de alerta temprana, permitiendo intervenciones rápidas que salvan vidas y reducen los días de estancia hospitalaria.

Laboratorios

- **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.

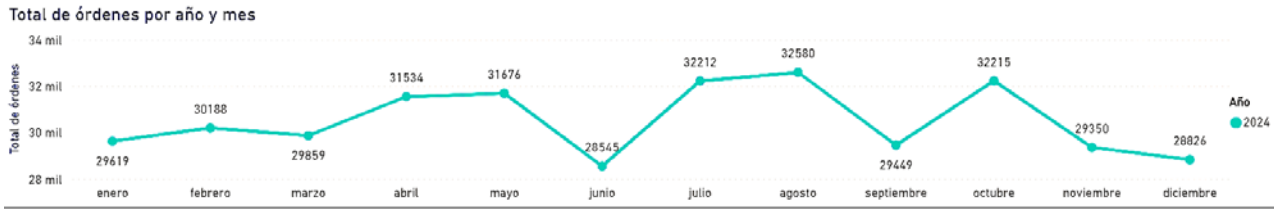
La gestión se ha centrado en transformar el volumen de pruebas en valor diagnóstico, asegurando que la tecnología, estén siempre al servicio de la seguridad del paciente y la sostenibilidad institucional.

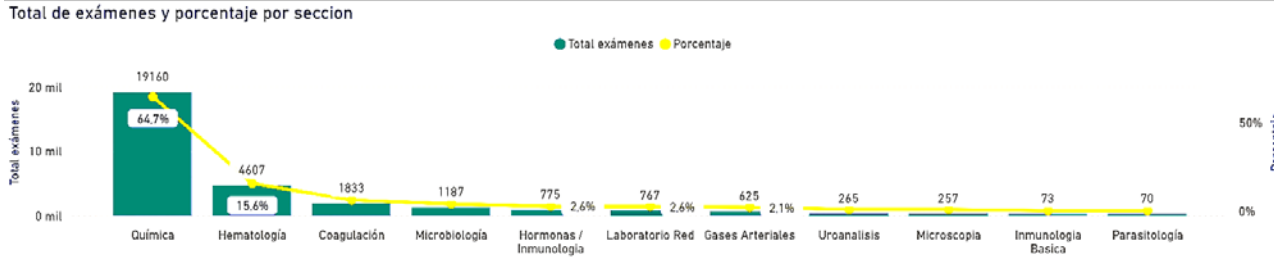
Proporción de resultados de laboratorio entregados oportunamente - Hospitalización (Laboratorio clínico



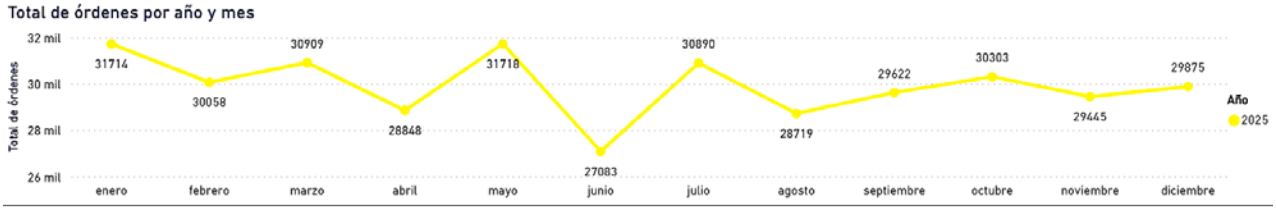
- A continuación se evidencia la productividad del Laboratorio Clínico para el año 2025, respecto al año 2024, con variación positiva del 10%, con el mismo recurso.

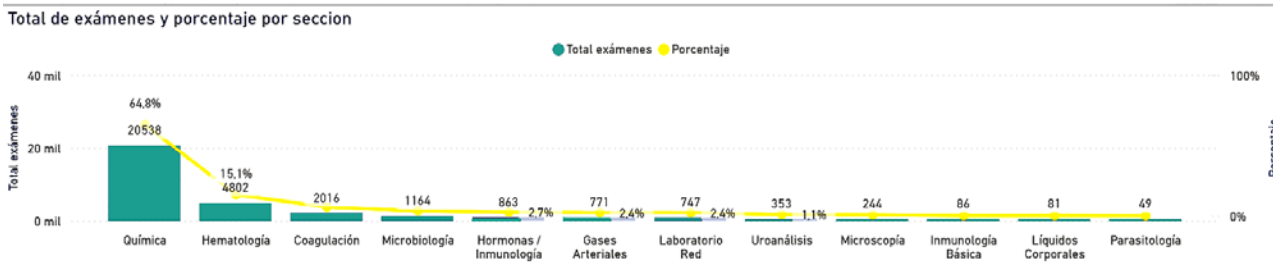
2024





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%)

Laboratorios

- 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:

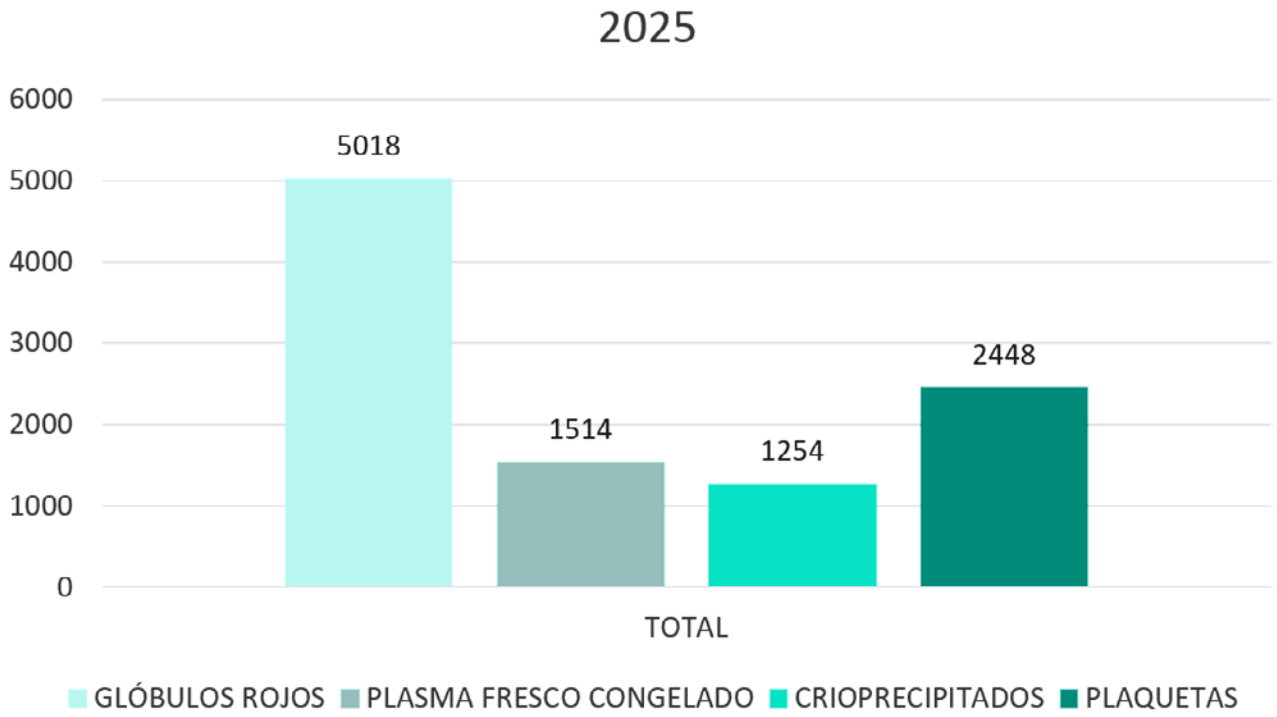
- **Garantía de Abastecimiento del 100%:** Hemos cumplido con la totalidad de la demanda institucional de hemocomponentes. Ningún procedimiento quirúrgico o urgencia vital ha sido postergado o cancelado por falta de insumos sanguíneos, se garantiza el insumo terapéutico seguro y disponible las 24 horas del día.



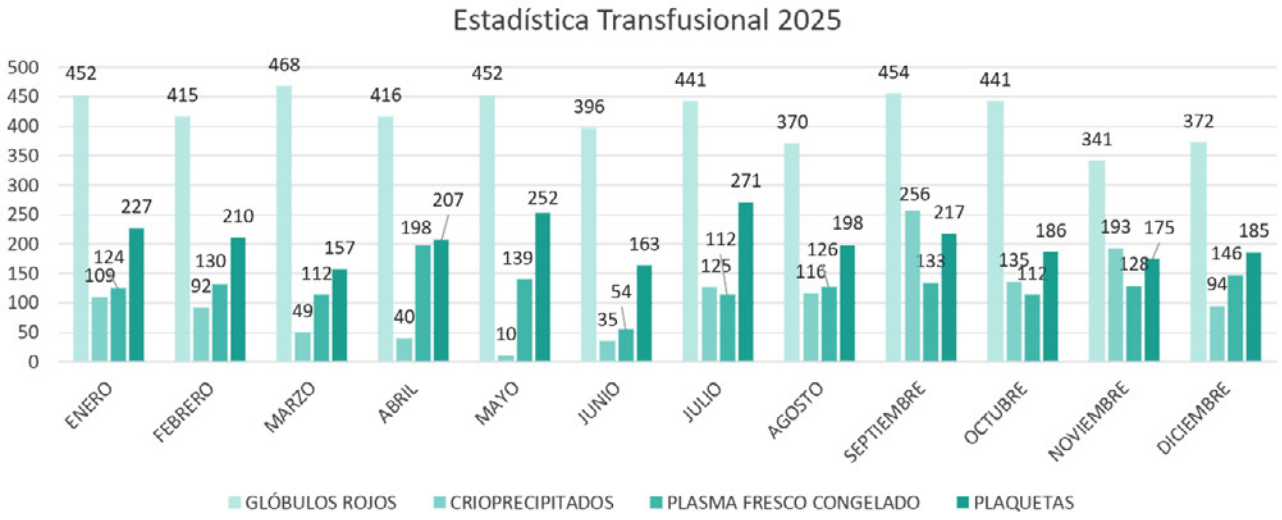
- **Cumplimiento de Estándares de Calidad:** Nuestros procesos cumplen rigurosamente con la normativa vigente, garantizando que cada unidad transfundida sea segura y eficaz.
- **Respuesta Inmediata en Eventos Críticos:** Nuestra capacidad de respuesta ha demostrado una coordinación impecable con el banco 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



- 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.

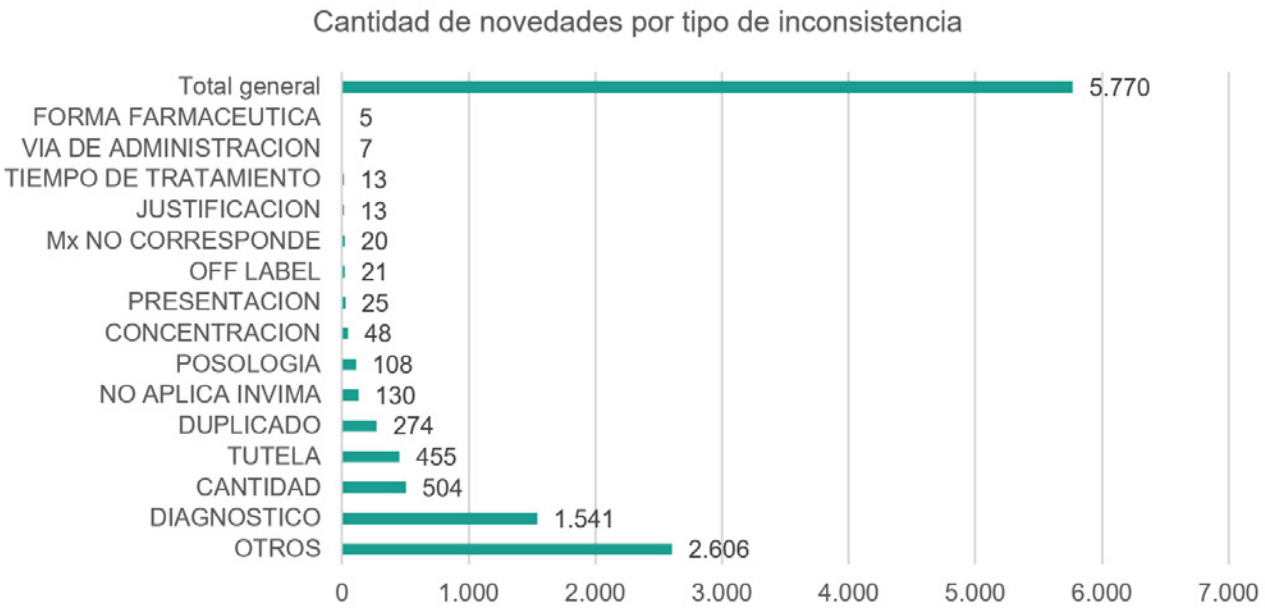


Representa la cantidad de auditorias realizadas a los ordenamientos alto costo, esto implica validar los criterios de auditoria y pertinencia como dosis, indicación, tiempos de tratamiento, cantidades, protocolos, cobertura, posología, forma Farmaceutica y concentración, entre otros criterios de gestión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



Tecnologías en salud y alto costo

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

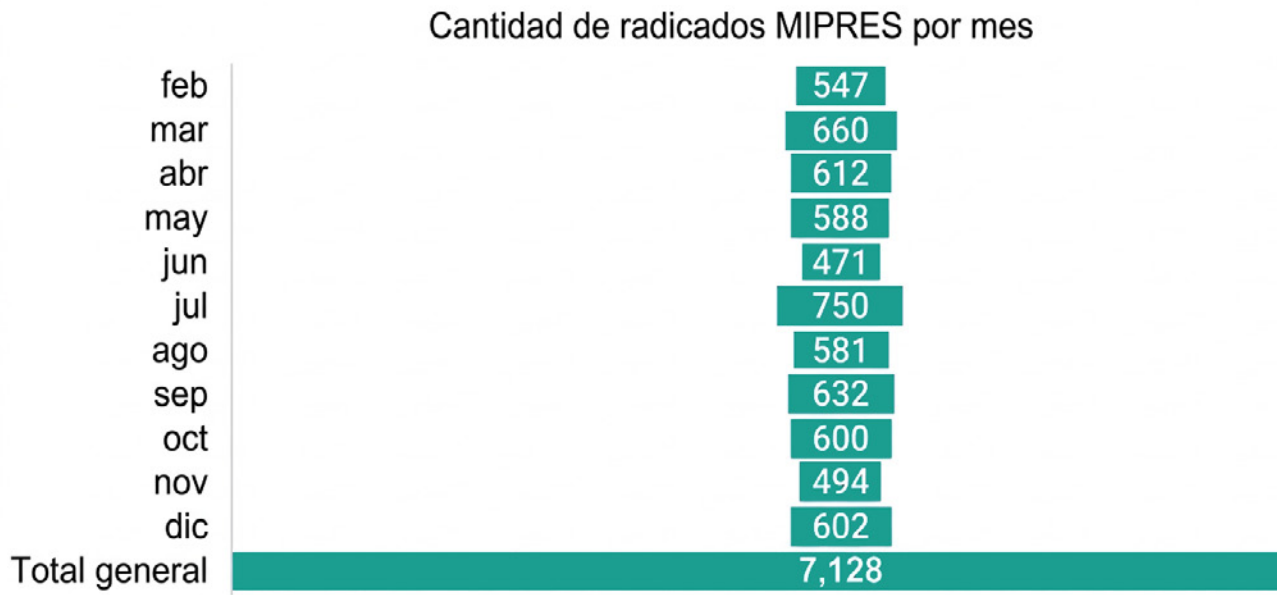
Marco Normativo

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.

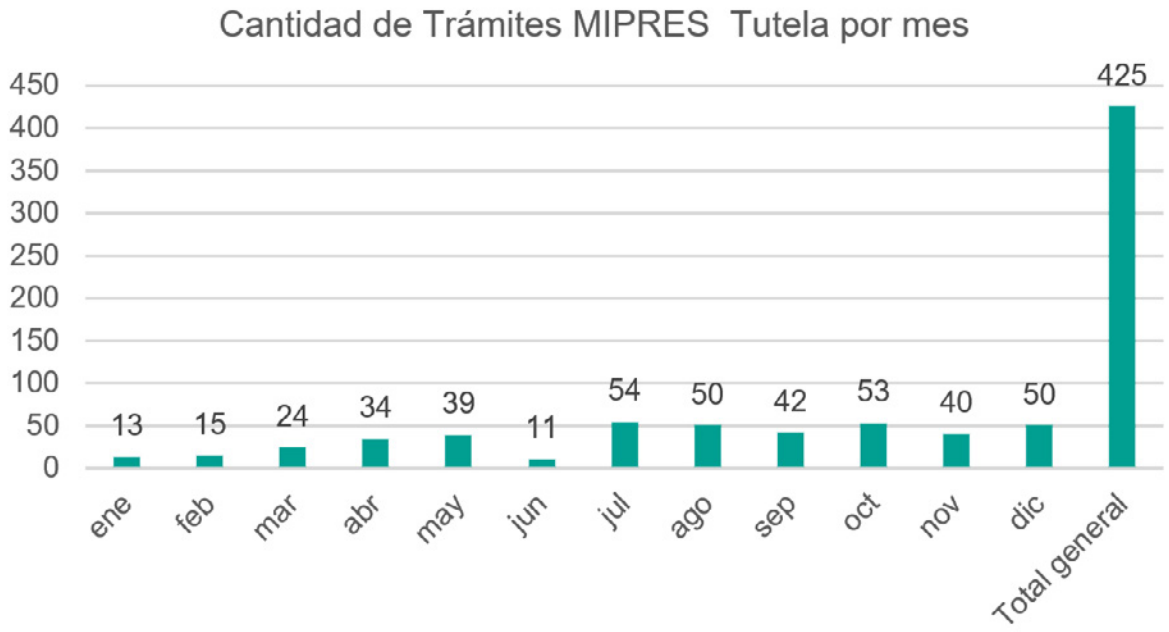
Gestión de Tutelas en 2025

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 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:

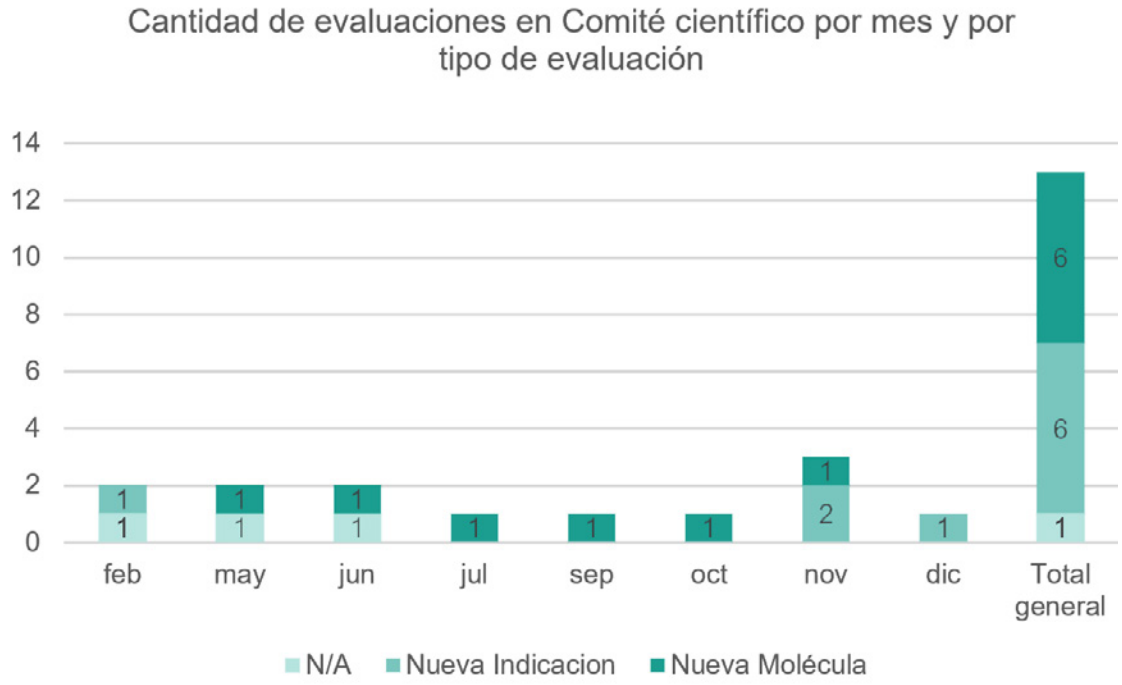
- **Nuevos Medicamentos Oncológicos:** 6 evaluaciones
- **Nuevas Indicaciones:** 6 evaluaciones
- **Actualizaciones de Guías:** 5-10 evaluaciones
- **Análisis Económicos:** 5-10 evaluaciones

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

- **Gestión Integral Exitosa:** A pesar de desafíos significativos, el área mantuvo operación integral de todos sus procesos clave.
- **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.
- **Pertinencia Clínica Mantenida:** Auditoría rigurosa aseguró que medicamentos de alto costo fueron prescritos según indicaciones INVIMA, criterios científicos, y guías institucionales.
- **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.

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

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

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.

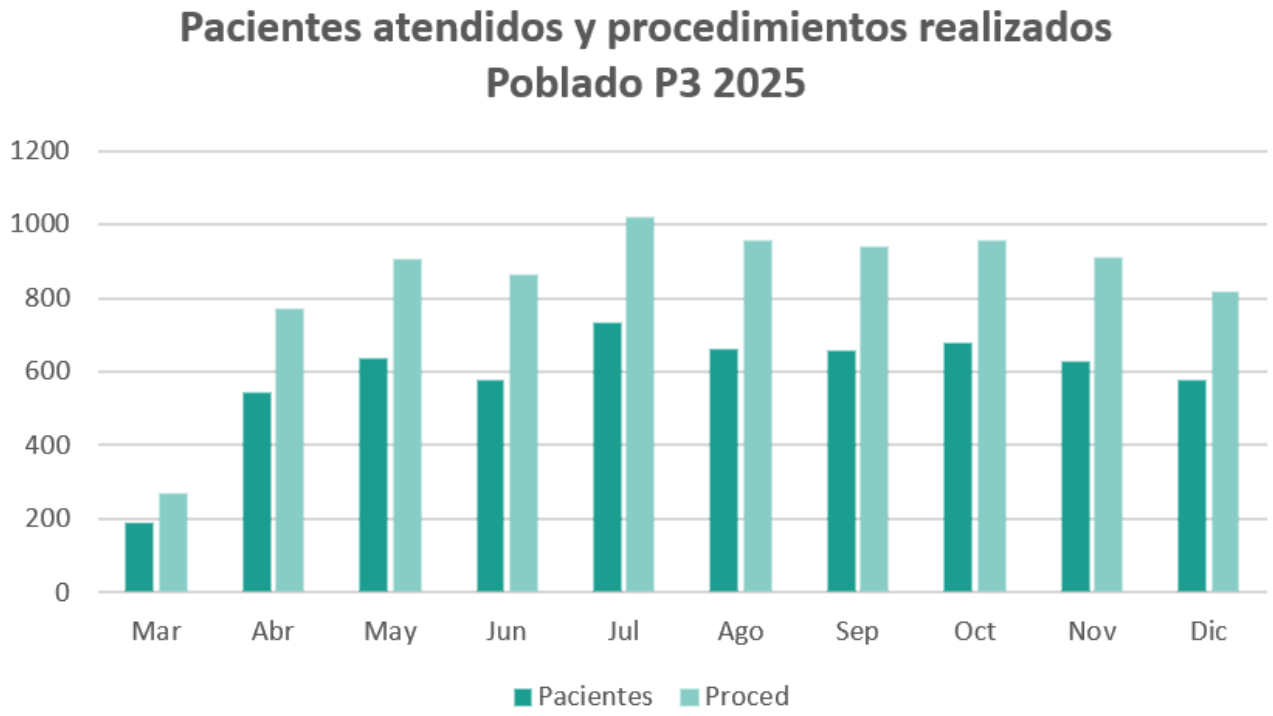
Si bien los números eran importantes, fue la generación de valor (intangible), de confianza en el personal médico, de enfermería y de áreas de apoyo, y el sentido de pertenencia de todos por la sede, lo que generó una cadencia propia de ocupación de los espacios, de seguir siendo elegidos por los especialistas 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 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.

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



Sedes Ambulatorias

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
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

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

Sedes Ambulatorias

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 3. 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

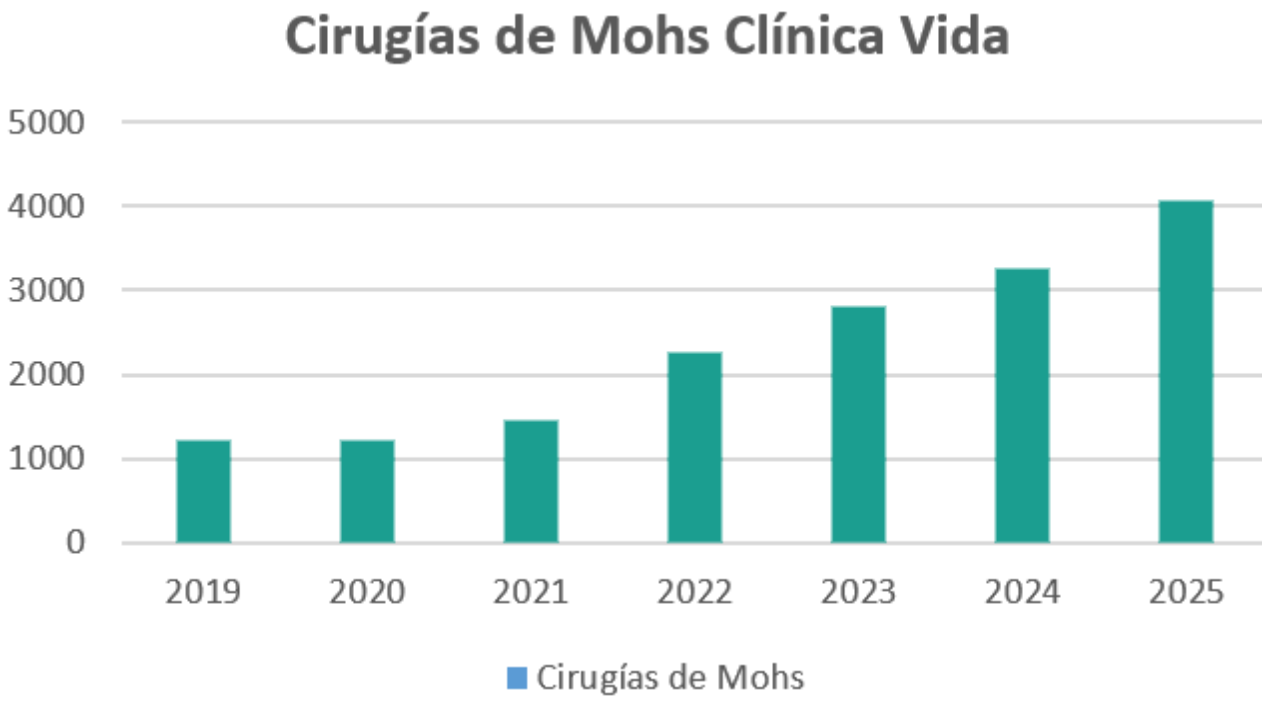
Así mismo se realizó la recopilación de las cirugías de Mohs realizadas en el año 2025 de acuerdo al diagnóstico del paciente, siendo el 90% de ellas empleadas para el manejo del Carcinoma Basocelular, el 9% para el Carcinoma Escamocelular y el 1% para otros tipos de tumor de piel.

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.

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.

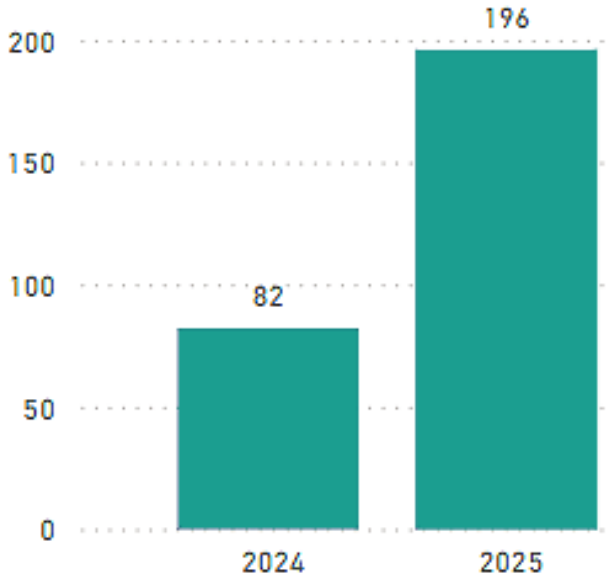


Grafico 1: Número de pacientes atendidos CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025

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

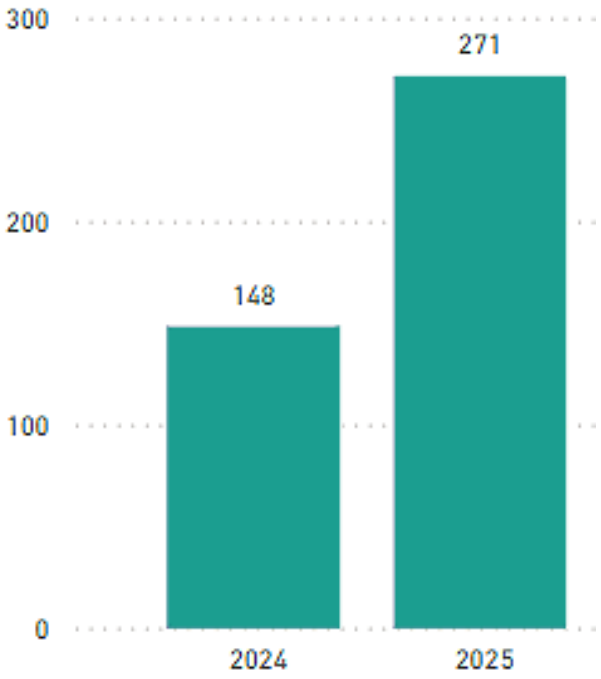
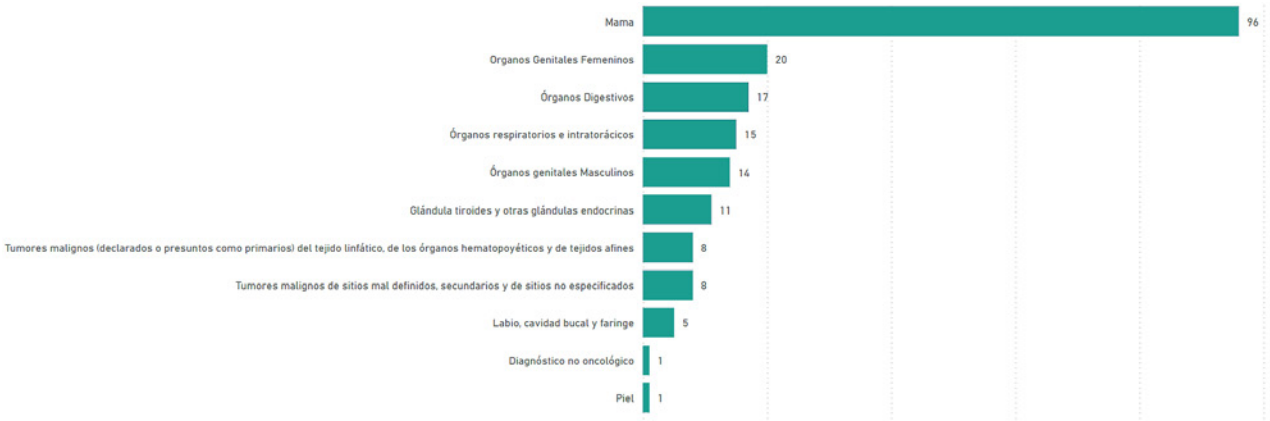


Grafico 2: Número de aplicaciones CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025

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.

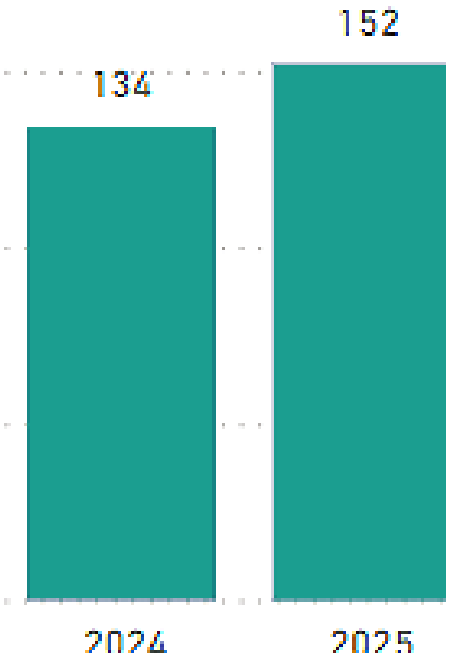


Grafico 4: Número de pacientes atendidos CORE Yolombó Enero – Diciembre de 2025

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.

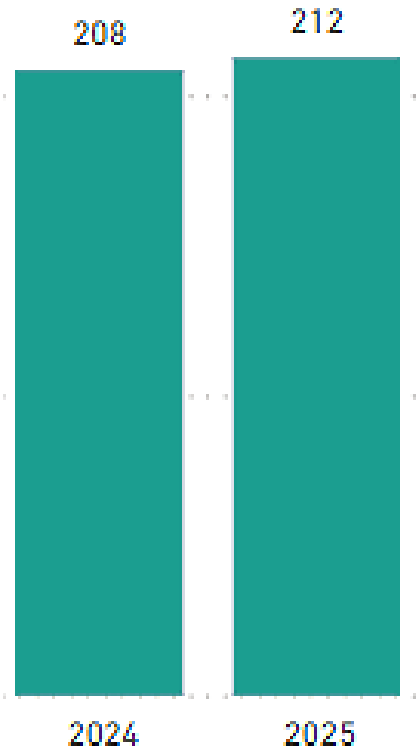
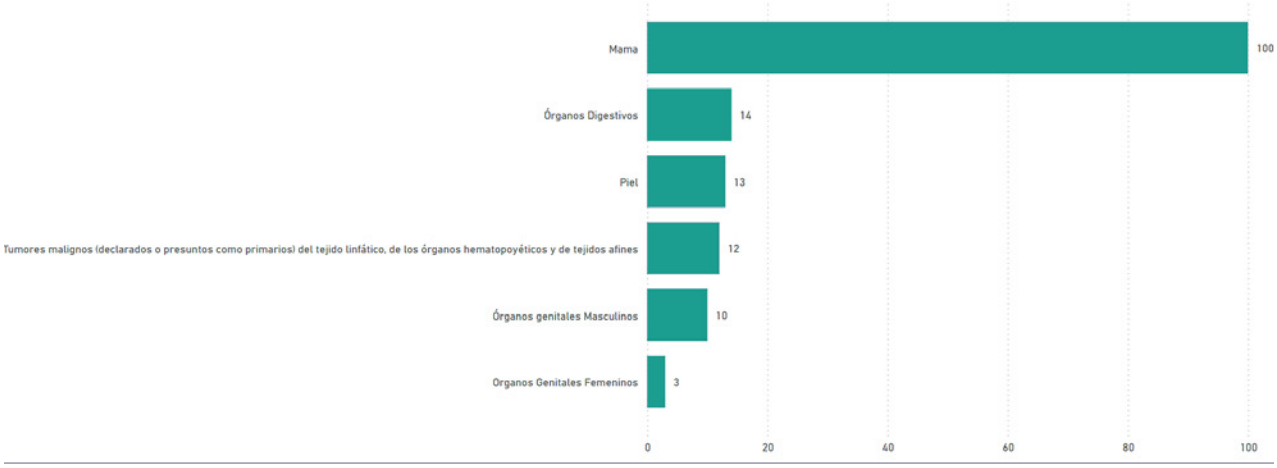


Grafico 6: Principales diagnósticos pacientes atendidos CORE Caucasia Enero – Diciembre de 2025



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

Científica

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

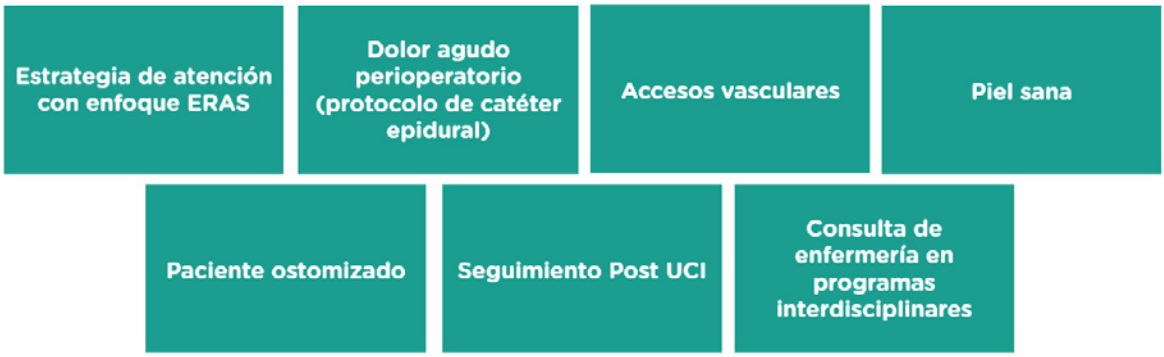
Dirección de *Enfermería*



Enfermería como eje transversal del modelo asistencial



Consolidación de programas institucionales bajo el liderazgo enfermero



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



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.





Enfermería

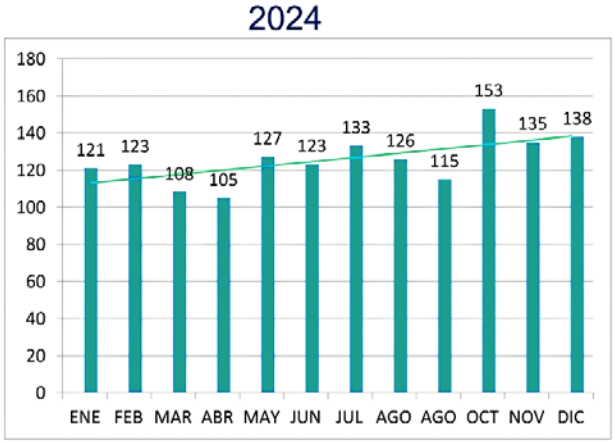
Página web institucional



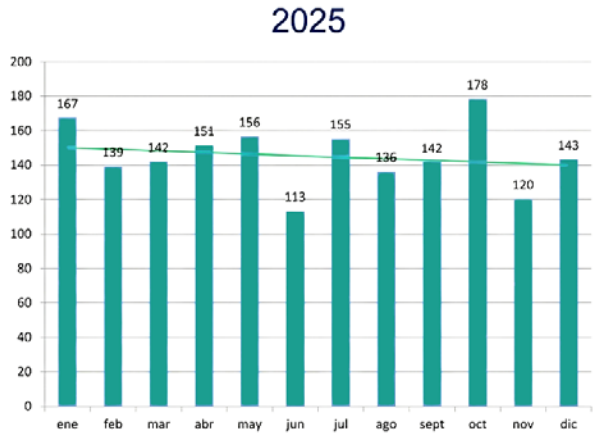
Programa de dolor y cuidado paliativo

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

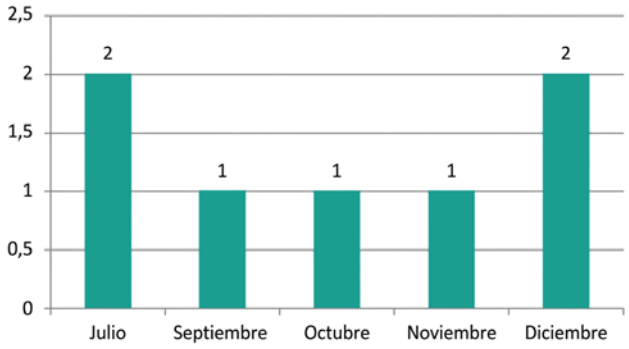


TOTAL
1742

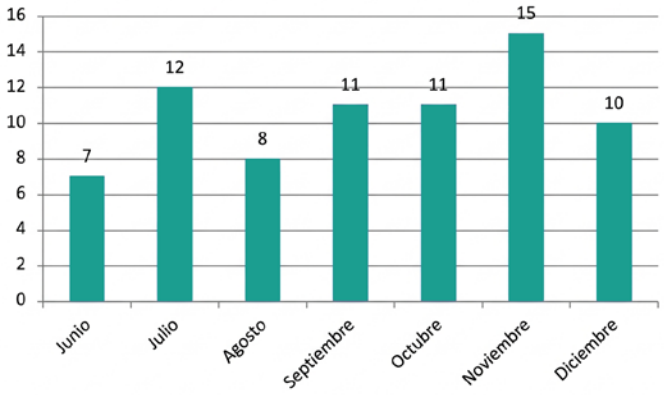
Programa de dolor agudo: implementación segundo semestre 2025

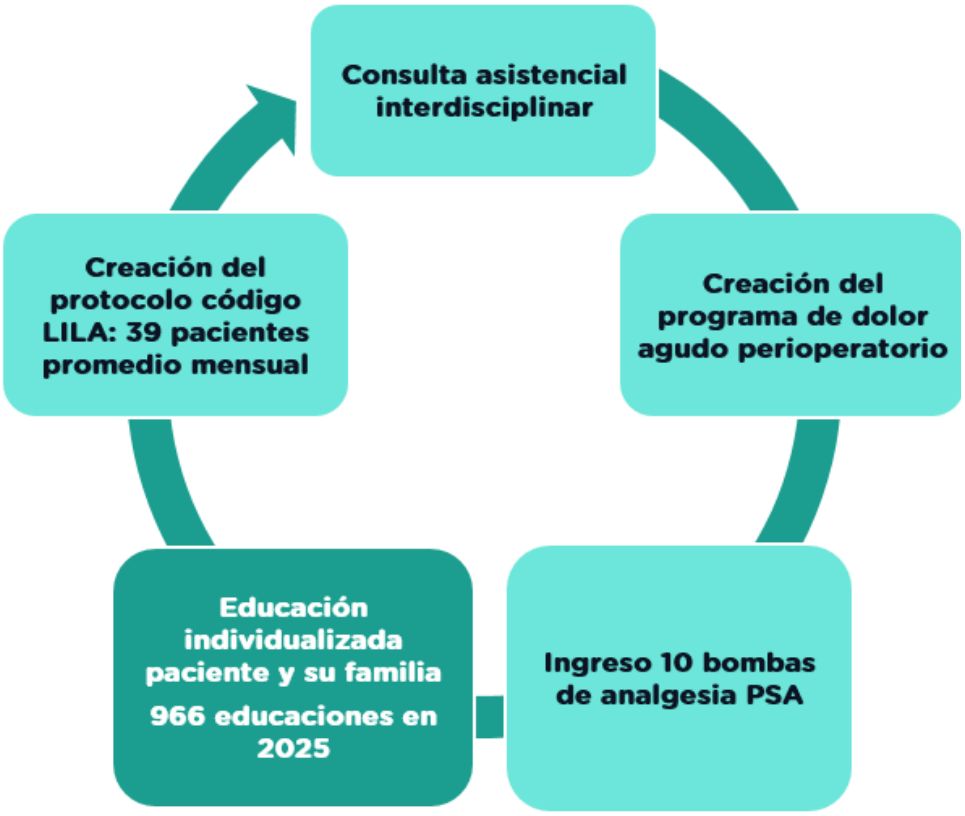
74 pacientes al cierre del año

Pacientes con infusión analgésica IV evaluados por ronda de dolor agudo



Pacientes con catéter epidural evaluados por ronda de dolor agudo



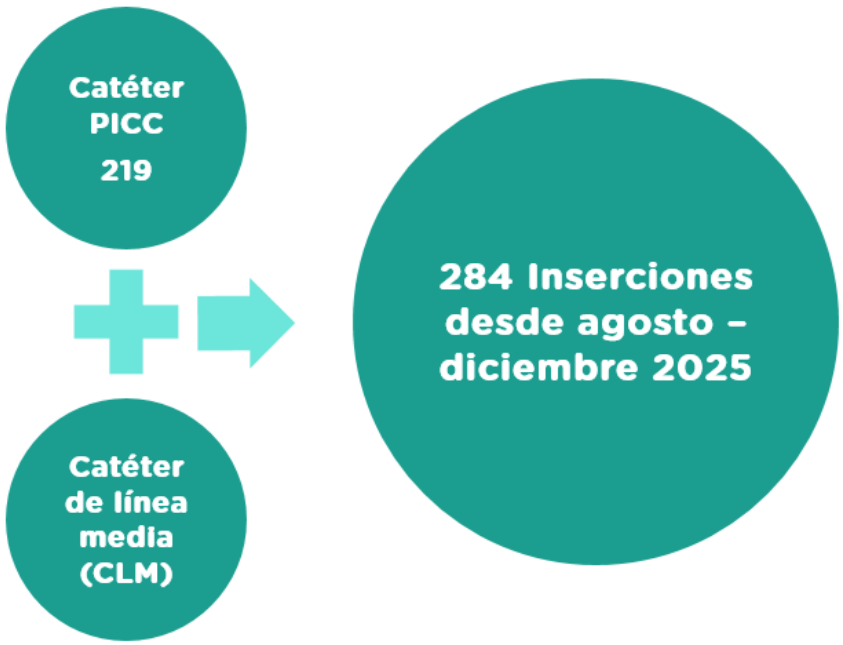


Programa de accesos vasculares

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.

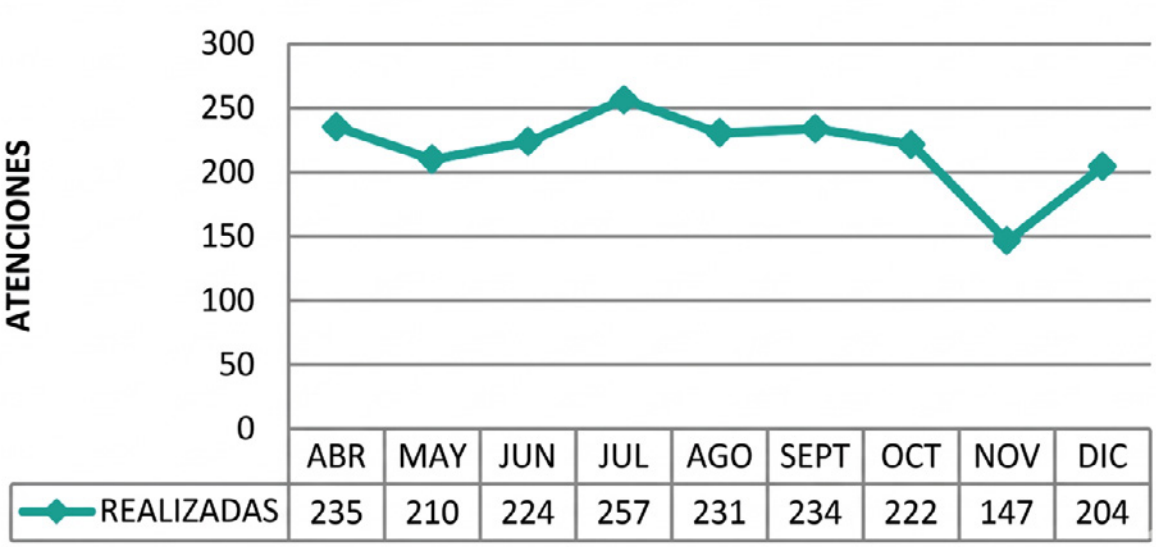
Fecha de inicio: agosto 2025

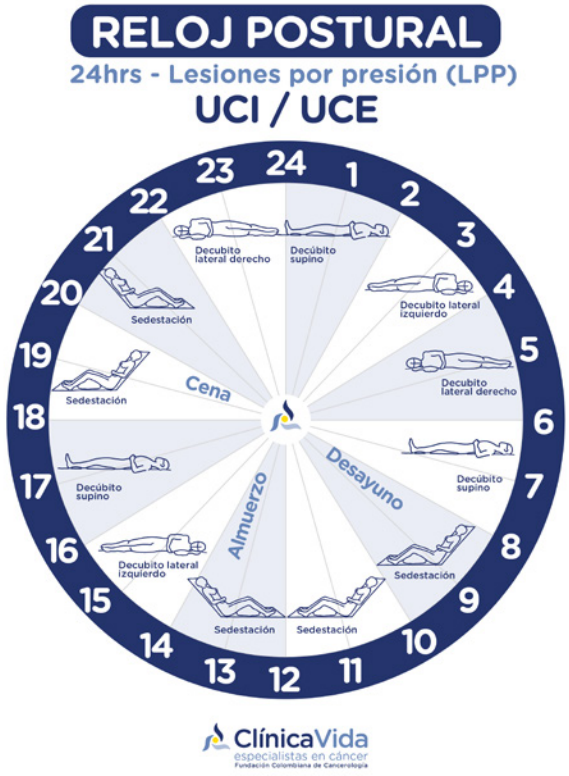


Programa de Clínica de heridas 2025

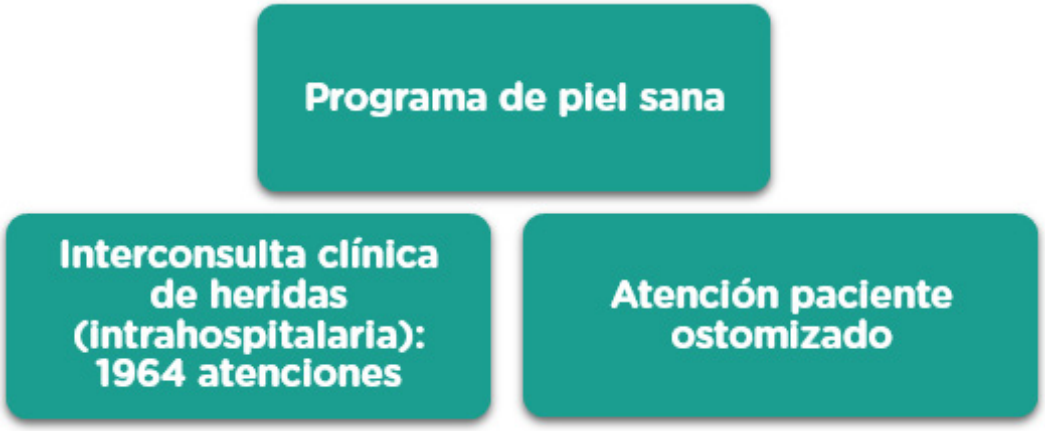
El programa creció un 14% en el año 2025, pasando de tener 1507 atenciones a 1742 en 2025. El 87% de ellas correspondió a EPS Sura.

Hospitalarios sede 80



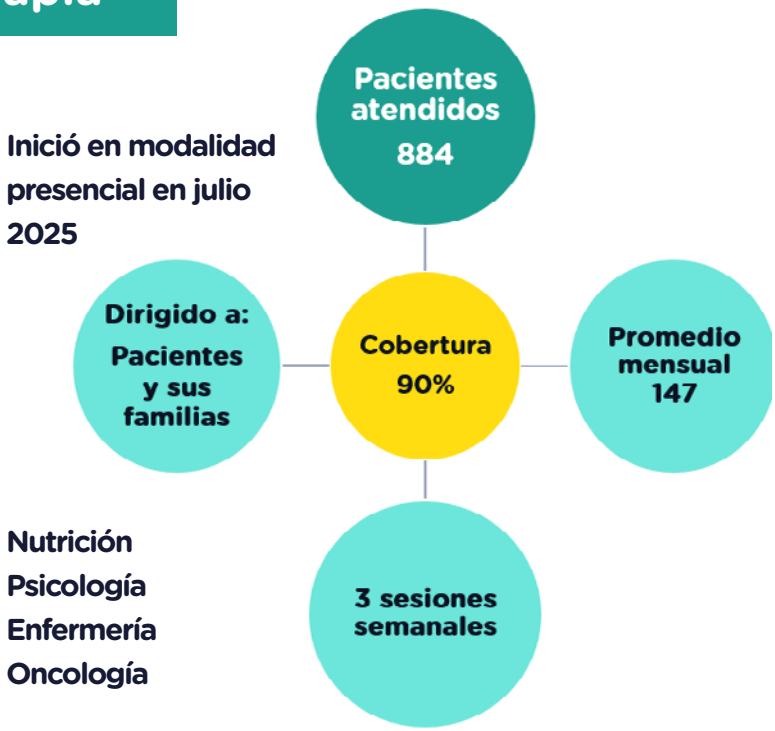


Enfermería



- 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



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

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.

Enfermería

- **Identificación de barreras**

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

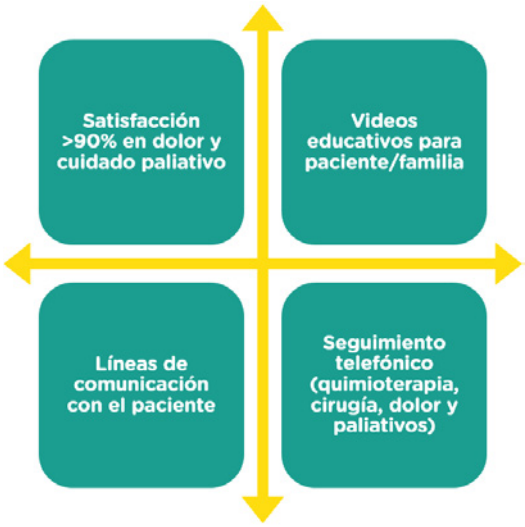
- **Base de datos preliminar**

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.

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.

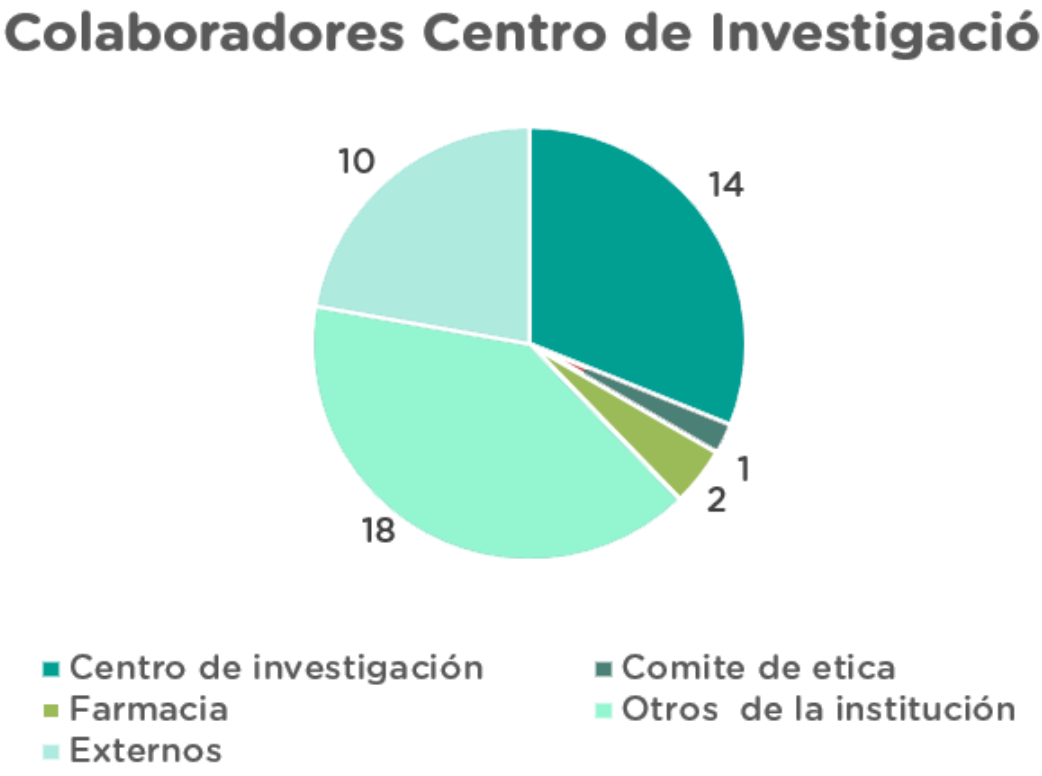
Durante el 2025, el Centro de Investigación se consolido en el país con más de 19 estudios activos en oncología y desarrollados junto a patrocinadores internacionales de primer nivel. La operación se caracterizó por un alto estándar de cumplimiento regulatorio, eficiencia operativa y disciplina financiera. 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

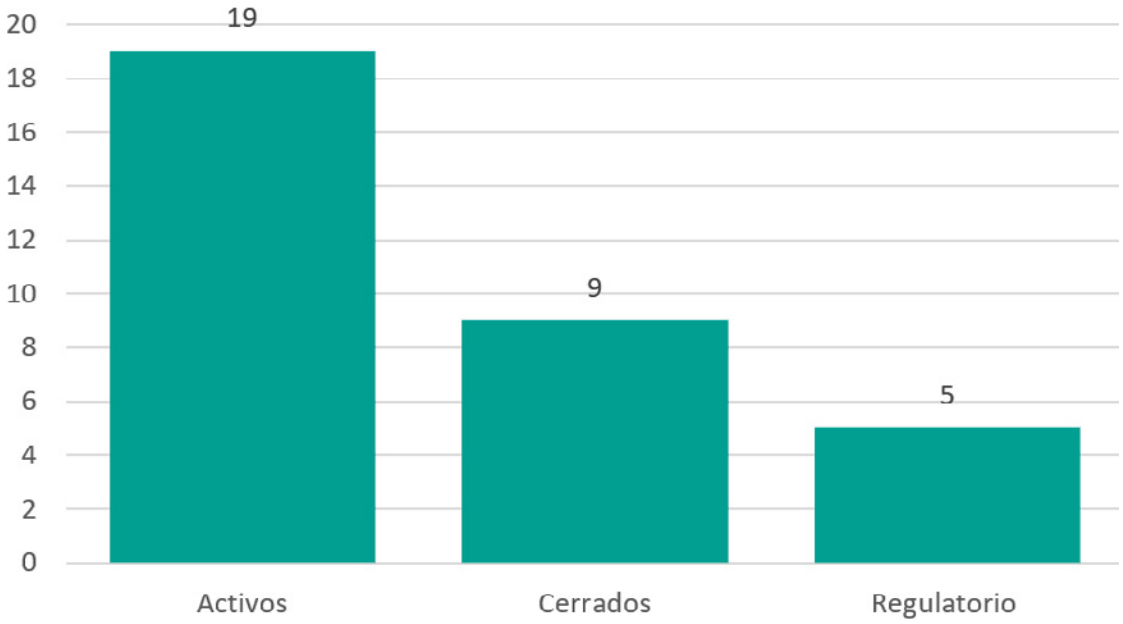
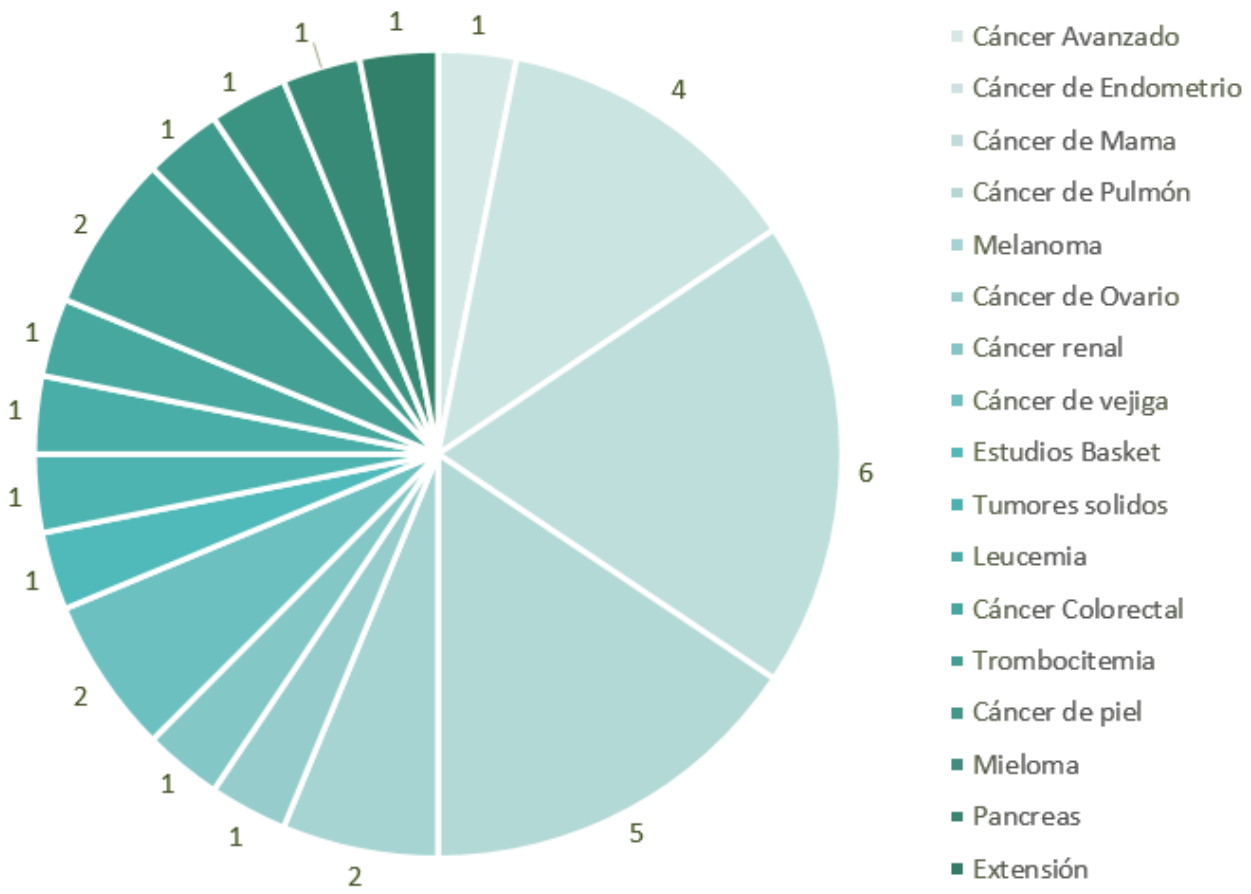


Tabla #3 Protocolos

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

Figura #4: Los principales patrocinadores son:



3. Próximos protocolos:

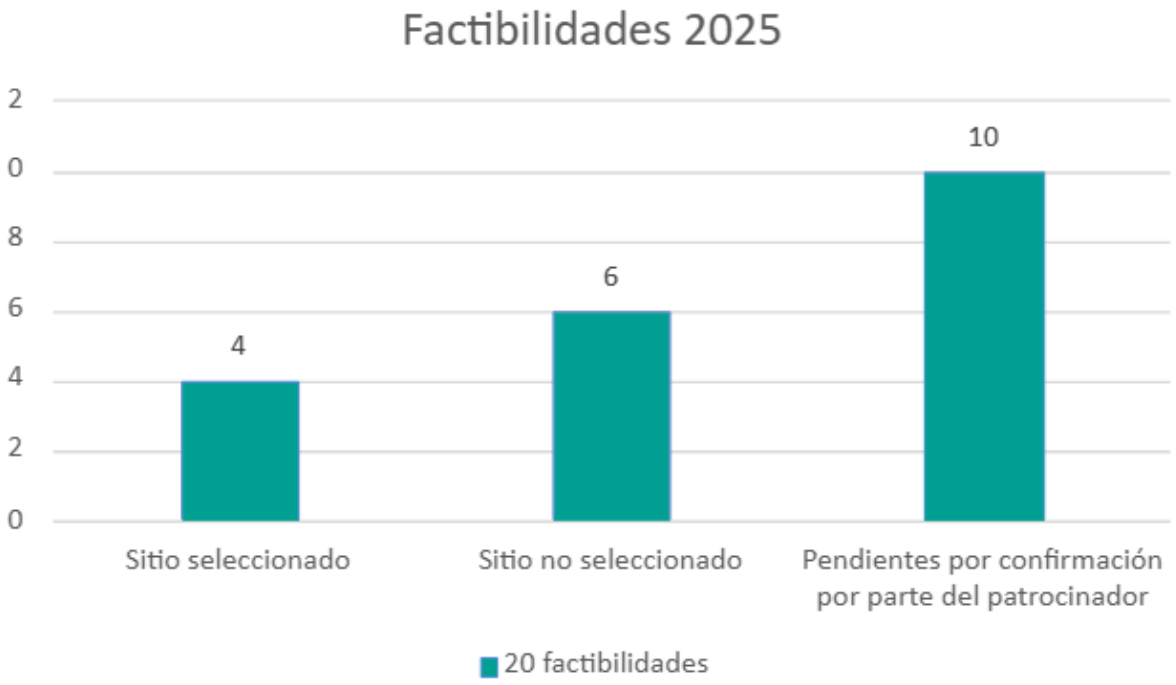
Para 2026 proyectamos empezar 5 protocolos nuevos, 3 de ellos patrocinados por BMS, uno por IQVIA y otro por MSD.

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. 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.

8. 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. 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).

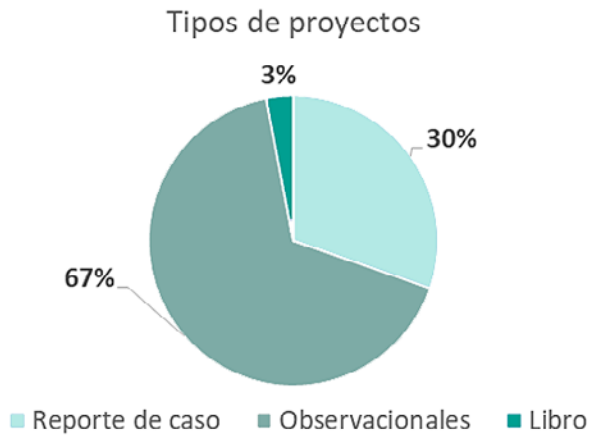
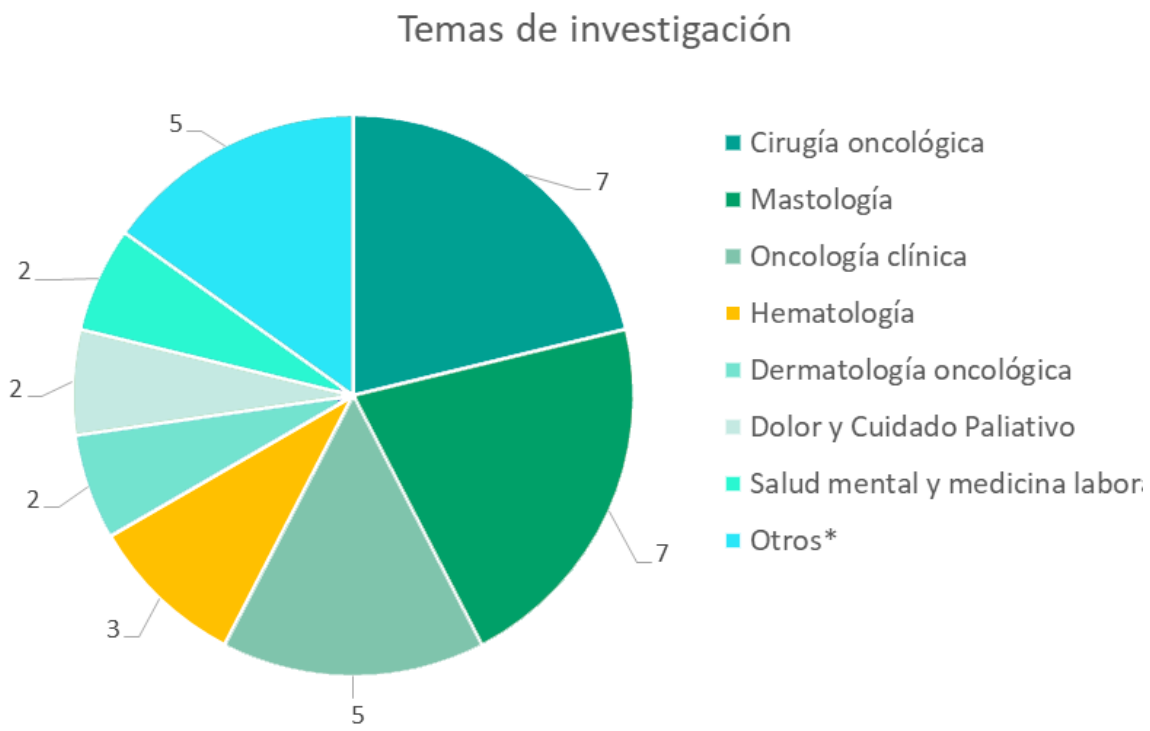


Figura 1. Descripción de tipos de los estudios inscritos en la Unidad de Investigación en ejecución.

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.*

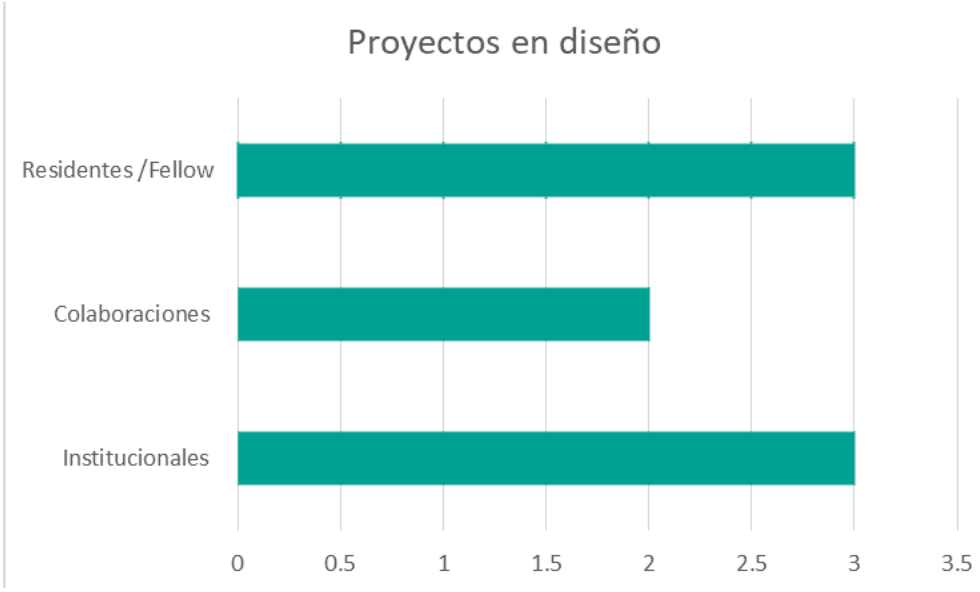
2. Proyectos en curso de aprobación

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.

3. 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.



4. 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.

5. 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

6. 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.

7. 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).

8. 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.

9. 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

10. 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.

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

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

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.

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.

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:

Compras

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.

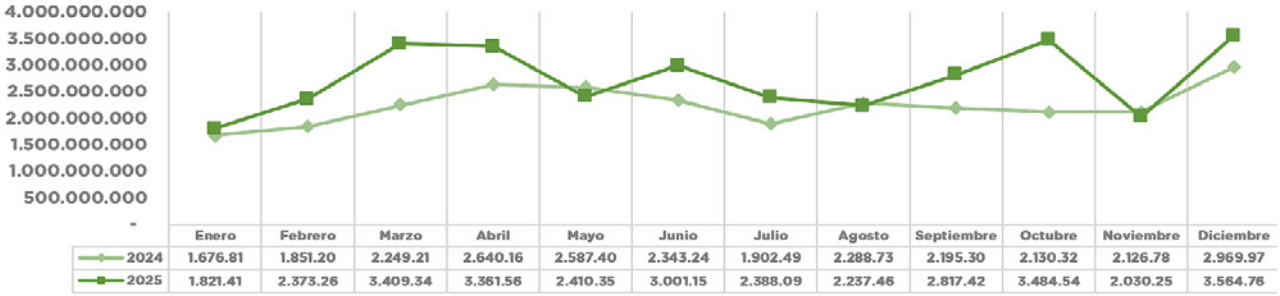
reduciendo compras urgentes o fragmentadas, fortalecimiento de relaciones con proveedores claves, logrando fidelización y apoyos logísticos. El incremento en el valor obtenido se traduce en ahorro financiero, optimización del presupuesto y mayor eficiencia en la gestión del gasto, además, contribuye 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



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2024	1.676.81	1.851.20	2.249.21	2.640.16	2.587.40	2.343.24	1.902.49	2.288.73	2.195.30	2.130.32	2.126.78	2.969.97
2025	1.821.41	2.373.26	3.409.34	3.361.56	2.410.35	3.001.15	2.388.09	2.237.46	2.817.42	3.484.54	2.030.25	3.564.76

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.

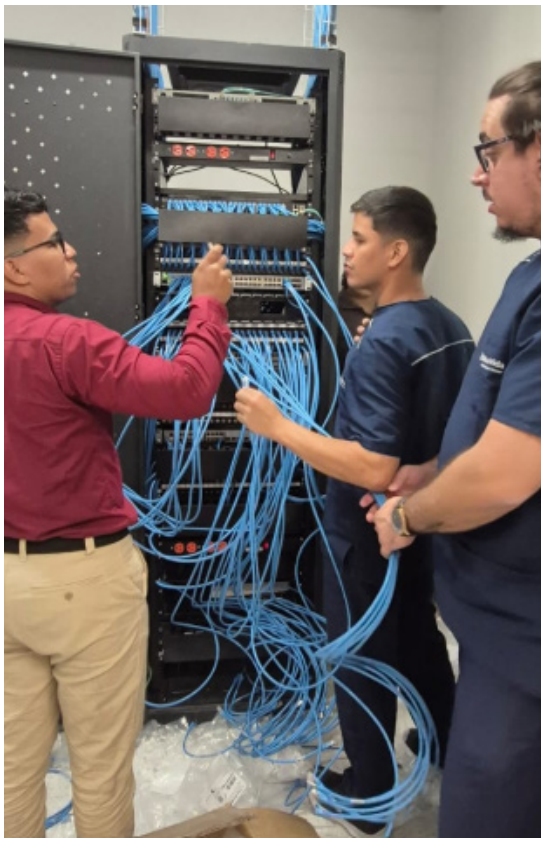
Actualmente, se cuentan con **303 licencias de correo electrónico en uso;** sin embargo, mediante la optimización de la plataforma se logró la creación de **buzones de correo adicionales,** alcanzando un total de **650 correos activos,** sin necesidad de adquirir nuevas licencias.

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.

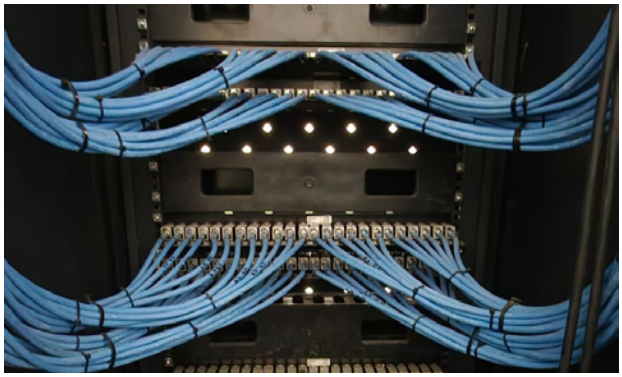
- **Puesta a punto Sede Torre Intermédica Poblado y Sede Administrativas (Sótano):** Se realizó la puesta a punto a nivel tecnológico de las sedes, garantizando conectividad, estabilidad de los servicios, funcionamiento adecuado de los equipos y soporte oportuno a las áreas operativas. Esta puesta a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

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

Terceros

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

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.
- **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



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:**

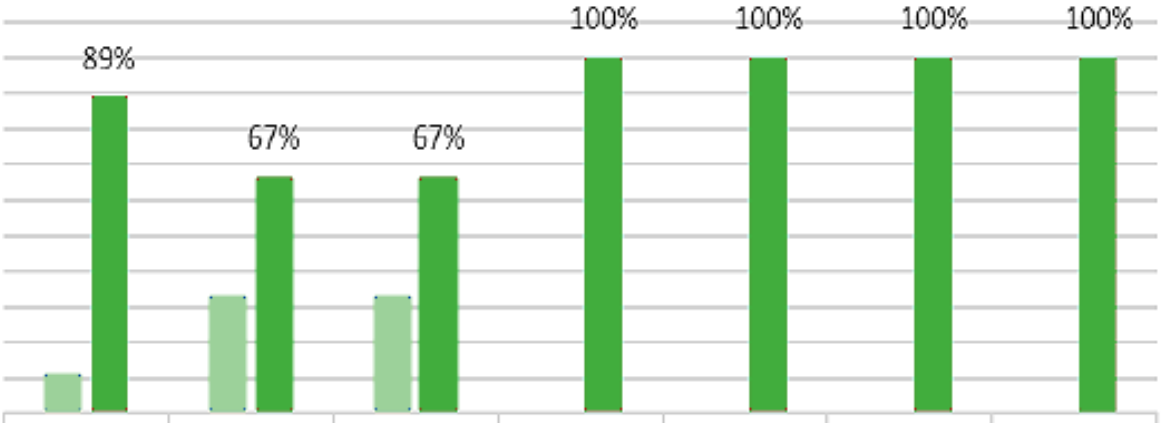
1. Reducción de la facturación a través de la optimización de personal de vigilancia esto con el fin de disminuir los costos operativos asociados al servicio de vigilancia, manteniendo e incluso mejorando el servicio y respuesta por parte de los aliados
2. Se realizó un análisis exhaustivo de las necesidades 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.

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.





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.



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

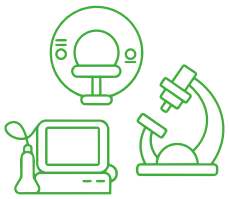
La institución tenía reportados como perdidos 20 concentradores de oxígeno entregados a pacientes. Mediante un trabajo articulado con el Servicio Farmacéutico, se logró la recuperación de 17 equipos, generando el siguiente impacto económico:

- 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

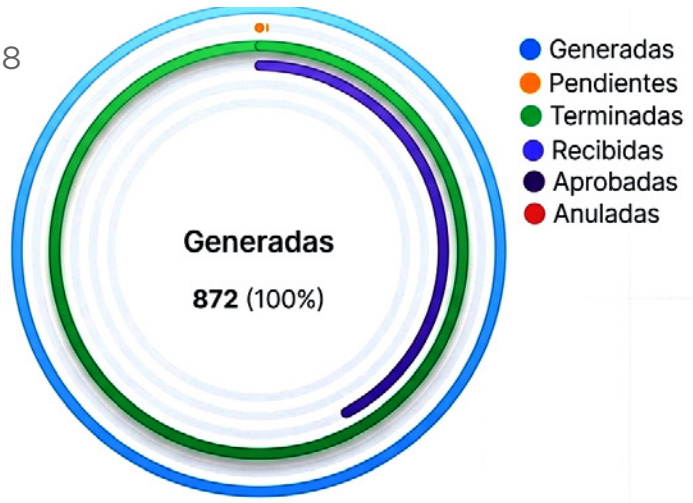
En el área se tuvieron 872 en la plataforma Qsystems, que no corresponden a mantenimientos preventivos ni correctivos siendo de carácter.

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.

Infraestructura

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.
- **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.
- **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



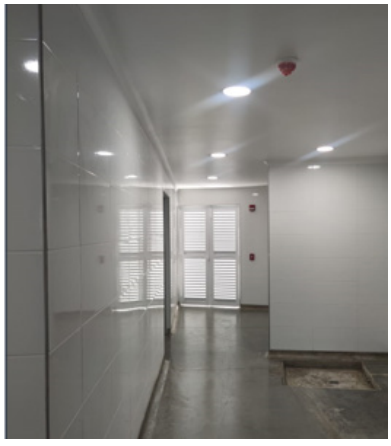
Despues

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





Antes







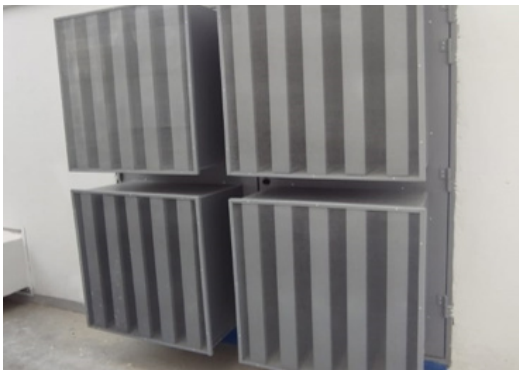
Despues

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



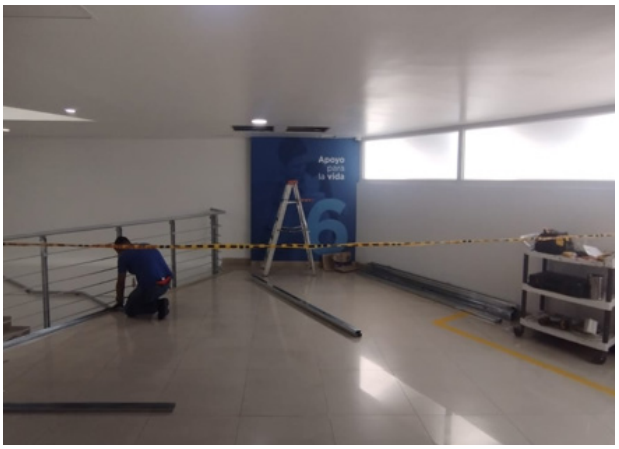


Antes

Antes

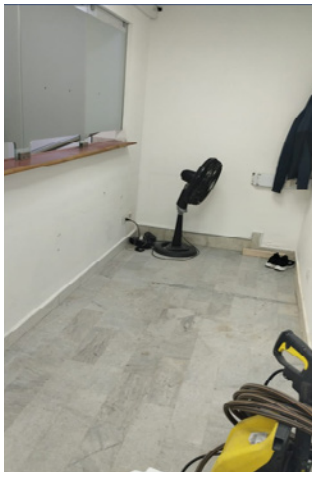
Adecuaciones locativas para oficinas administrativas en Piso 6, Sede 80
(Investigación)



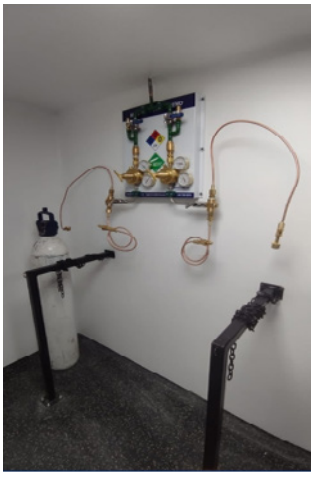

Antes

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

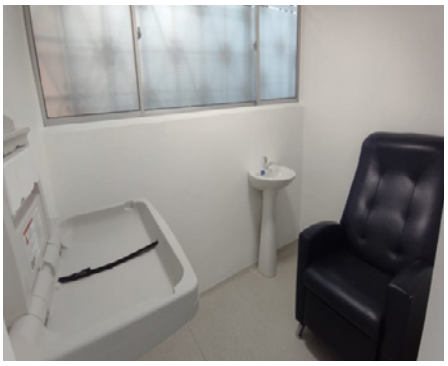




Antes







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

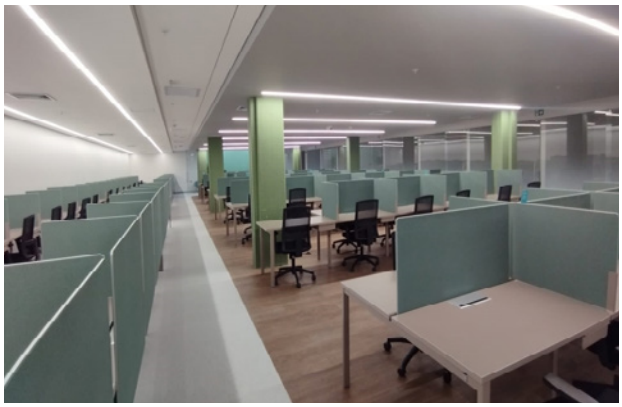
Antes



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:

Comercial

- 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:

savia SALUD EPS

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.

Comercial



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:

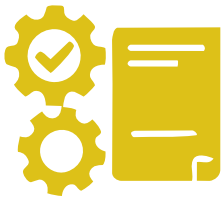
Cumplimiento de Presupuesto de Ventas del 104.4%.

Incremento del 15.2% en ventas globales.

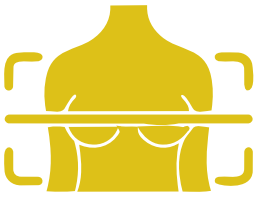
Incremento del 30% en ventas de modelos de pago global e individual prospectivo PGP-PIP, los cuales hacen referencia a la atención de la población adulta con sospecha y/o diagnóstico de cáncer de mama, afiliada a EPS Sura y a Savia Salud EPS, enmarcada en la ruta de atención para el tratamiento integral 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.

1.5 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.

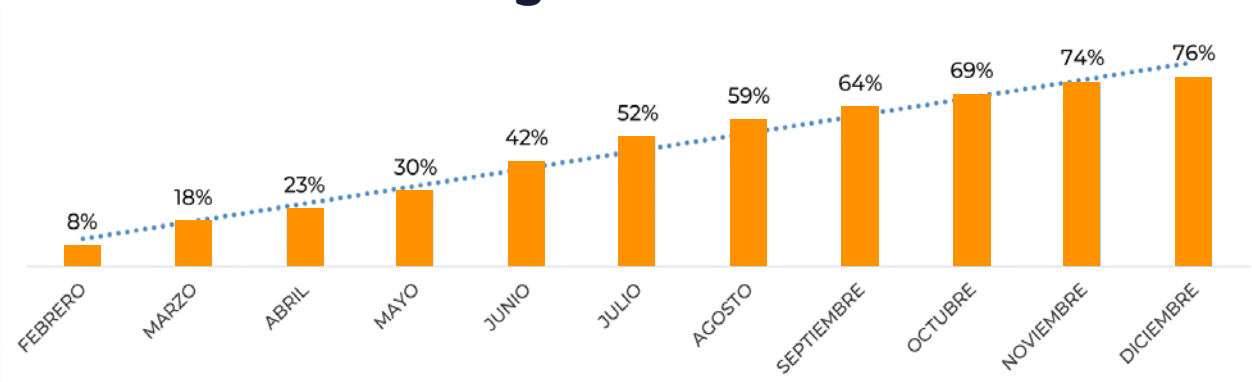
La implementación del Sistema de Gestión Integral permitió centralizar en una única plataforma procesos que se ejecutaban de forma manual o en herramientas dispersas, incrementando la trazabilidad, el control y la confiabilidad de la información institucional. La automatización y estandarización de la 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



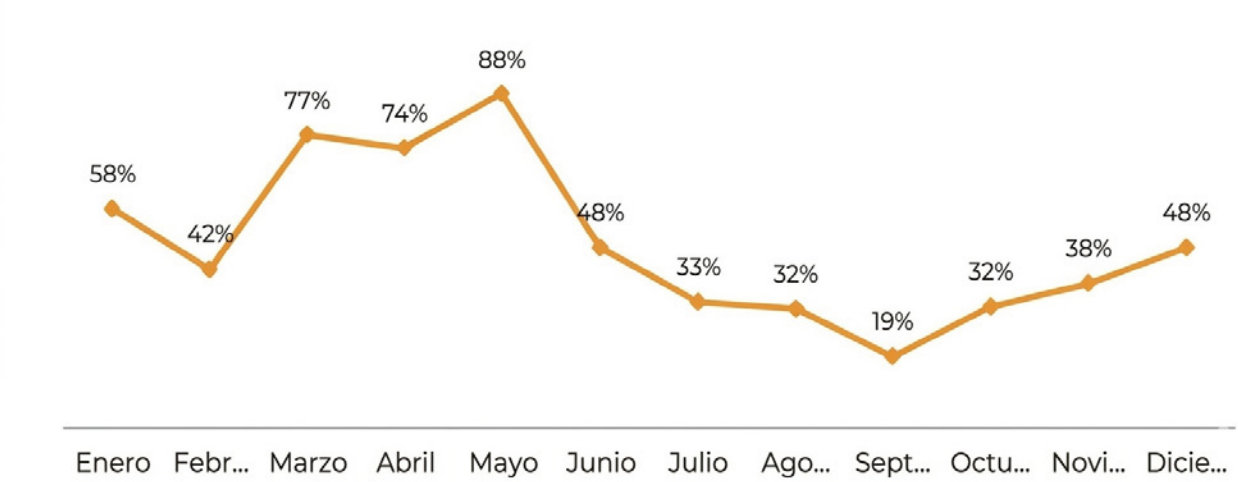
Fuente: Listado maestro de documentos en Almera.

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

Calidad

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.



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:



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).

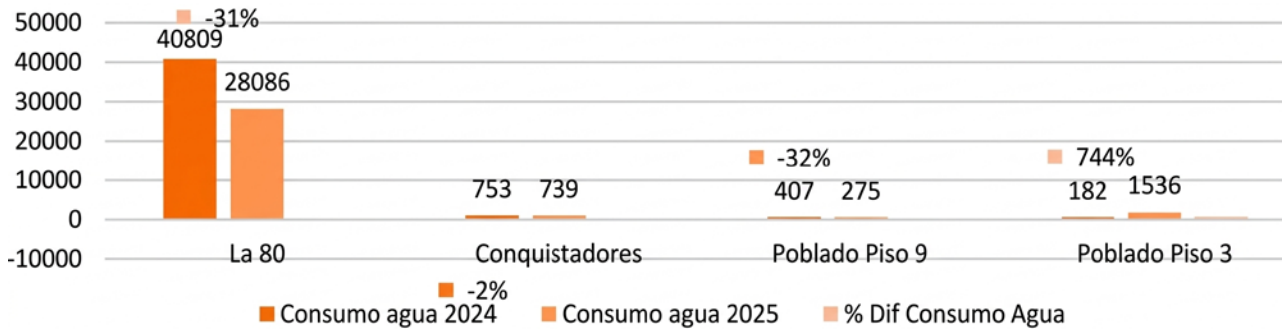
Esta estrategia constituye el primer hito para la implementación del plan, a través de la definición y formalización de lineamientos, criterios y condiciones para promover el uso de la bicicleta como medio de transporte entre los colaboradores, aportando a la sensibilización institucional, a la reducción 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

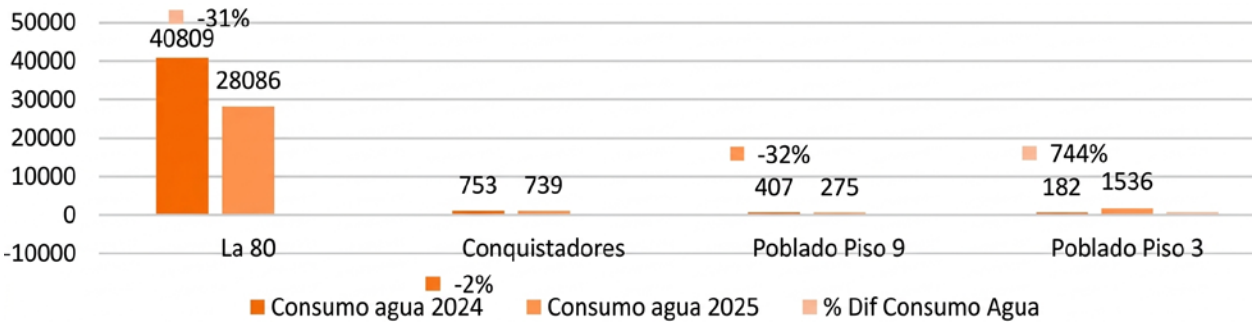


**Fuente: Registros de consumo institucionales de agua*

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.**

Calidad

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

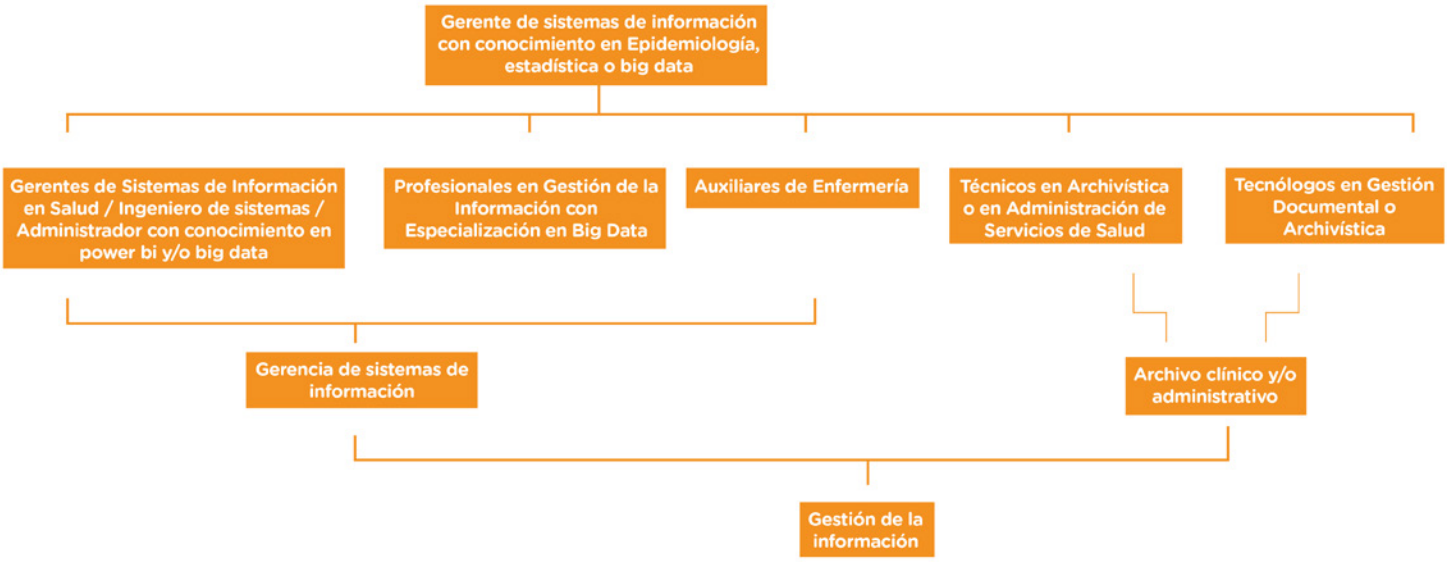
Desarrollo de informe

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.



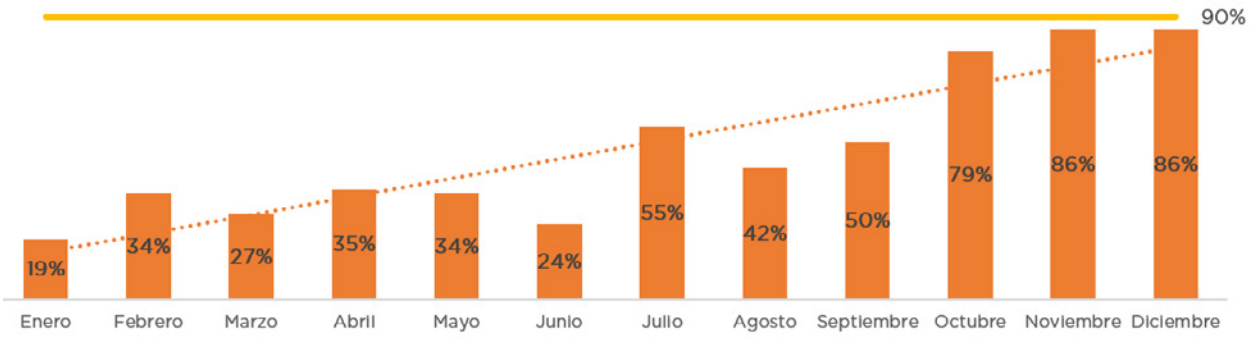
Fuente: Base de datos Indicador de cumplimiento 2025, auditorías internas

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)

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),

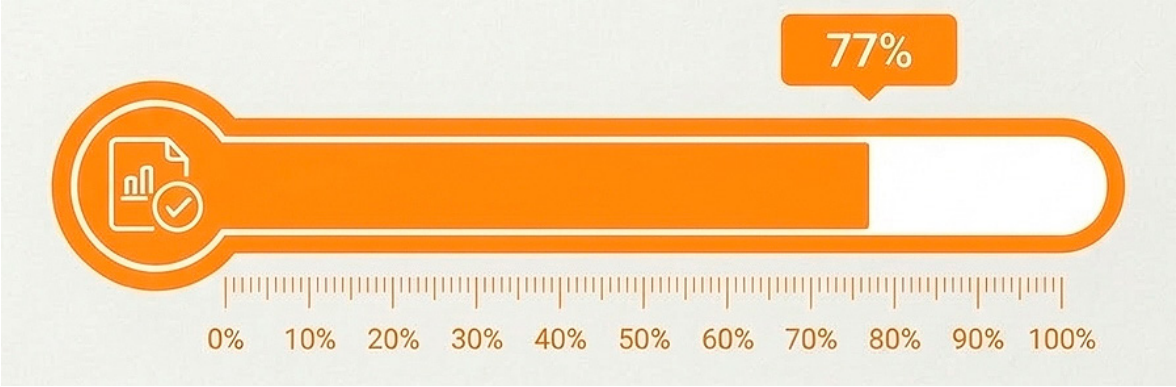
3.2. Estadísticas vitales

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



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.

4. 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.

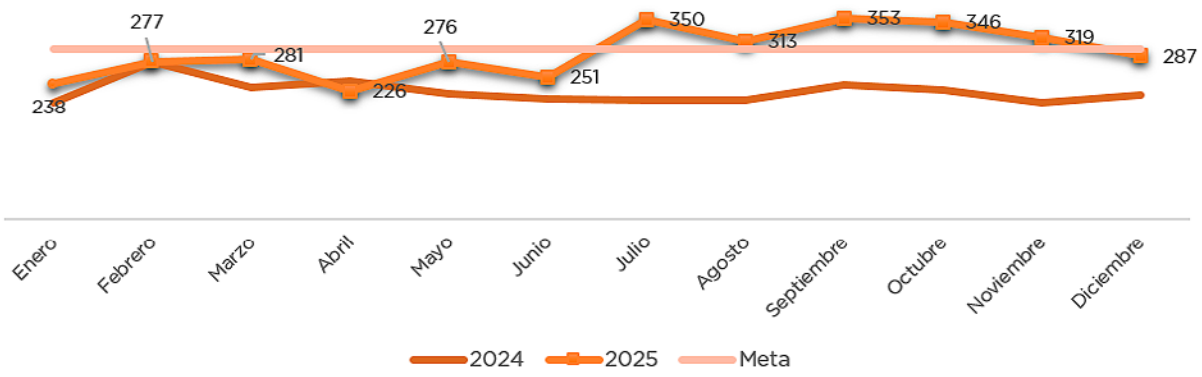
El Comité reafirmó el compromiso institucional para mejorar la cultura de seguridad mediante acciones orientadas a facilitar la comunicación abierta, promover un ambiente de comunicación y prevenir fallas en la atención. Asimismo, se estableció un seguimiento periódico al plan de acción diseñado para 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

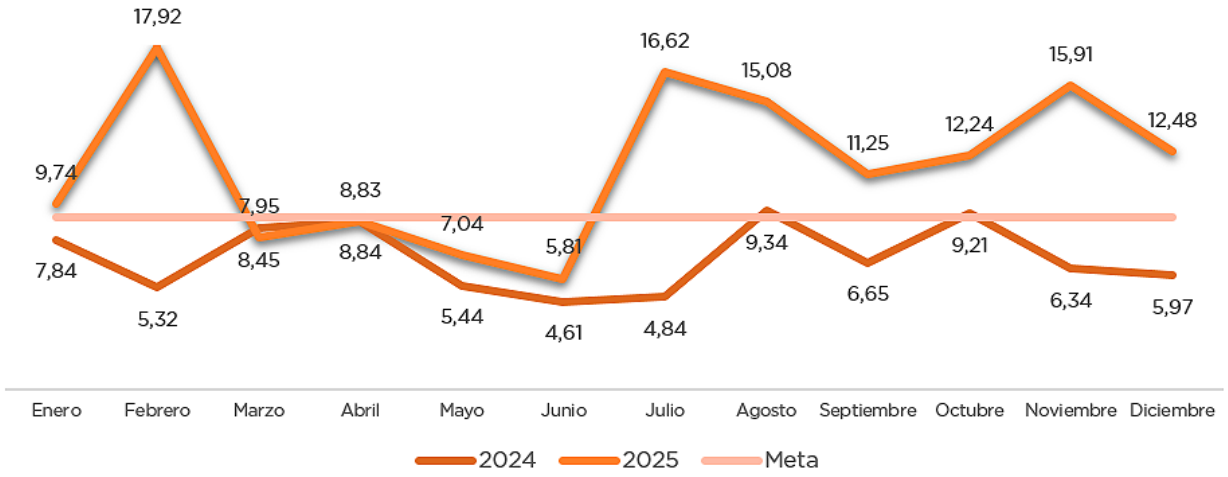
El análisis y clasificación de los reportes permitió identificar la frecuencia, el tipo y la ubicación de los indicios de atención insegura, facilitando la priorización de acciones preventivas y correctivas, así como la toma de decisiones orientada a la mejora continua de la seguridad del paciente. Con 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.

4.1.1 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.

4.2 Conmemoración día de la seguridad del paciente



**Fuente: Evidencias Día mundial SP*



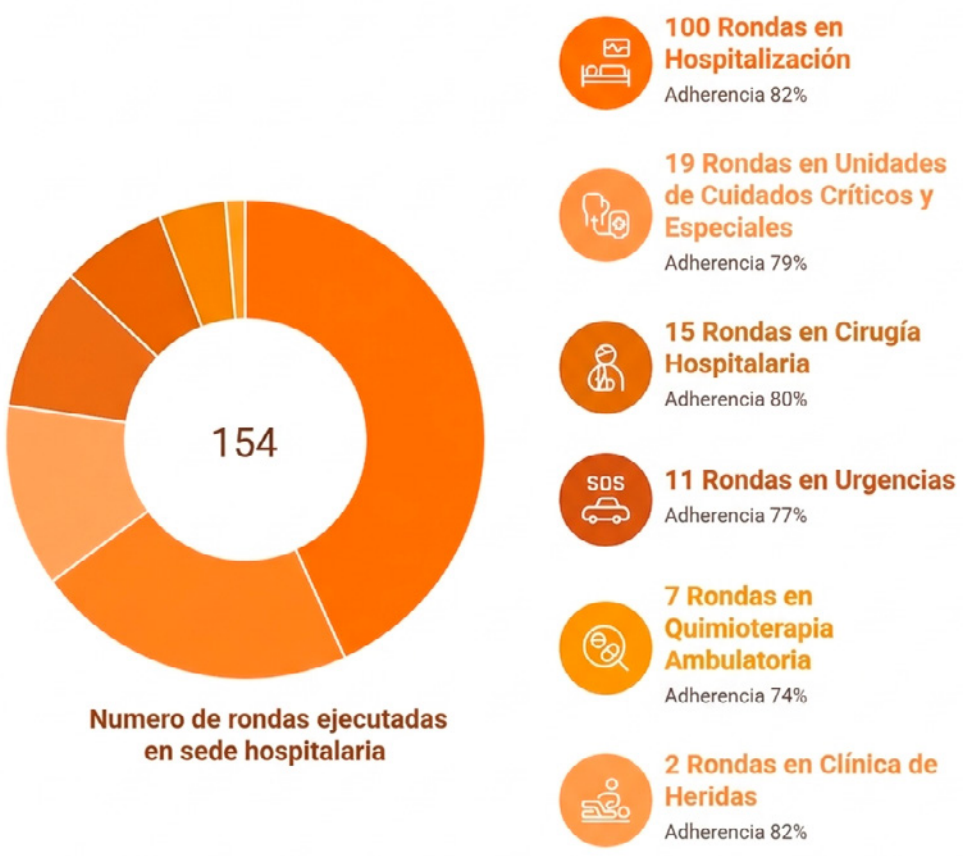
Durante el año 2025 se celebró el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, en el marco de las acciones institucionales para promover la cultura de seguridad. En esta ocasión, la conmemoración se centró en el lema “atención segura desde el primer momento”, el cual orientó las actividades desarrolladas 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.

4.3 Rondas de seguridad

4.3.1. Rondas en sede hospitalaria



Fuente: Formato consolidado Rondas SP

Calidad

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.

4.3.2 Rondas en sedes ambulatorias y Clínicas regionales (CORE)

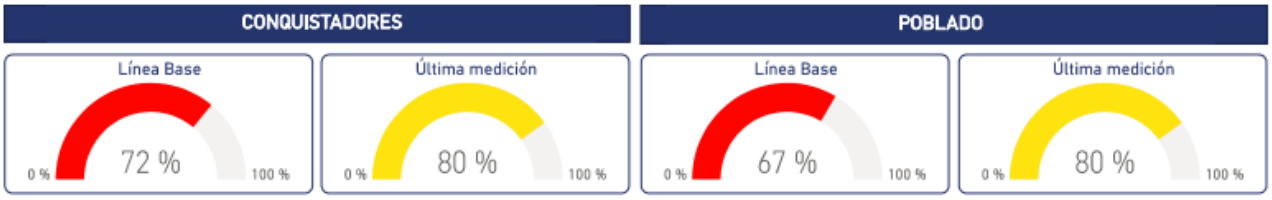
Distribución de rondas de seguridad del paciente por sede y clínica regional



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



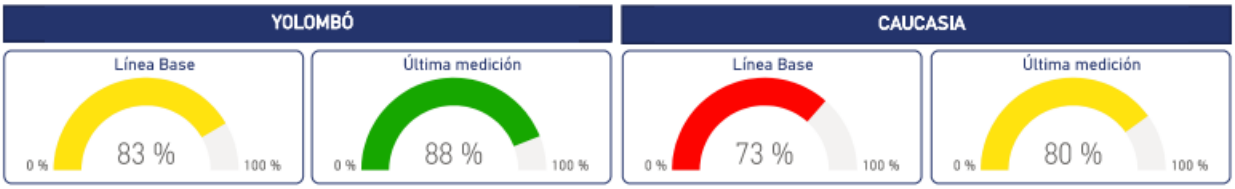
**Fuente: Consolidado de rondas*

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.

4.4 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.

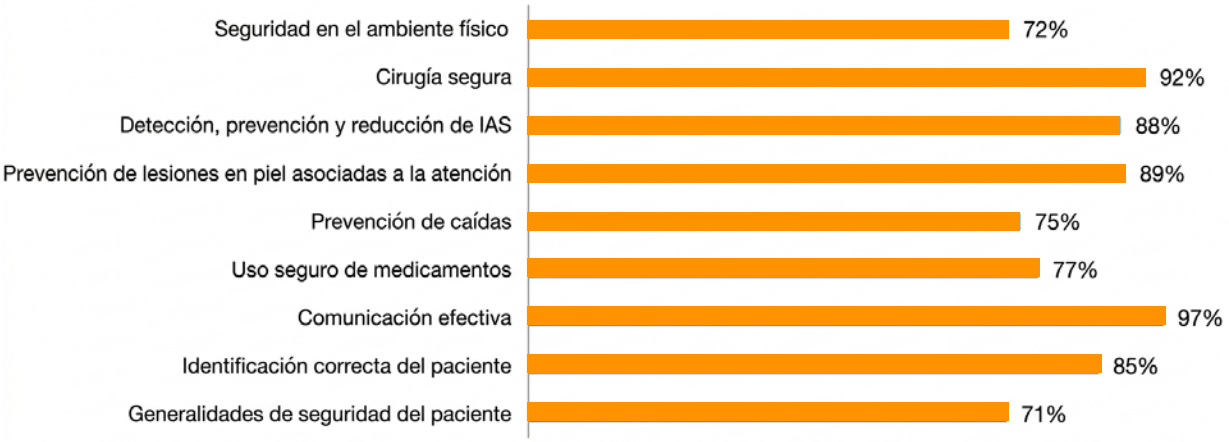
4.5 Adherencia a buenas prácticas de seguridad

4.5.1 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.

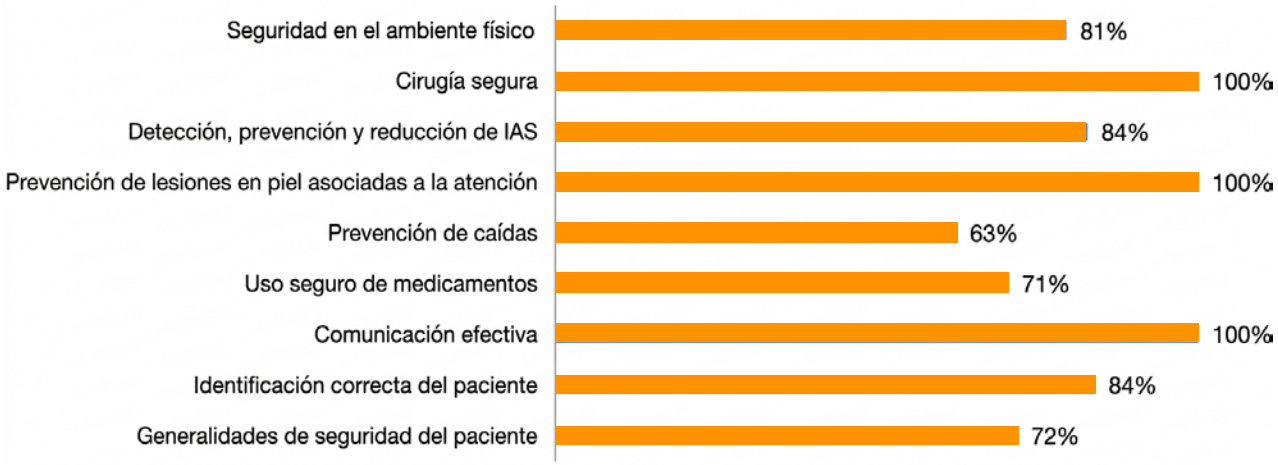
Para las prácticas de generalidades de seguridad del paciente (71%), y seguridad en el ambiente físico (72%), se reconoce la necesidad de continuar reforzando las estrategias orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad, la estandarización de prácticas seguras, la gestión del riesgo en los 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

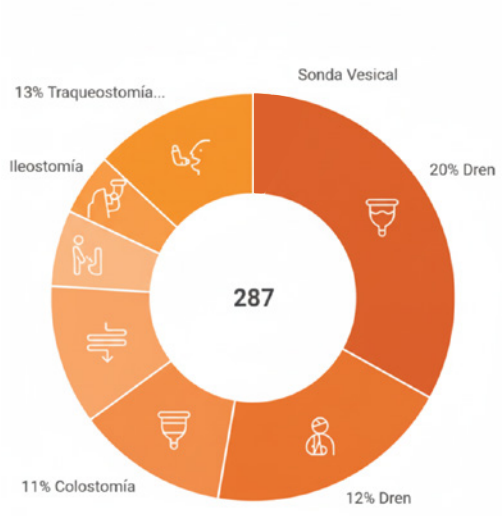
La implementación de un programa de educación para el paciente y su cuidador en la fundación, constituye una estrategia fundamental para el fortalecimiento de la seguridad del paciente, la mejora de la calidad de vida y la adherencia a los cuidados y el tratamiento. A través del acompañamiento del equipo 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

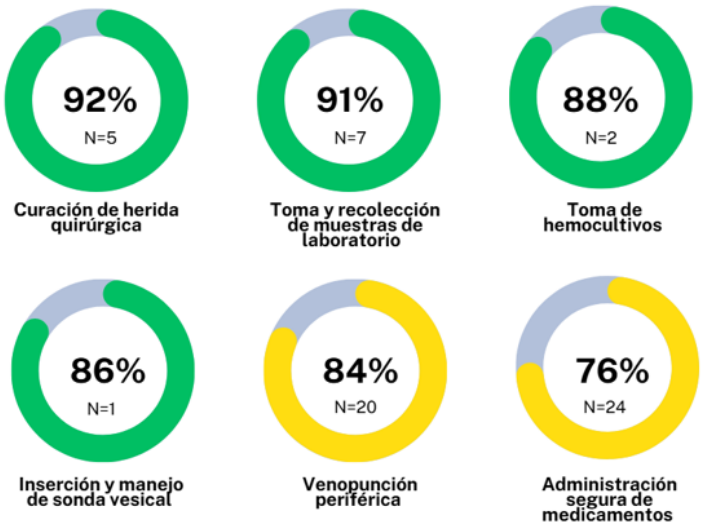
Estas intervenciones educativas realizadas contribuyeron a mejorar la continuidad del cuidado, disminuir el riesgo de complicaciones asociadas al manejo inadecuado de dispositivos y favorecer un egreso seguro. El programa fortaleció la adherencia a las recomendaciones clínicas, redujo la ansiedad manifestada 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.

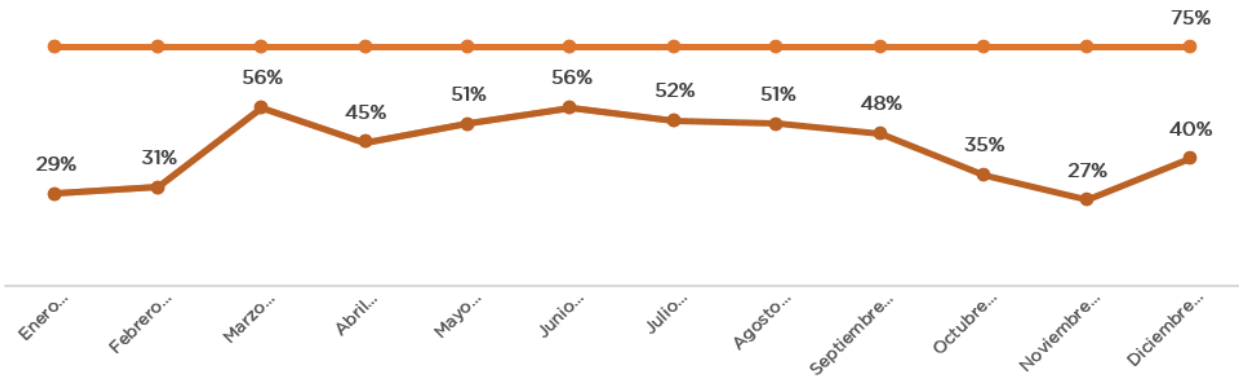


**Fuente: Consolidado medición adherencia a procedimientos asistenciales*

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

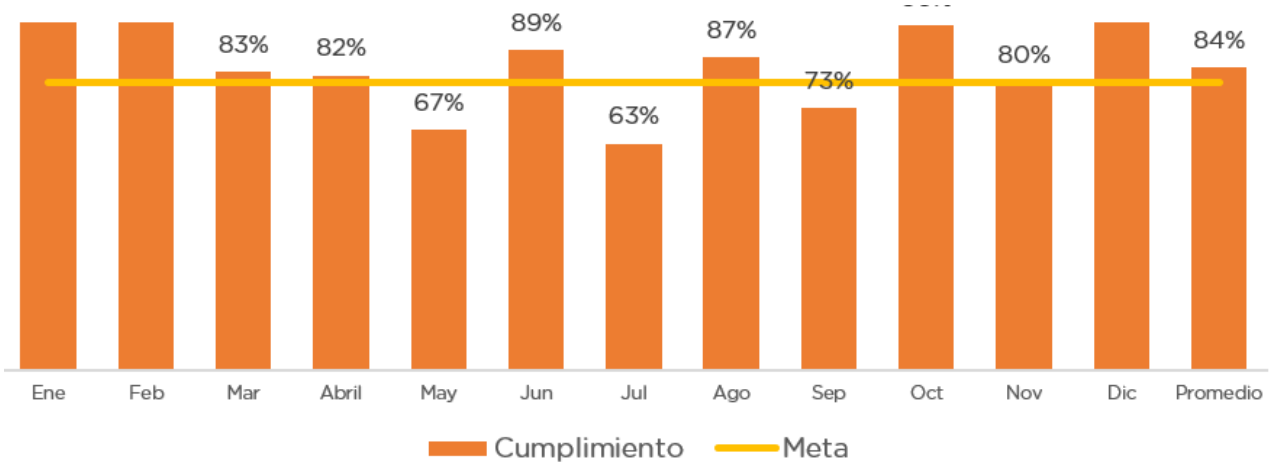
Las infecciones asociadas a la atención en salud constituyen un reto permanente para la seguridad del paciente y un indicador crítico de la calidad. Su ocurrencia impacta de manera negativa los resultados clínicos y genera consecuencias significativas para las instituciones de salud a nivel económico 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

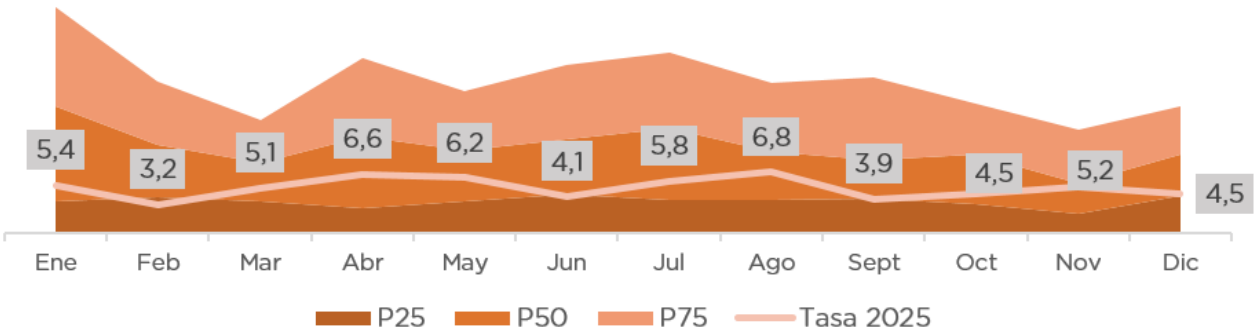
Tema de capacitación	Cobertura
Medidas generales para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud	**281 personas**
Proceso de limpieza y desinfección	**78 personas**
Aislamientos hospitalarios	**48 personas**
Asepsia quirúrgica	**49 personas**

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.

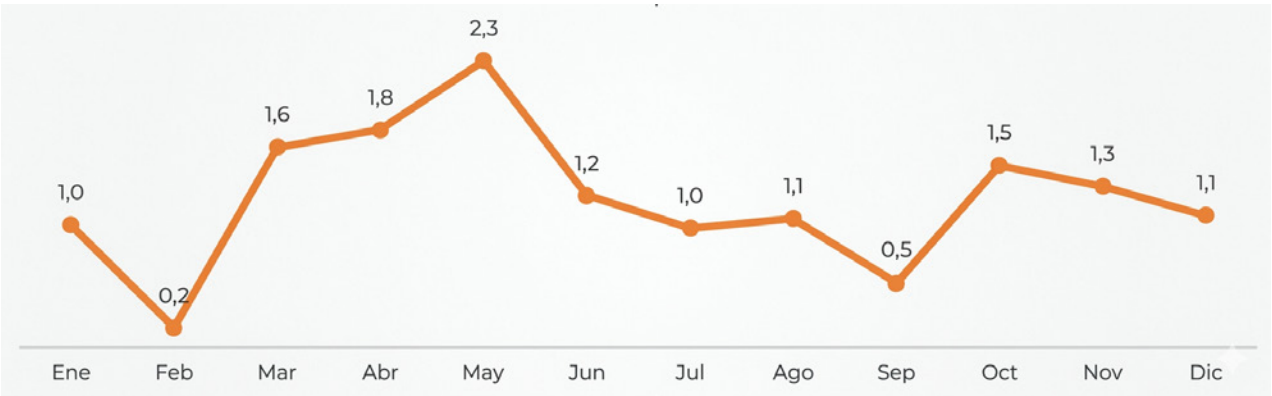
5.1.3.1 Tasa general de IAAS Clínica Vida 2025



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



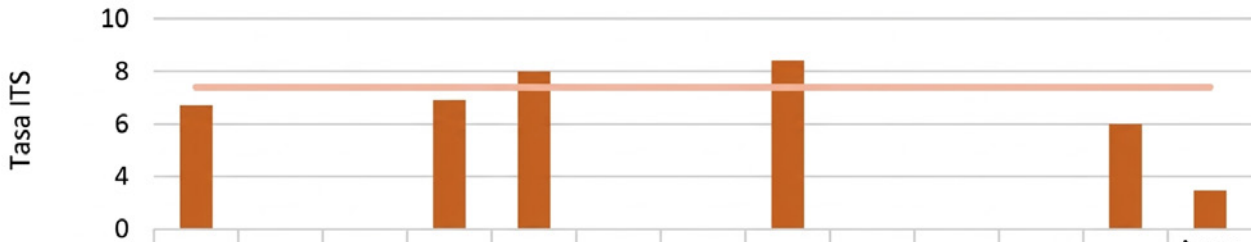
Fuente: Sistema de información integrado ALMERA

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

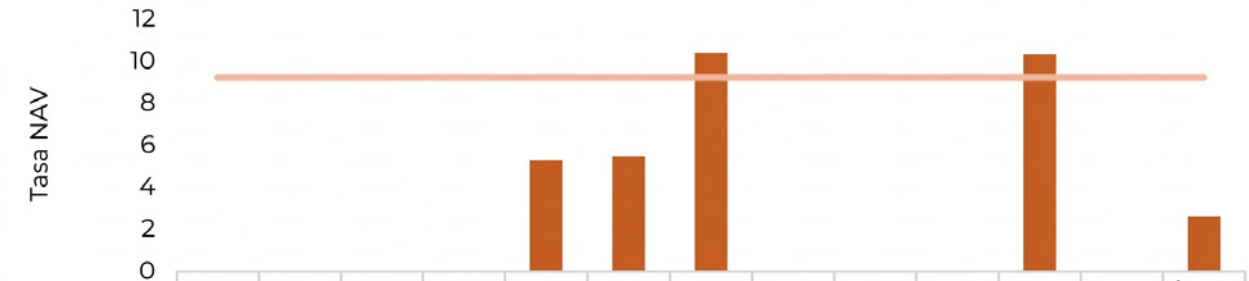


	Ene	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Acumulada
2025	6,7	0	0	6,9	8	0	0	8,4	0	0	0	6	3
meta	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4

**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

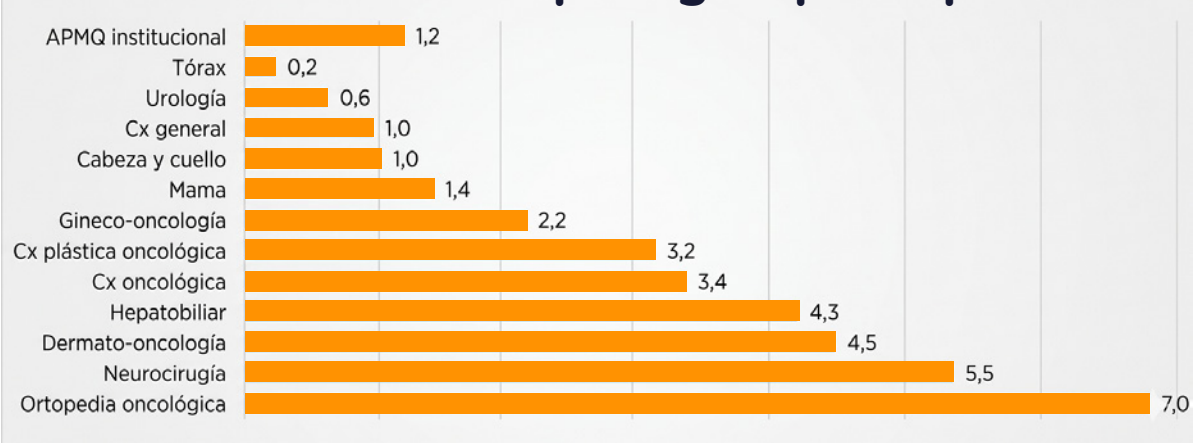
Fuente: Consolidado indicadores – archivo excel

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.

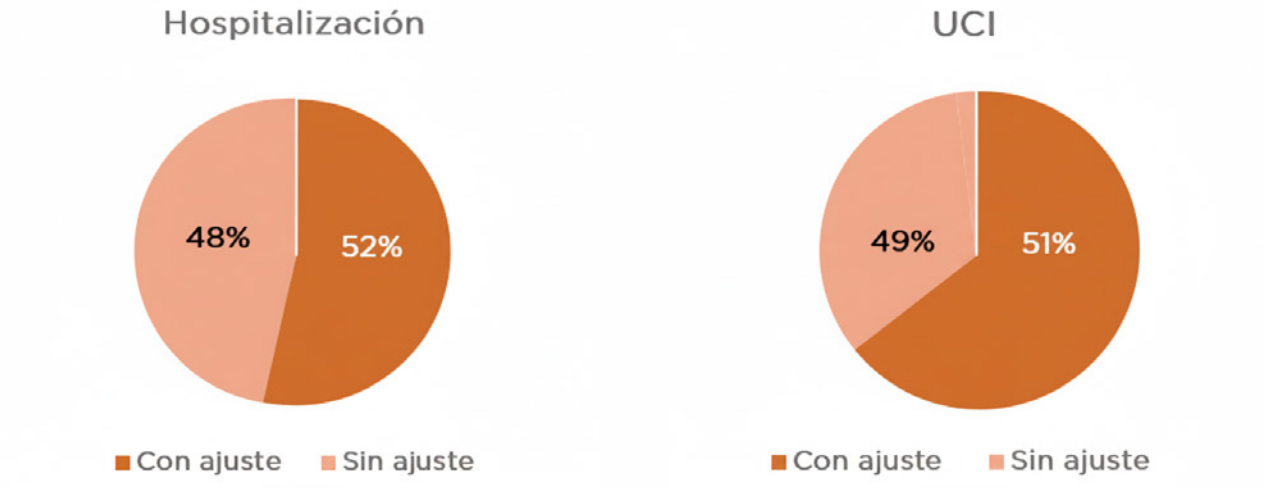
5.2.1 Proporción de muestras para prueba microbiológica tomadas antes del inicio de tratamiento antibiótico en el servicio de hospitalización.



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%.

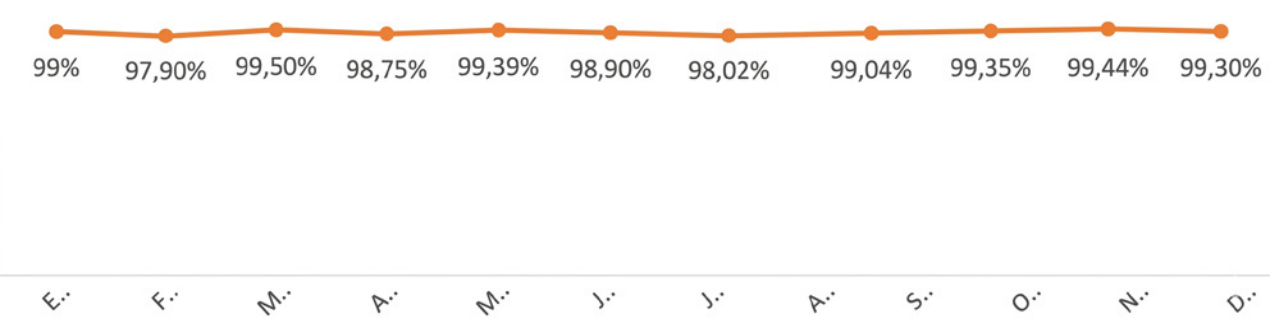
5.2.2 Proporción de ajustes de prescripción de tratamiento antimicrobiano según el hallazgo microbiológico.



**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.

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.

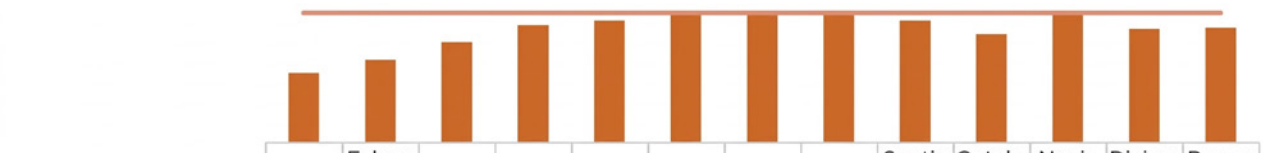
Durante el año 2025, la institución realizó un total de 965 reportes individuales al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), lo que permitió identificar y gestionar oportunamente patologías que requieren manejo especial, contribuyendo a la detección temprana, el inicio oportuno del tratamiento 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

2.2 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.

Funeraria San Vicente S.A.
más allá de sus exigencias...

lavocaderia
PARA LOS AMANTES DEL AGUACATE

il forno

wajaca
Cocina de México

ACTION Black

Desde 1975
El Rancherito

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

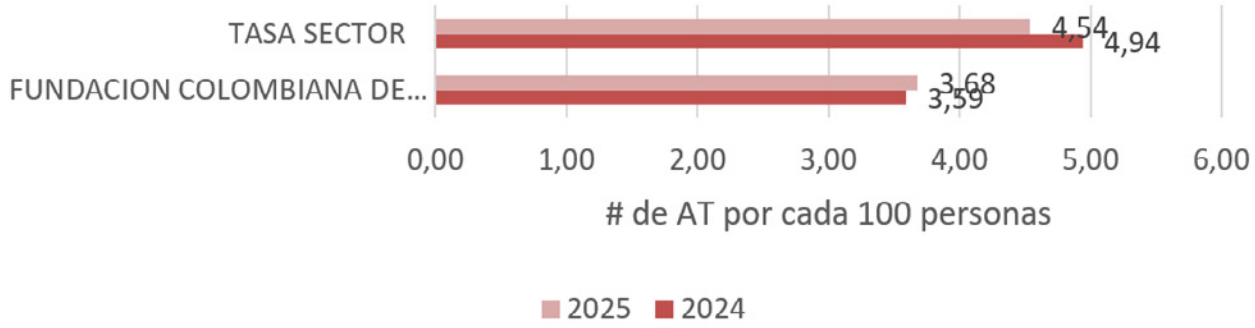
Ítem evaluado		% Calificación	(%) Valor ponderado	% Cumplimiento
I.	Planear	94	25	23.5
II.	Hacer	100	60	60
III.	Verificar	100	5	5
IV.	Actuar	75	10	7.5
% Total implementación: 96.0				

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.

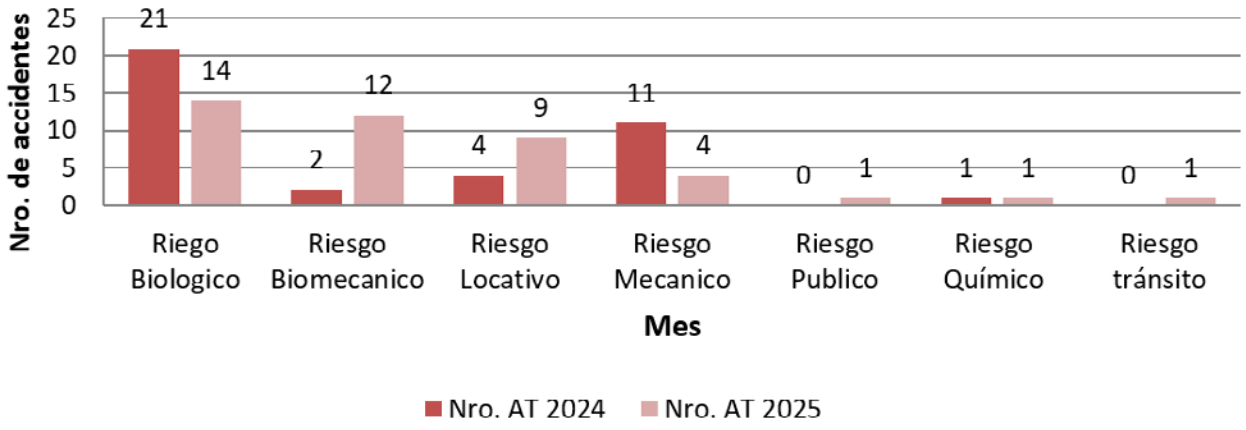
La organización registró una tasa de accidentalidad inferior al promedio del sector salud, reflejando el compromiso con la prevención, el bienestar y la seguridad de nuestros colaboradores.

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

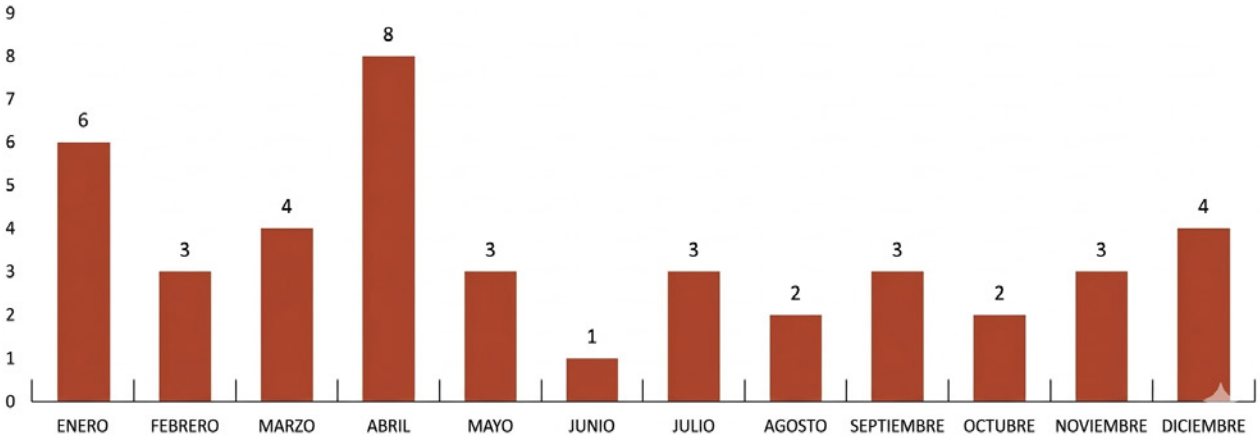


Los accidentes de trabajo con mayor frecuencia corresponden al riesgo biológico, con un total de 14 eventos. Al realizar el comparativo con el año 2024, se evidencia una disminución, teniendo en cuenta que para dicho periodo se registraron 21 accidentes asociados a este riesgo. En segundo lugar, se encuentra 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:

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.

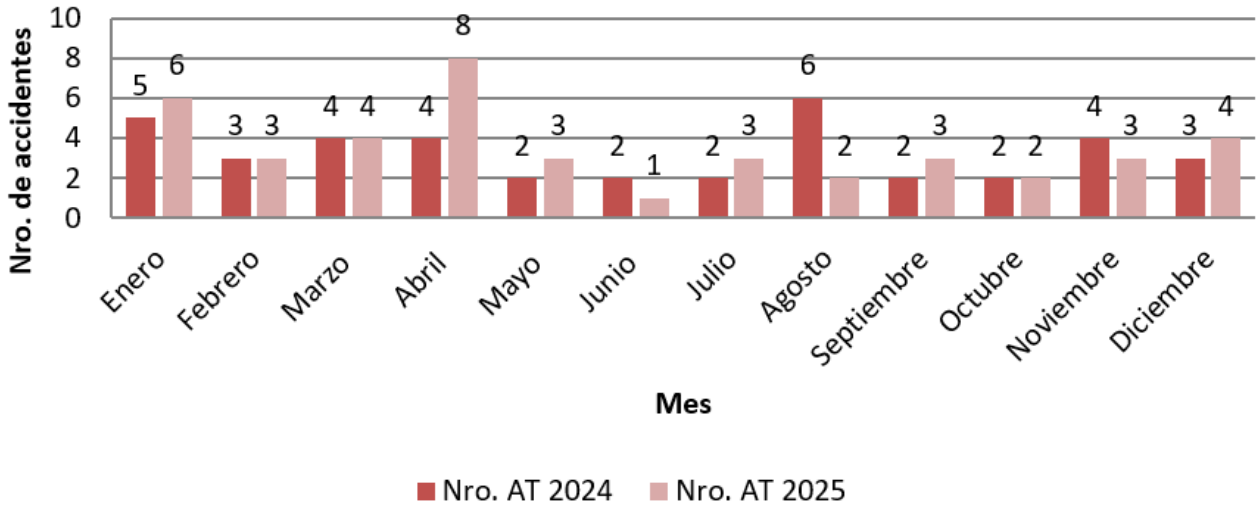
Este promedio indica que la accidentalidad se mantiene moderadamente constante, pero con picos específicos que alteran la tendencia anual. El pico de abril (8 accidentes) puede estar asociado a: Incremento en la demanda del servicio, mayor volumen de usuarios o pacientes. Durante el mes de abril no se 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



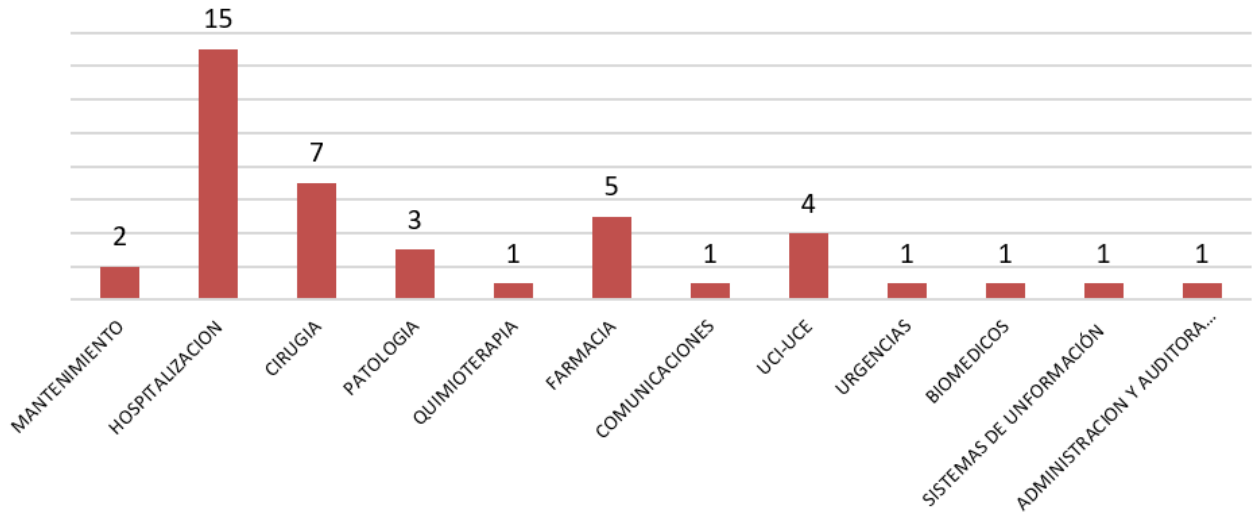
Durante el año 2025 se llevó a cabo un análisis comparativo de la accidentalidad laboral, con el propósito de identificar tendencias, variaciones en el comportamiento de los eventos y oportunidades de mejora en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

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.

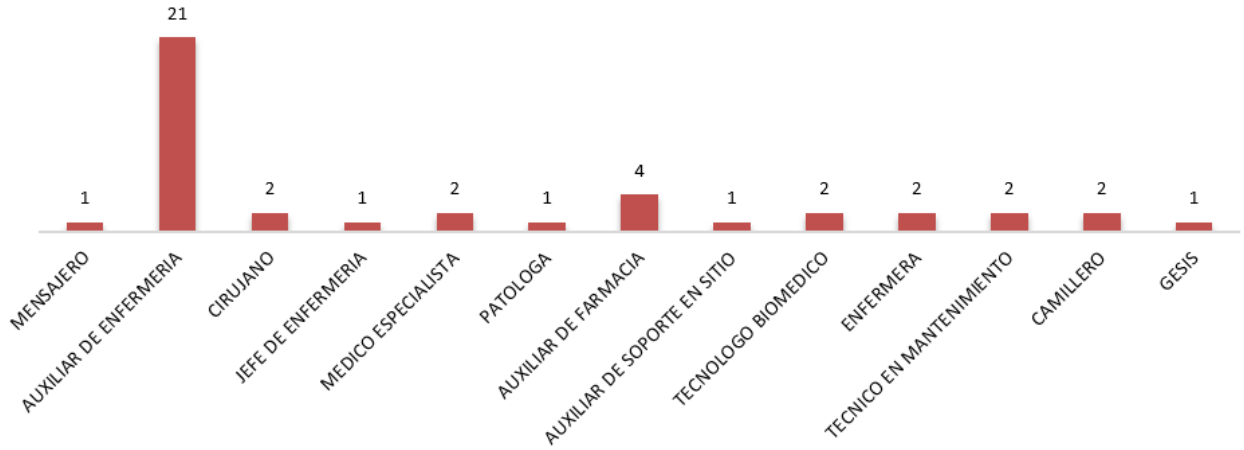
4.5.6 Distribución de accidentalidad por área 2025



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.

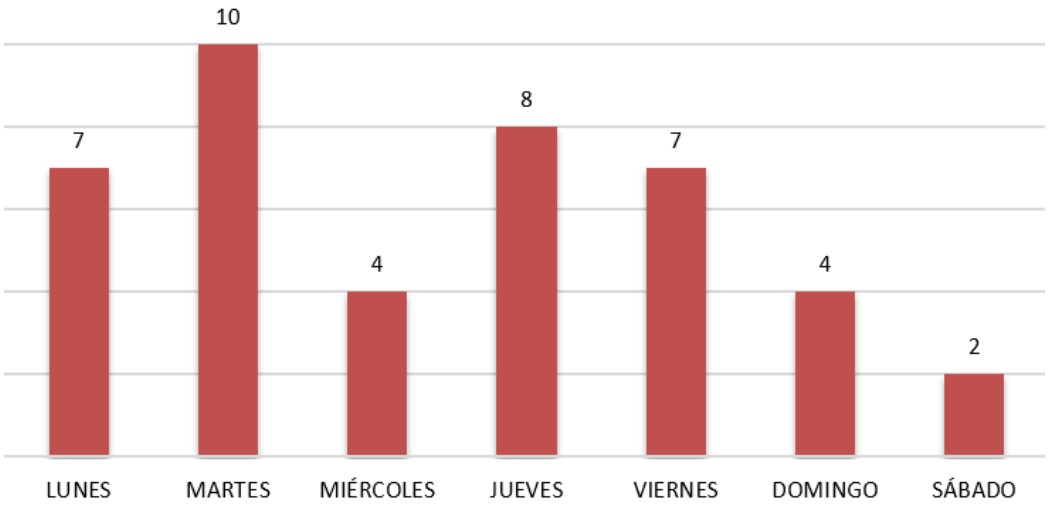
Con el propósito de fortalecer la cultura preventiva y mitigar estos factores, se viene implementando un programa en articulación con la ARL SURA, enfocado en la formación de líderes en comportamiento seguro. Estos colaboradores, previamente capacitados, asumen la vocería en los cuadros de turno, promoviendo 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.

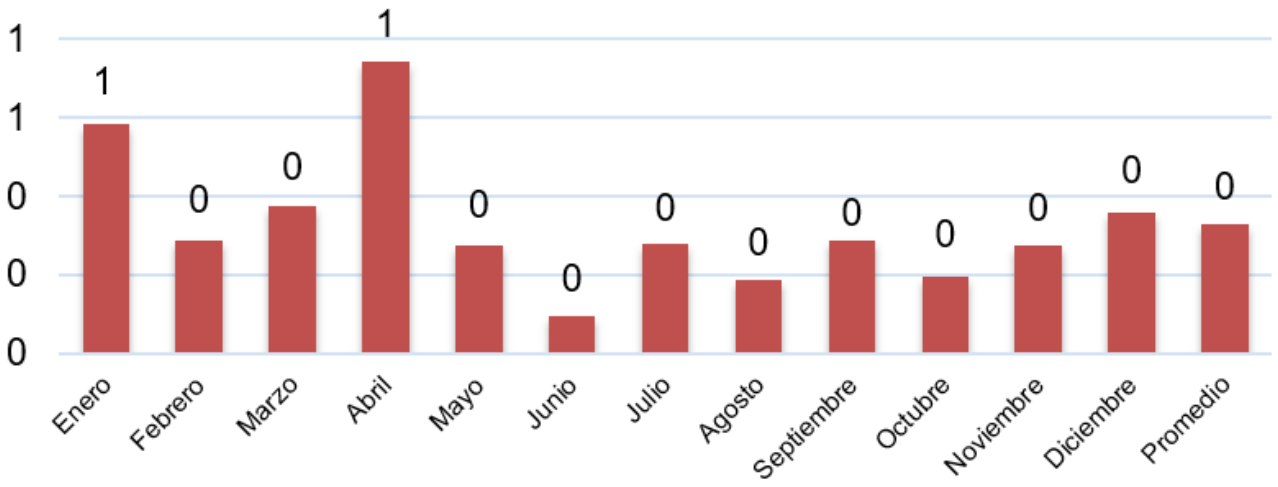
Se presenta una reducción significativa en 2025, al no registrarse nuevos casos, lo que sugiere efectividad en las acciones de prevención y control de factores de riesgo ocupacional.

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

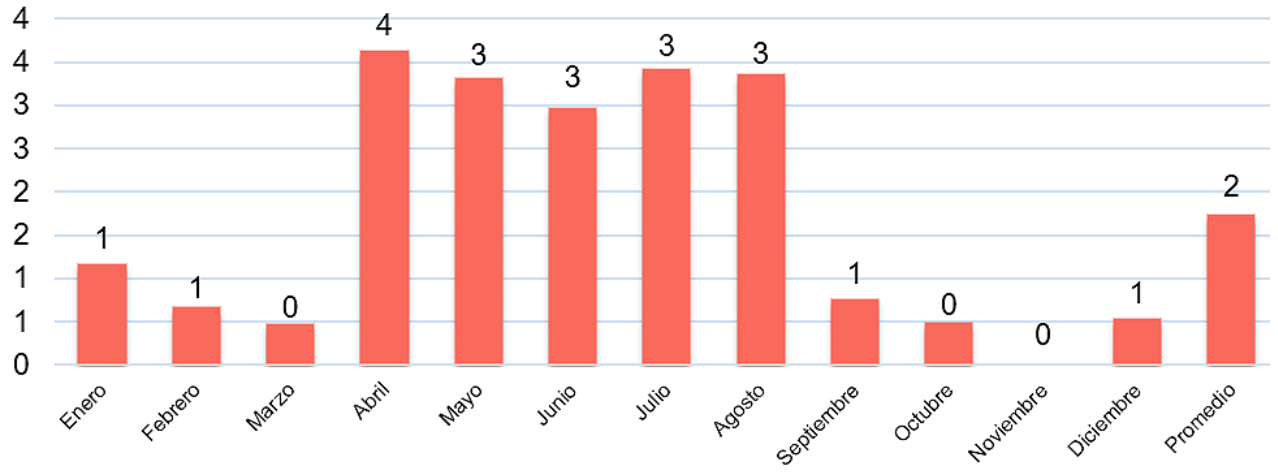


La frecuencia de accidentalidad durante el año 2025 fue de 0,003%, lo que evidencia un incremento frente al año 2024, periodo en el cual se registró una frecuencia de 0,001%.

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



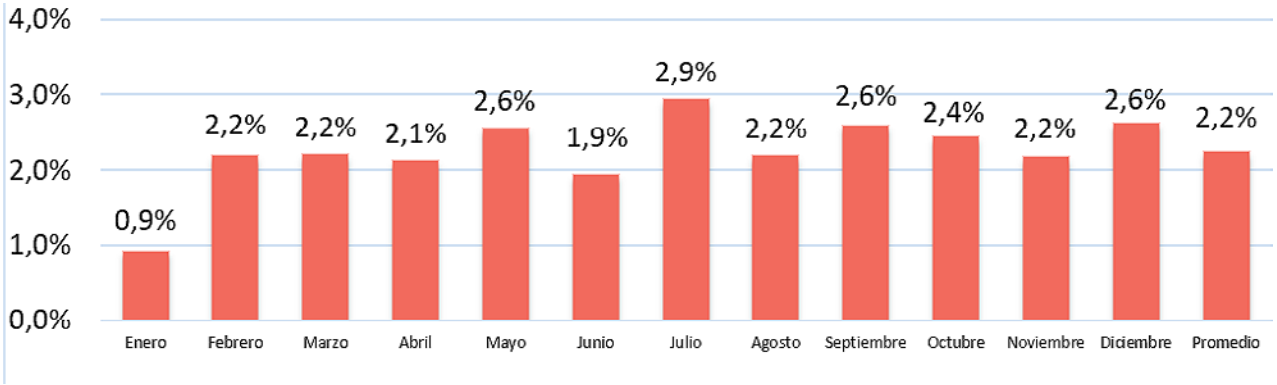
La severidad de la accidentalidad corresponde al número total de días de incapacidad y sus respectivas prórrogas derivados de accidentes de trabajo, en relación con el tiempo laborado por la población trabajadora.

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.

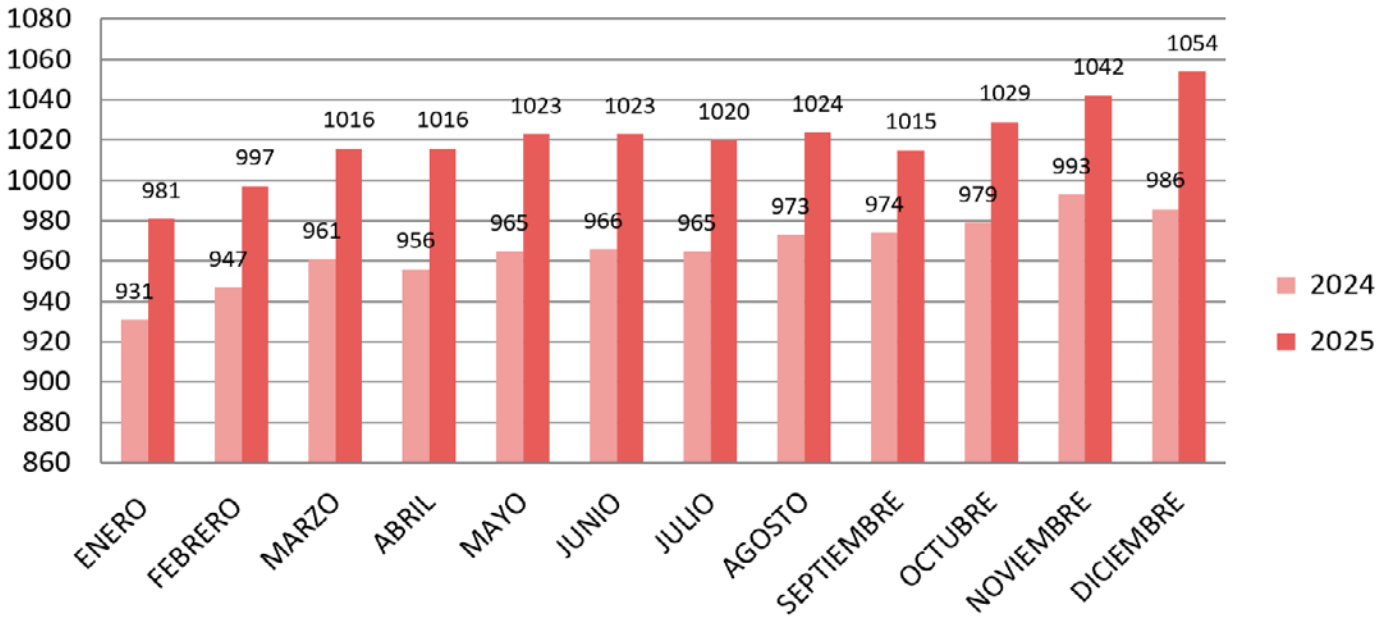
Durante el año 2025 se realizó la vinculación de 8 colaboradores, quedando pendiente la incorporación de 30 cargos adicionales, cuya provisión se proyecta ejecutar en el año 2026.

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.

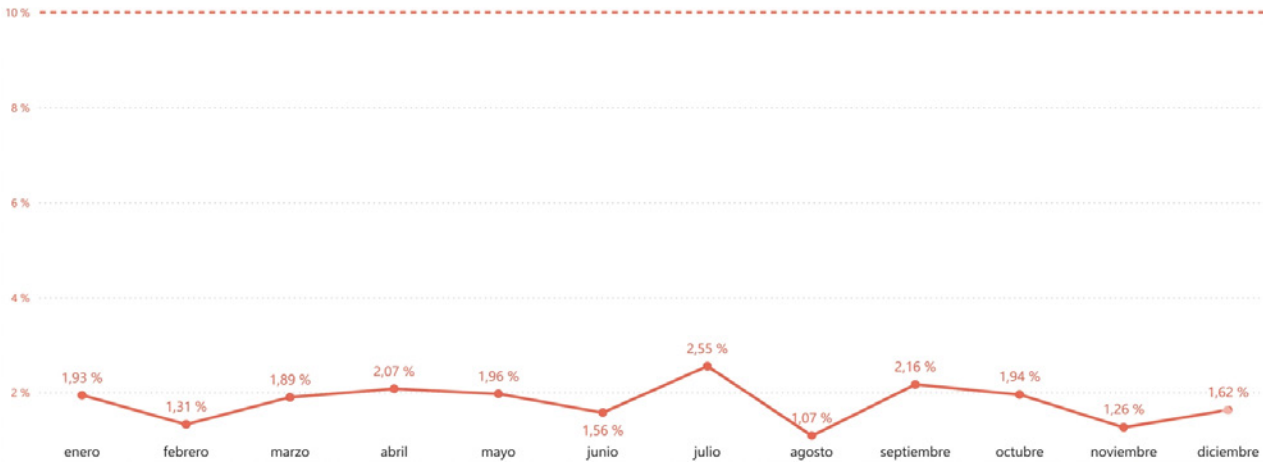
En Clínica Vida priorizamos el talento interno como primera fuente para cubrir vacantes, fortaleciendo la sostenibilidad, el reconocimiento al mérito y la continuidad del conocimiento institucional. Las promociones se fundamentan en criterios objetivos y alineados con nuestra cultura organizacional:

- **Desempeño sobresaliente y sostenido, evidenciado en resultados, cumplimiento de metas y coherencia con los valores institucionales.**

5.5.2 Indicador de rotación del personal en el 2025

- **Promedio Colaboradores: 1018**
- **Retiros: 217**
- **21.32% Anual**
- **Promedio: 1.77% mes**

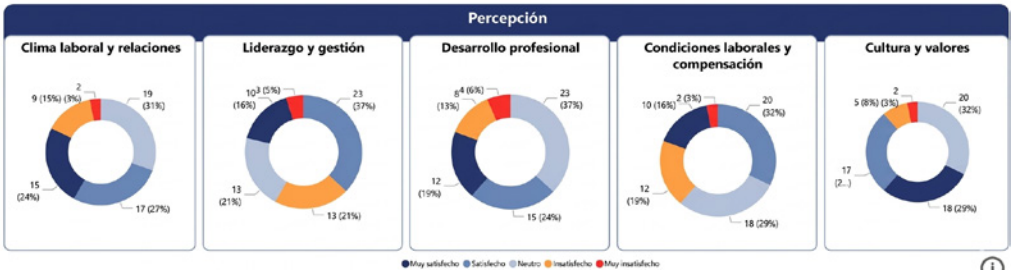
Cargo de más rotación: Auxiliares de enfermería – Profesional de Enfermería, los motivos mejores condiciones laborales a nivel salarial y los Medicos generales por formación de residencias.



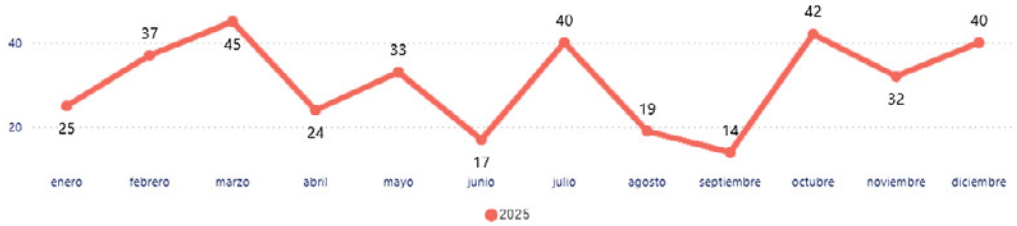
5.5.3 Motivos de Retiro

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%.

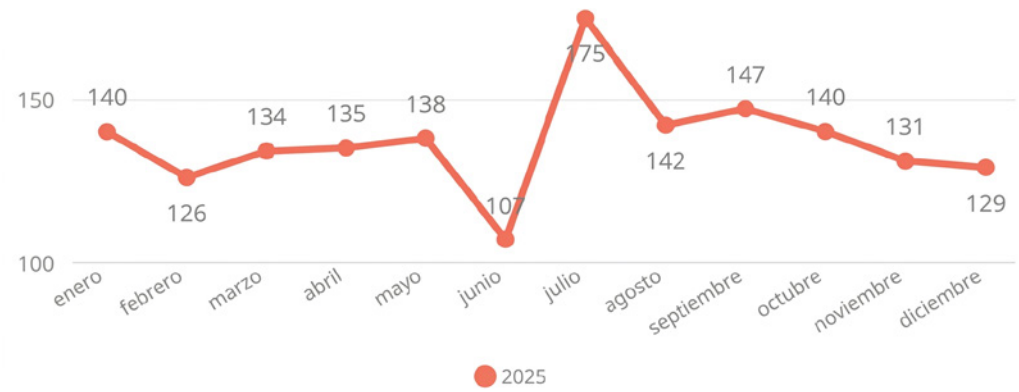
La dimensión **Percepción** muestra una valoración mayoritariamente positiva en todas las categorías, especialmente en **Liderazgo y gestión y Desarrollo profesional,** donde predomina la satisfacción. **Cultura y valores y Condiciones laborales** también presentan resultados favorables, aunque con algunos 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



5.6 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.

Talento

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

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:

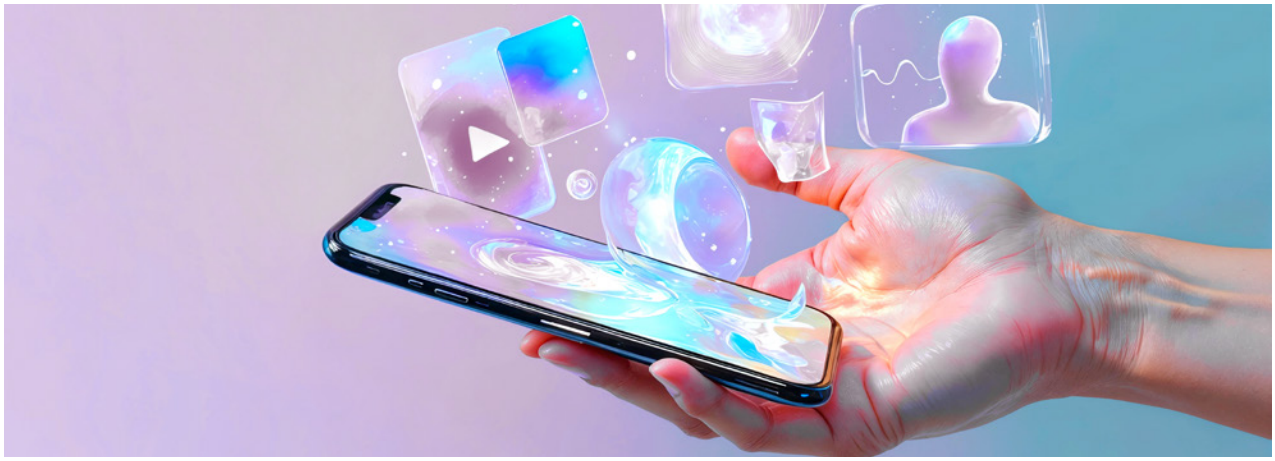
Proyectamos nuestra identidad institucional y servicios especializados a través de medios de alto impacto, consolidando nuestra red hospitalaria como un referente de excelencia y atención integral en la región.



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

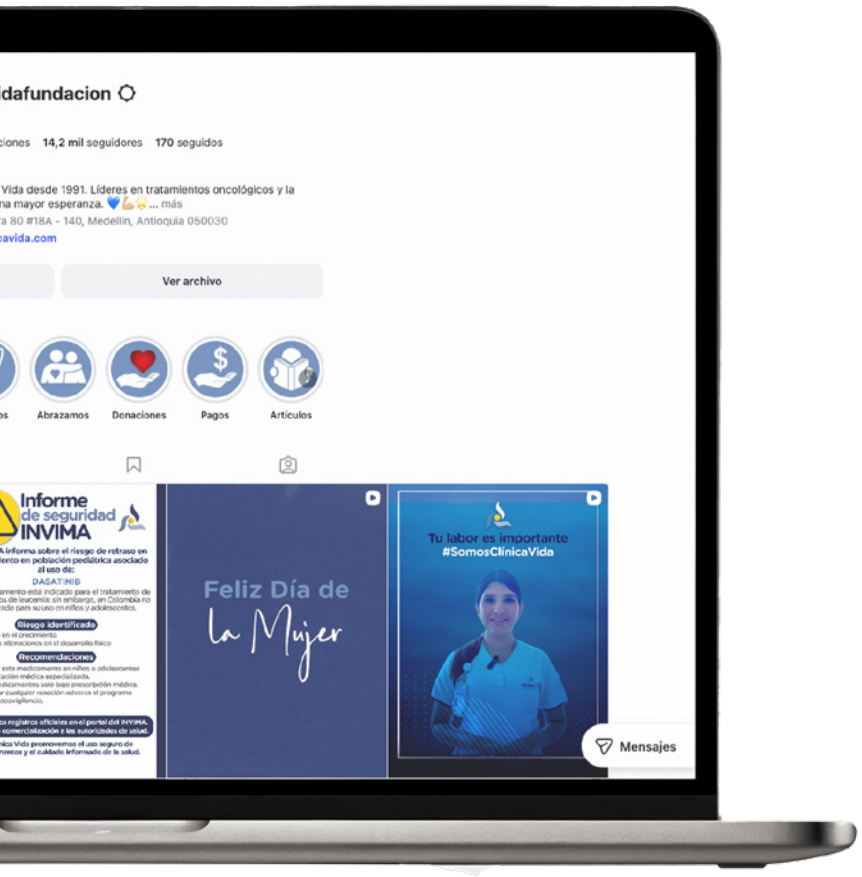
Al finalizar el año 2025, Clínica Vida Fundación consolidó una comunidad digital activa en sus principales plataformas de redes sociales. La suma de seguidores refleja el interés de la audiencia por el contenido institucional relacionado con educación en salud, prevención y actividades desarrolladas 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.

Comunicaciones

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.

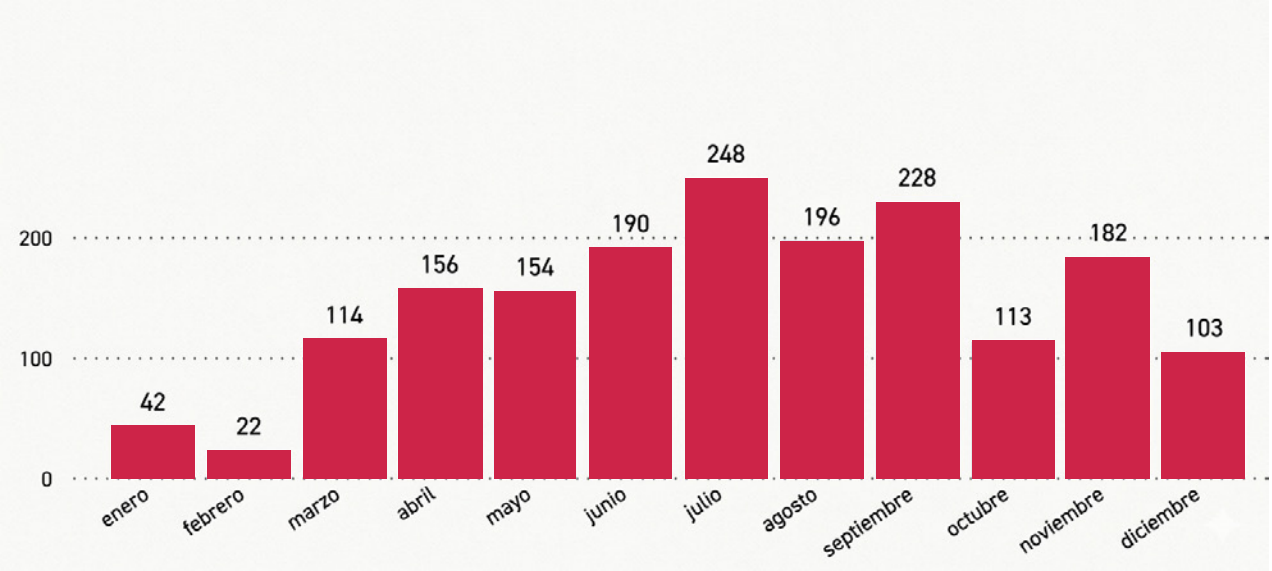
Estos espacios están diseñados para promover momentos de relajación, expresión creativa, aprendizaje y conexión con otros pacientes que atraviesan situaciones similares, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida, reducir los niveles de estrés asociados al tratamiento y fortalecer las habilidades 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

Comunicaciones





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.

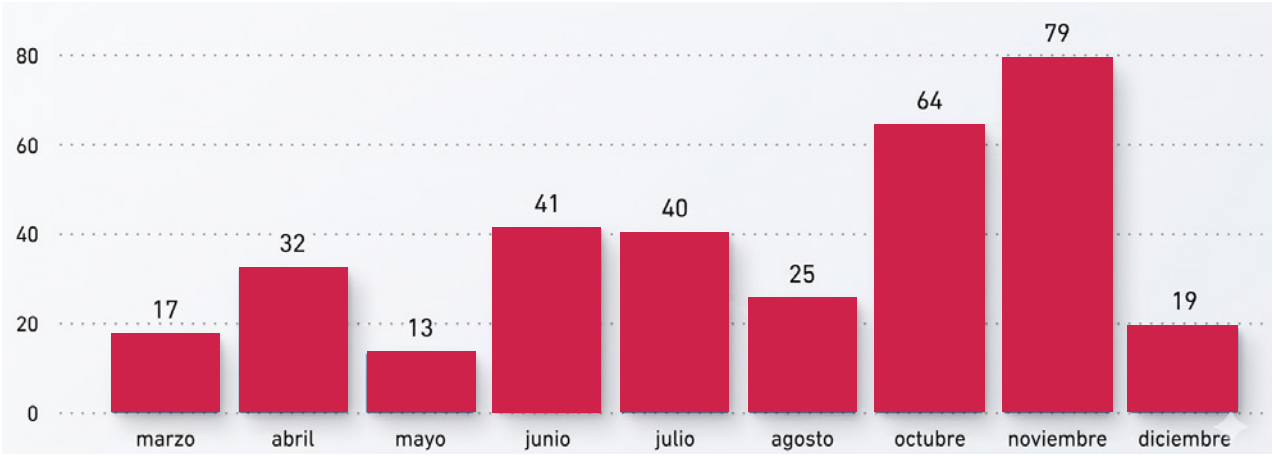
Estas actividades se fundamentan en enfoques contemporáneos de la psicología y el bienestar que promueven la conexión entre mente y cuerpo, el manejo consciente de las emociones y el fortalecimiento de habilidades para afrontar de manera más adaptativa los procesos asociados a la enfermedad y al tratamiento.

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.

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.

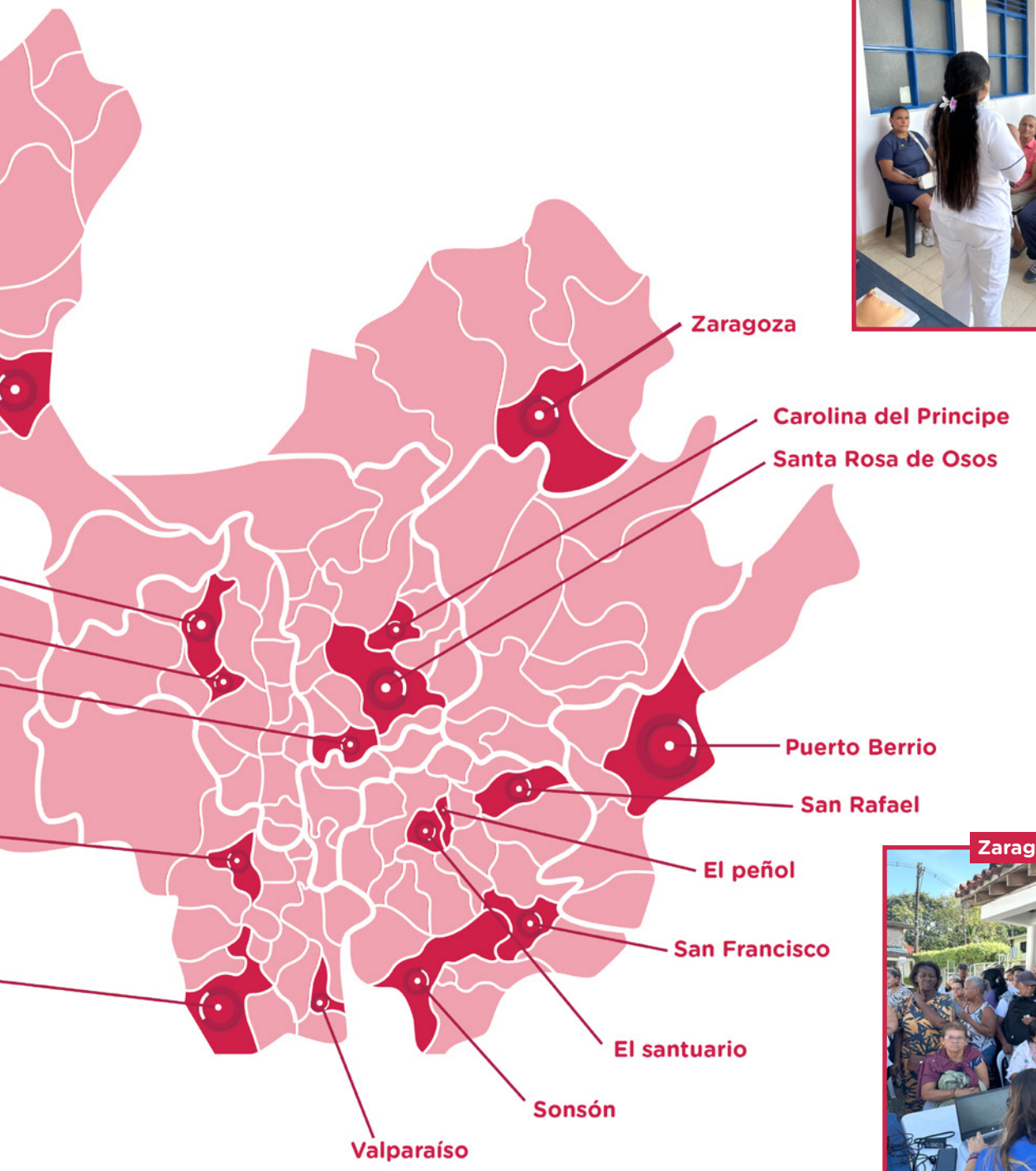
Total pacientes atendidos	Municipios con pacientes positivos	Municipios con pacientes negativos	Pacientes positivos de Savia	Pacientes positivos de Sura	Pacientes positivos de otras EPS
5543	9	7	54	3	35

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

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

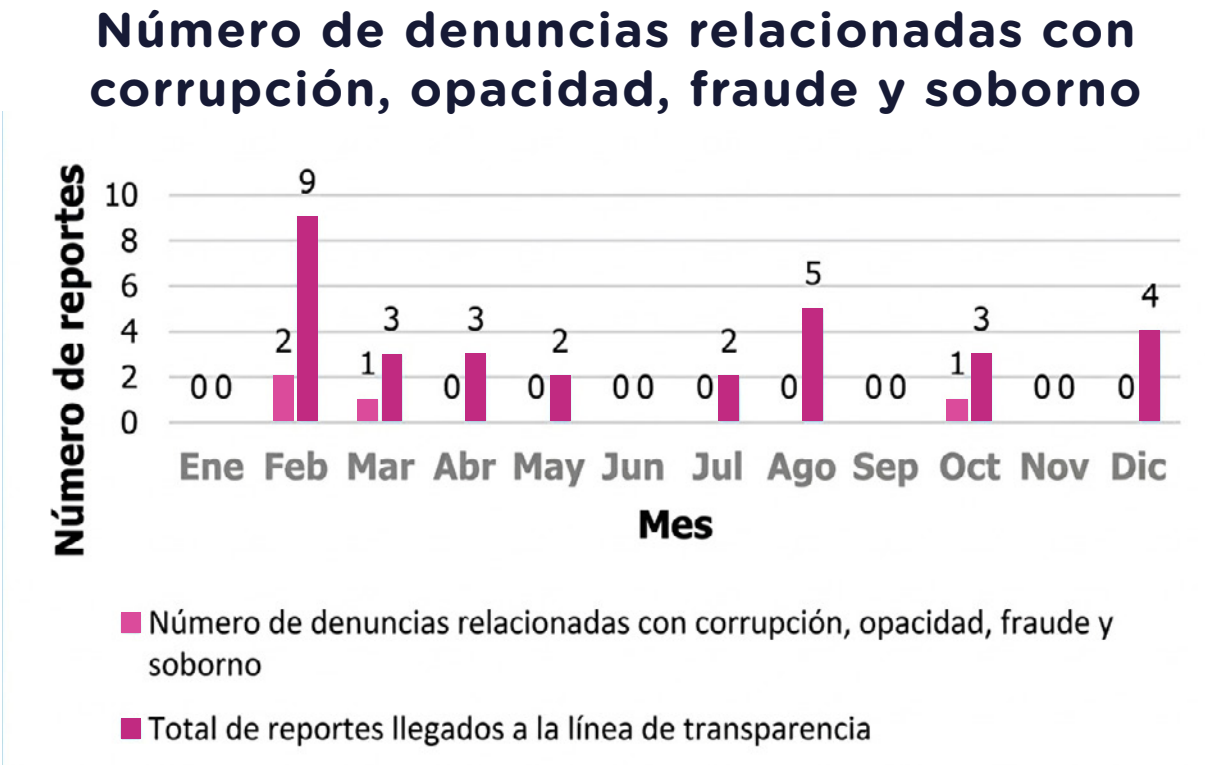
Se dio inicio a las capacitaciones anuales **obligatorias** en materia de cumplimiento, **correspondientes a los sistemas SARLAFT, SICOF y PTEE,** para la vigencia 2025, dirigidas a los colaboradores antiguos de la Fundación. Para el desarrollo de esta actividad, se espera contar con la disposición y 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.

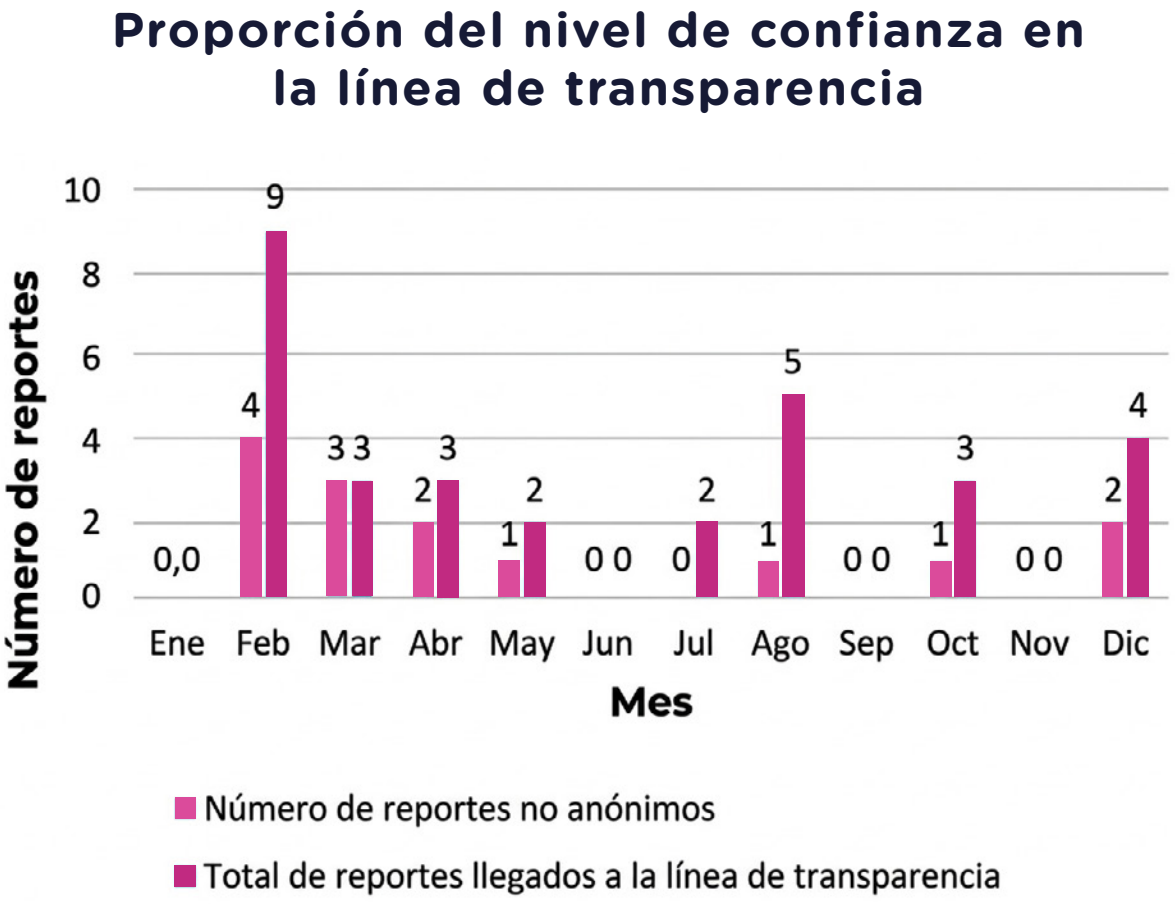


-Respecto de los reportes recibidos a través de la Línea de Transparencia (LT) que fueron clasificados como potencialmente relacionados con delitos fuente de COFS, se adelantaron las investigaciones correspondientes, analizando tanto los hechos reportados como la información suministrada por los querellantes. 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:

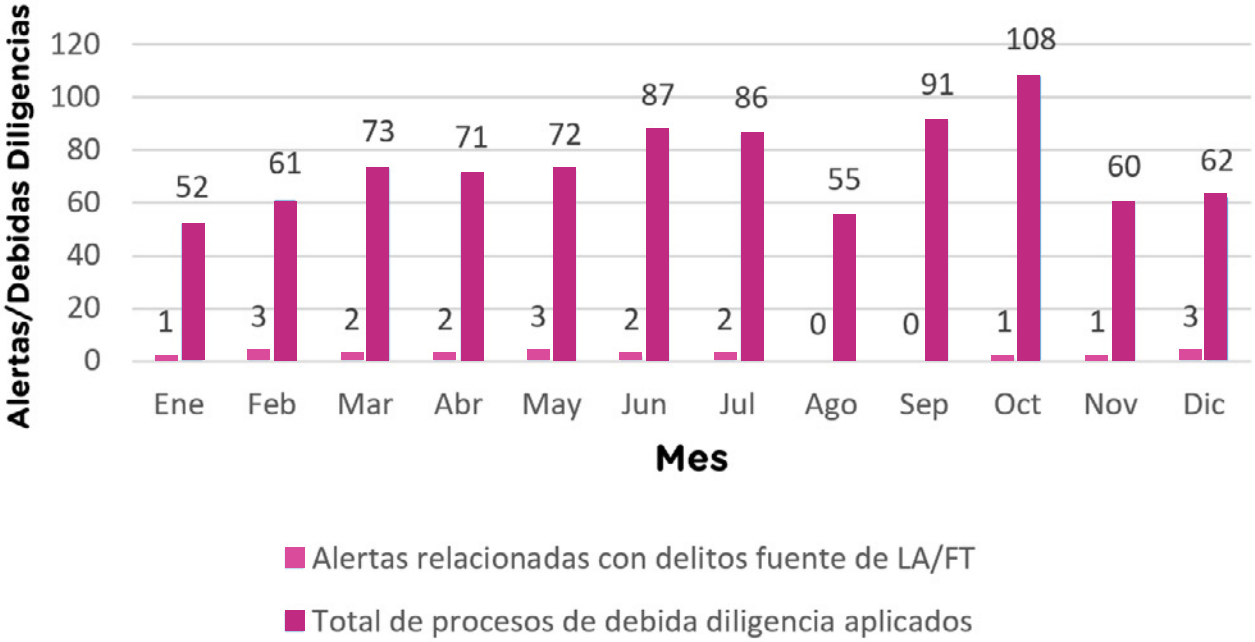
Este indicador nos permite medir el nivel de confianza que tienen los reportantes al hacer uso de nuestra LT, por lo que deciden identificarse.



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.

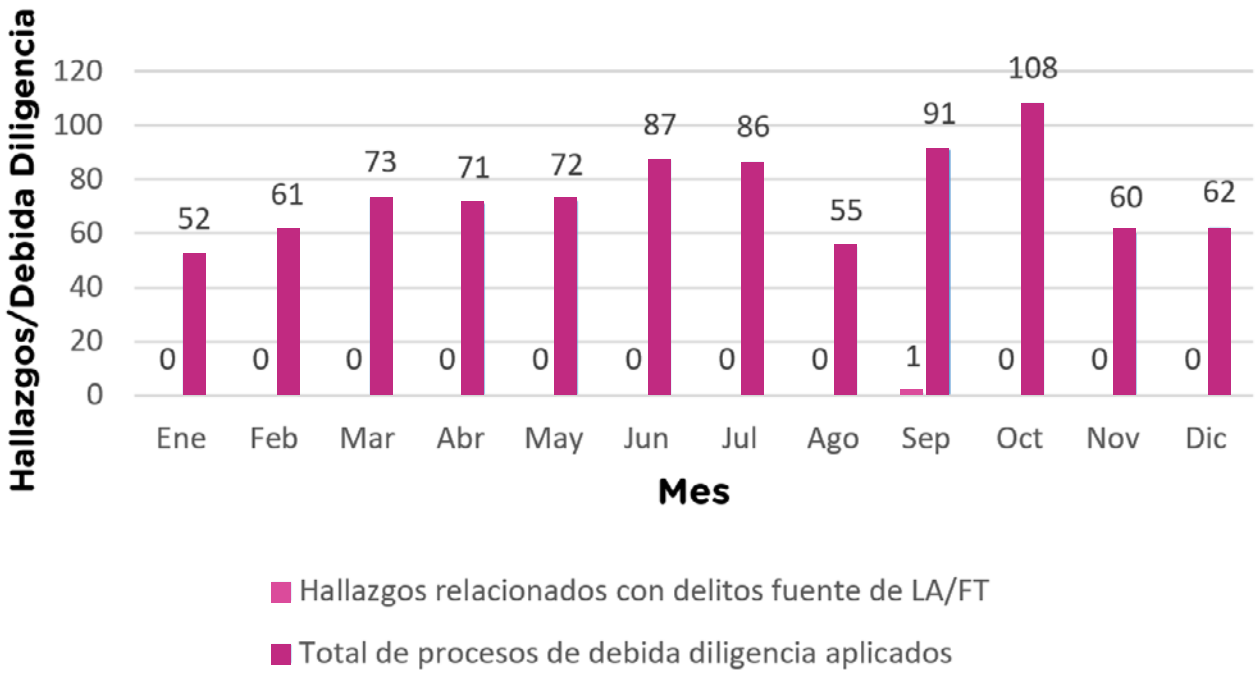
Proporción de alertas sobre el total de debidas diligencias



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.

Proporción de hallazgos sobre el total de debidas diligencias



Cordialmente,

Héctor Marín Gómez

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

Fundacion Colombiana de Cancerologia Clinica Vida

Estados Financieros

Al 31 de diciembre de 2025

Informe del Revisor Fiscal sobre los estados financieros

A los señores miembros de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes de
Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

Opinión

He auditado los estados financieros adjuntos de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, 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 año terminado en esa fecha, y las notas a los estados financieros que incluyen información sobre las políticas contables significativas y otra información explicativa.

En mi opinión, los estados financieros adjuntos, fielmente tomados de los libros, presentan razonablemente, en todos los aspectos materiales, la situación financiera de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida al 31 de diciembre de 2025 y los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, de conformidad con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia.

Bases para la opinión

Efectué mi auditoría de acuerdo con las Normas Internacionales de Auditoría Aceptadas en Colombia. Mis responsabilidades de acuerdo con dichas normas se describen más adelante en la sección de Responsabilidades del Revisor Fiscal en relación con la auditoría de los estados financieros de este informe.

Soy independiente de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida de conformidad con el Código de Ética para Profesionales de la Contaduría del Consejo de Normas Internacionales de Ética para Contadores (IESBA - por su sigla en inglés) junto con los requerimientos de ética que son aplicables a mi auditoría de los estados financieros en Colombia y he cumplido las demás responsabilidades de ética de conformidad con esos requerimientos y con el Código de Ética del IESBA.

Considero que la evidencia de auditoría que obtuve es suficiente y apropiada para proporcionar una base para mi opinión de auditoría.

Responsabilidades de la Administración y de los encargados de la dirección de la Entidad sobre los estados financieros

La Administración es responsable por la adecuada preparación y presentación razonable de los estados financieros adjuntos, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia, y por el control interno que la Administración considere necesario para que la preparación de estos estados financieros esté libre de error material debido a fraude o error.

En la preparación de los estados financieros, la Administración es responsable de la evaluación de la capacidad de la Entidad de continuar como negocio en marcha, revelando, según corresponda, las cuestiones relacionadas con el principio de negocio en marcha y utilizando el principio contable de negocio en marcha, excepto si la Administración tiene la intención de liquidar la Entidad o de cesar sus operaciones, o bien que no exista otra alternativa más realista que hacerlo.

Los encargados de la dirección de la Entidad son responsables por la supervisión del proceso de reporte de información financiera de la Entidad.

Responsabilidades del Revisor Fiscal en relación con la auditoría de los estados financieros

Mi objetivo es obtener una seguridad razonable de si los estados financieros en su conjunto están libres de error material, debido a fraude o error, y emitir un informe de auditoría que contiene mi opinión. Seguridad razonable es un alto grado de seguridad, pero no garantiza que una auditoría realizada de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría Aceptadas en Colombia siempre detecte un error material cuando éste exista. Los errores pueden deberse a fraude o error y se consideran materiales si, individualmente o de forma agregada, puede preverse razonablemente que influyan en las decisiones económicas que los usuarios toman basándose en estos estados financieros.

Como parte de una auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría Aceptadas en Colombia, aplico mi juicio profesional y mantengo una actitud de escepticismo profesional durante toda la auditoría. También:

- Identifico y valoro los riesgos de error material en los estados financieros, debido a fraude o error; diseño y aplico procedimientos de auditoría para responder a dichos riesgos; y obtengo evidencia de auditoría suficiente y adecuada para proporcionar una base para mi opinión. El riesgo de no detectar un error material debido a fraude es más 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.

- Obtengo un entendimiento del control interno relevante para la auditoría con el fin de diseñar procedimientos de auditoría que sean apropiados en las circunstancias.

- Evalúo lo adecuado de las políticas contables aplicadas y la razonabilidad de las estimaciones contables y las correspondientes revelaciones efectuadas por la Administración.

- Concluyo sobre lo adecuado de la utilización, por la Administración, del principio contable de negocio en marcha y, basándome en la evidencia de auditoría 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 Entidad para continuar como negocio en marcha. Si concluyo que existe una incertidumbre material, se requiere que llame la atención en mi informe de auditoría sobre la correspondiente información revelada en los estados financieros o, si dichas revelaciones no son adecuadas, que exprese una opinión modificada. Mis conclusiones se basan en la evidencia de auditoría obtenida hasta la fecha de mi informe de auditoría. Sin embargo, hechos o condiciones futuros pueden causar que la Entidad deje de ser un negocio en marcha.

- Evalúo 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 razonable.

Comunico a los encargados de la dirección de la Entidad, entre otras cuestiones, el alcance y el momento de realización de la auditoría planificados y los hallazgos significativos de la auditoría, así como cualquier deficiencia significativa del control interno que identifique en el transcurso de la auditoría.

Informe sobre otros requerimientos legales y reglamentarios

La Administración 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 Integral y la implementación del programa de transparencia y ética empresarial. Mi responsabilidad como Revisor Fiscal en estos temas es efectuar procedimientos de revisión para emitir una conclusión sobre su adecuado cumplimiento.

De acuerdo con lo anterior, concluyo que:

a) La contabilidad de la Entidad durante el año 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 Asamblea General de Fundadores y Adherentes y de la Junta Directiva.

b) La correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas se llevan y se conservan debidamente.

c) Existe concordancia entre los estados financieros que se acompañan y el informe de gestión preparado por los administradores. Los administradores dejaron constancia en dicho informe de gestión, que no entorpecieron la libre circulación de las facturas emitidas por los vendedores o proveedores.

d) La información contenida en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, en particular la relativa a los afiliados y a sus ingresos base de cotización, ha sido tomada de los registros y soportes contables. Al 31 de diciembre de 2025 la Entidad no se encuentra en mora por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

e) La Entidad ha implementado el programa de transparencia y ética empresarial en cumplimiento de la Circular Externa 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022 emitida por la Superintendencia de Salud.

En cumplimiento de las responsabilidades del Revisor 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 Cancerología Clínica Vida se ajustan a los estatutos y a las órdenes y a instrucciones de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes 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, emití un informe separado de fecha 6 de marzo de 2026.



María Jimena Calle Gaviria
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 303940-T
Designado por PwC Contadores y Auditores S. A. S.
6 de marzo de 2026

Certificación del Representante Legal y Contador de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

A los señores miembros de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes de
Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

6 de marzo de 2026

Los suscritos Representante Legal y Contador de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, 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) Todos 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 realizado durante el año terminado en esa fecha.

b) Todos los hechos económicos realizados por la Fundación durante el año terminado el 31 de diciembre de 2025 han sido reconocidos en los estados financieros.

c) Los activos representan probables beneficios económicos futuros (derechos) y los pasivos representan probables sacrificios económicos futuros (obligaciones), obtenidos o a cargo de la Fundación.

d) Todos los elementos han sido reconocidos por sus valores apropiados de acuerdo con las normas de contabilidad y de información financiera aceptadas en Colombia.

e) Todos los hechos económicos que afectan la Fundación han sido correctamente clasificados, descritos y revelados en los estados financieros.

David Mejía Zapata
Representante Legal

Germán de Jesús Garzón Ríos
Contador
Tarjeta Profesional 98328-T

FUNDACIÓN COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA CLINICA VIDA
ESTADO DE SITUACIÓN 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	2024
ACTIVO			
Activos Corrientes			
Efectivo 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
Inventarios neto	6	11.575.043	5.451.764
		141.588.819	**88.869.085**
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
Activos intangibles netos	8	501.375	144.063
		155.298.423	**146.698.987**
Total Activos		**296.887.242**	**235.568.072**
PASIVO			
Pasivo Corriente			
Obligaciones 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
Obligaciones laborales	12	10.596.770	9.174.604
Pasivos estimados	13	-	80.000
		129.869.480	**85.050.619**
Pasivo no corriente			
Obligaciones Financieras LP	9	70.459.518	74.990.176
		70.459.518	**74.990.176**
Total Pasivos		**200.328.998**	**160.040.795**
FONDOS SOCIALES			
Aportes sociales		551.615	551.615
Reservas	14	56.260.128	50.859.536
Donaciones		120.601	120.601
Resultado neto del ejercicio		21.566.083	5.935.708
Transición a NIIF para Pymes		3.444.747	3.444.747
Superávit por valorizaciones (ORI)		14.615.070	14.615.070
Total fondos sociales		**96.558.244**	**75.527.277**
Total Pasivo y fondos sociales		**296.887.242**	**235.568.072**

Las notas que se acompañan son parte integrante de los estados financieros.

DAVID MEJIA ZAPATA
Representante Legal
(Ver certificación adjunta)

GERMAN DE JESUS GARZON RIOS
Contador
Tarjeta Profesional No 98328-T
(Ver certificación adjunta)

María Jimena Calle G.
MARÍA JIMENA CALLE GAVIRIA
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 303940-T
Designado por PwC Contadores y Auditores S. A. S.
(Ver informe adjunto)

FUNDACIÓN COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA CLINICA VIDA
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRALES
AÑOS 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	2024
		(En miles de pesos)	
Ingreso de actividades ordinarias	15	380.309.126	330.089.369
Costo de prestación de servicios	16	315.005.726	285.122.637
Excedente Bruta		**65.303.400**	**44.966.732**
Gastos de administración	17	31.071.461	25.386.073
Gastos de distribución y venta	18	1.283.836	1.131.136
Excedente operacional		**32.948.103**	**18.449.523**
Otros ingresos netos	19	3.828.000	3.935.104
Gastos financieros	20	15.018.654	16.220.557
Total de otros ingresos y gastos		**(11.190.654)**	**(12.285.453)**
Excedente antes de impuestos a las ganancias		**21.757.449**	**6.164.070**
Impuesto a las ganancias	21	191.366	228.362
Excedente neto del ejercicio		**21.566.083**	**5.935.708**

Las notas que se acompañan son parte integrante de los estados financieros

DAVID MEJIA ZAPATA
Representante Legal
(Ver certificación adjunta)

GERMÁN DE JESÚS GARZÓN RÍOS
Contador
Tarjeta Profesional No 98328-T
(Ver certificación adjunta)

María Jimena Calle G.
MARÍA JIMENA CALLE GAVIRIA
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 303940-T
Designado por PwC Contadores y Auditores S. A. S.
(Ver informe adjunto)

FUNDACIÓN COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA CLINICA VIDA
ESTADO DE CAMBIOS EN LOS FONDOS SOCIALES
AÑOS 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
Saldos al 31 de diciembre de 2023	**551.615**	**50.859.536**	**120.6**
Traslado de excedentes	-	-	
Otros movimientos de los fondos sociales	-	-	
Excedente del año	-	-	
Saldos al 31 de diciembre de 2024	**551.615**	**50.859.536**	**120.6**
Traslado de excedentes	-	5.400.592	
Traslado fondo social	-	-	
Excedente del año	-	-	
Saldos al 31 de diciembre de 2025	**551.615**	**56.260.128**	**120.6**

Las notas que se acompañan son parte integrante de los estados financieros

DAVID MEJIA ZAPATA
Representante Legal
(Ver certificación adjunta)

GERMAN DE JESUS GARZÓN RÍO
Contador
Tarjeta Profesional No 98328-T
(Ver certificación adjunta)

s	Excedente del año	Transición a NIIF para Pymes	Excedentes acumulados	Superávit por valorizaciones (ORI)	Total de fondos sociales
601	**20.657**	**3.444.747**	**-**	**14.615.070**	**69.612.226**
-	(20.657)	-	20.657	-	-
-	-	-	(20.657)	-	(20.657)
-	5.935.708	-	-	-	5.935.708
601	**5.935.708**	**3.444.747**	**-**	**14.615.070**	**75.527.277**
-	(5.935.708)	-	-		(535.116)
-	-	-	-		-
-	21.566.083	-	-		21.566.083
601	**21.566.083**	**3.444.747**	**-**	**14.615.070**	**96.558.244**

María Jimena Calle G.

OS

MARÍA JIMENA CALLE GAVIRIA
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 303940-T
Designado por PwC Contadores y Auditores S. A. S.
(Ver informe adjunto)

FUNDACIÓN 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)

Flujos de efectivo por actividades de operación:	**2025**	**2024**
Excedente del año	21.566.083	5.935.708
Depreciación	3.848.661	3.325.976
Amortizaciones	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 y pasivos:		
Cuentas por cobrar comerciales y otras cuentas por cobrar	(60.905.127)	(18.414.828)
Inventarios, neto	(6.184.485)	(62.912)
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	45.051.235	20.034.521
Beneficios a empleados	1.422.166	1.812.396
Pasivos por impuestos	146.058	43.078
Pasivos estimados	(80.000)	-
Efectivo neto provisto por las actividades de operación	**9.826.079**	**14.475.081**
Flujo de efectivo de las actividades de inversión		
Adquisición de propiedades y equipo	(9.146.765)	(5.130.224)
Adquisición de activos intangibles	(546.202)	(12.715)
Efectivo neto utilizado en las actividades de inversión	**(9.692.967)**	**(5.142.939)**
Flujos de efectivo de las actividades de financiación		
Obligaciones financieras, neto	(6.442.622)	(7.233.721)
Aplicación de excedentes	(535.116)	-
Efectivo neto utilizado en las actividades de financiación	**(6.977.738)**	**(7.233.721)**
(Disminucion) aumento neto de efectivo y equivalente al efectivo	**(6.844.626)**	**2.098.421**
Efectivo y equivalentes de efectivo al inicio del período	**10.726.576**	**8.628.155**
Efectivo y equivalentes de efectivo al final del período	**3.881.950**	**10.726.576**

Las notas que se acompañan son parte integrante de los estados financieros

DAVID MEJIA ZAPATA
Representante Legal
(Ver certificación adjunta)

GERMÁN DE JESÚS GARZÓN RÍOS
Contador
Tarjeta Profesional No 98328-T
(Ver certificación adjunta)

MARÍA JIMENA CALLE GAVIRIA
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 303940-T
Designado por PwC Contadores y Auditores S. A. S.
(Ver informe adjunto)

1. INFORMACIÓN CORPORATIVA

Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida (en adelante la Fundación) obtuvo su personería jurídica por medio de la resolución 2195, del 16 de octubre de 1991, de la Gobernación de Antioquia. Es una entidad sin ánimo de lucro y tiene por objeto principal efectuar toda clase de actividades médicas y paramédicas en el campo comercial, investigativo y humanístico, desarrollado principalmente en el área del cáncer y sus tratamientos.

El término de duración de la Fundación es indefinido y su domicilio principal es en la ciudad de Medellín.

Negocio en marcha

Estos estados financieros han sido preparados sobre una base de negocio en marcha y no incluyen ningún ajuste a los valores en libros y clasificación de activos, pasivos y gastos reportados que de otra manera podrían ser requeridos si la base de negocio en marcha no fuera apropiada.

2. BASES DE PREPARACIÓN Y PRINCIPALES POLÍTICAS CONTABLES SIGNIFICATIVAS

Los estados financieros de la Compañía se han preparado de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia para preparadores de información financiera del Grupo 2, las cuales están fundamentadas en las Normas Internacionales de Información Financiera para las Pymes emitidas por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB por su sigla en inglés), incluidas en el Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015 y decretos posteriores que lo han modificado y actualizado, y otras disposiciones legales definidas por las entidades de vigilancia y control.

Los estados financieros fueron autorizados para su emisión por la Junta Directiva el 05 de febrero de 2026. Los mismos pueden ser modificados y deben ser aprobados por la Asamblea General de Fundadores.

Las principales políticas contables aplicadas en la preparación de los estados financieros se detallan a continuación.

2.1. Moneda funcional y de presentación

Las partidas incluidas en los estados financieros se miden utilizando la moneda del entorno económico primario en el cual opera la Fundación ('la moneda funcional'). Los estados financieros se presentan en pesos colombianos, que es la moneda funcional y de presentación de la Fundación.

2.2. Presentación y clasificación

La Fundación mantendrá 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 naturaleza de las actividades o una revisión de sus estados financieros, que ponga de manifiesto que sería más apropiada otra presentación o clasificación, tomando en consideración los criterios para la selección y aplicación de las políticas contables.

Los cambios en presentación y clasificación requieren que se revele lo siguiente:

- La naturaleza de la reclasificación;
- El importe de cada partida o grupo de partidas que se han reclasificado; y
- El motivo de la reclasificación.

2.3. Clasificación de activos y pasivos en corriente y no corriente

Un activo se clasifica como activo corriente cuando se mantiene principalmente para propósitos de negociación o se espera que sea realizado en un plazo no mayor a un año después del periodo sobre el que se informa. Los demás activos se clasifican como activos no corrientes.

Un pasivo se clasifica como pasivo corriente cuando se mantiene principalmente para propósitos de negociación o se espera que sea liquidado en un plazo no mayor a un año después del periodo sobre el que se informa; los demás pasivos se clasifican como pasivos no corrientes.

2.4. Transacciones en moneda extranjera

Las transacciones en monedas extranjeras se convierten a la moneda funcional utilizando las tasas de cambio vigentes en las fechas de las transacciones. Las ganancias o pérdidas en monedas extranjeras que surgen de esas transacciones y de la conversión a las tasas de cambios al cierre del año para activos y pasivos monetarios denominados en monedas extranjeras, se reconocen en el estado de resultados.

Las pérdidas y ganancias por diferencias de cambio se presentan en la cuenta de pérdidas y ganancias en la línea de “Otros ingresos (gastos), neto”.

2.5. Efectivo y equivalentes de efectivo

El efectivo y los equivalentes de efectivo incluyen el efectivo en caja, depósitos a la vista y otras inversiones de alta liquidez a corto plazo, con vencimiento original de tres meses o menos. Los sobregiros bancarios se muestran en los préstamos como pasivos corrientes en el estado de situación financiera.

Se revelará en los estados financieros, acompañado de un comentario por parte de la Administración, cualquier importe significativo de sus saldos de efectivo y equivalentes al efectivo que no esté disponible para ser utilizado por ella misma.

2.6. Instrumentos financieros

2.6.1. Activos financieros

2.6.1.1 Clasificación

Cuentas por cobrar y préstamos

Clasificación

Las cuentas por cobrar y préstamos son activos financieros no derivados que dan derecho a pagos fijos o determinables y que no cotizan en un mercado activo. Se presentan en el activo corriente, excepto aquellos con vencimiento mayor a 12 meses después del período de reporte, los cuales se clasifican como activos no corrientes. Las cuentas por cobrar incluyen las cuentas por cobrar comerciales y otras cuentas por cobrar.

Reconocimiento y medición

Las cuentas por cobrar comerciales cuyo recaudo de espera es un año o menos, se clasifican como activos corrientes, de lo contrario se presentan como activos no corrientes. Las cuentas por cobrar comerciales se reconocen inicialmente a su valor razonable y posteriormente se miden a su costo amortizado usando el método de interés efectivo, menos la provisión por deterioro.

Baja de activos financieros

Los 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.

Deterioro del valor de los activos financieros

La Fundación evalúa al final de cada ejercicio si existe evidencia objetiva del deterioro de un activo financiero o grupo de activos financieros. Un activo financiero o un grupo de activos financieros está deteriorado y se ha incurrido en pérdidas por deterioro del valor, si existe evidencia objetiva del deterioro como resultado de uno o más 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.

La evidencia de deterioro puede incluir indicadores sobre un deudor o un grupo de deudores que están 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 reorganización 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.

Algunos 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 reorganización financiera y el incumplimiento o falta de pago (más de 1 día de vencido).

Para las categorías de instrumentos financieros medidos al costo amortizado, 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. El 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 práctico, la Fundación puede medir el deterioro de la base del valor razonable de un instrumento utilizando un precio de mercado observable.

Si, en un período 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 cobranza dudosa. La recuperación posterior de montos previamente castigados se reconoce con crédito a la cuenta de “gastos de ventas y de comercialización” en el estado de resultados.

2.6.2. Pasivos financieros

Los pasivos financieros corresponden a las fuentes de financiación obtenidas por la Fundación a través de créditos bancarios, cuentas por pagar a proveedores y acreedores.

Los créditos bancarios se reconocen inicialmente por su valor razonable, neto de costos de transacción incurridos. La diferencia entre el importe recibido y su valor principal se reconoce en el resultado del periodo durante el tiempo de amortización de la obligación financiera, utilizando el método de tasa de interés efectiva.

Las cuentas por pagar se reconocen inicialmente a su valor razonable y posteriormente se miden a su costo amortizado, usando el método de interés efectivo. Para efectos de determinar el costo amortizado, se calculan estadísticas del porcentaje histórico de pago a los proveedores de bienes y servicios.

Baja de pasivos financieros

Se dará 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 contabilizarán 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.

2.7. Inventarios

Los inventarios representan bienes corporales destinados en el curso normal del negocio. Se reconocerán 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 algún proceso de preparación de dosis unitaria.
- Los inventarios se deberán medir al costo o al valor neto realizable, el menor de los dos.

El costo comprende todas las erogaciones pagadas para su adquisición y transformación, necesarios para colocarlos en la situación de consumo o venta, tales como:

- El precio de compra, de acuerdo con la factura del proveedor.
- Los aranceles de importación, en caso de importación de inventarios.
- Los seguros en las importaciones, siempre que éstos sean de carácter obligatorio.
- El transporte, cuando aplique erogación de este concepto.
- El almacenamiento necesario para el proceso productivo o de prestación de servicios.

Los descuentos comerciales, financieros o por volumen y las bonificaciones obtenidas se deducirán del precio de adquisición; éstos no serán ingresos.

Los inventarios se contabilizan al costo promedio. Al cierre de cada período se hace prueba de deterioro o pérdida de valor de los inventarios. En caso de materializarse tal deterioro o pérdida de valor los inventarios se ajustan contra resultados.

2.8. Propiedades y equipo

La propiedad y equipo se expresan al costo histórico menos la depreciación acumulada y cualquier pérdida por deterioro del valor acumulada. El 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 Administración.

La Fundación incluye en el importe en libros de un elemento de propiedades y equipo el costo por el reemplazo de partes de dicho elemento cuando se incurre en ese costo si se espera que la parte reemplazada le proporcione beneficios incrementales futuros a la Fundación. El importe en libros de la parte reemplazada se da de baja. Cualquier otra reparación y mantenimiento se carga en el estado de resultados durante el periodo en el cual ocurre.

Se deberá reconocer las propiedades y equipo cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Los beneficios económicos futuros asociados fluirán a la Fundación.
- El costo puede ser medido de forma fiable.
- Se espera usar durante más de un ejercicio económico.
- No está destinado para la venta dentro de la actividad ordinaria de la Fundación.

Los repuestos y accesorios se reconocerán en el estado de resultados del período en que se incurran.

Los activos adquiridos para seguridad y gestión ambiental, entre otros, que no están vinculados directamente con la operación, pero que se requieren para que la Fundación logre obtener los beneficios económicos derivados del resto de los activos, serán considerados como propiedades y equipo y se reconocerán y registrarán como tales.

Las 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.

Los 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.

Los terrenos no se deprecian. La depreciación de los otros activos se carga para asignar el costo de activos durante sus vidas útiles estimadas, utilizando el método de línea recta. Las vidas útiles estimadas son las siguientes:

Concepto	Vida útil (en años)
Construcciones y edificaciones	100
Maquinaria y equipo	10
Equipo de oficina	5
Equipo de cómputo y comunicaciones	5
Equipo de transporte	10
Maquinaria y equipo médico	10

Si existe algún indicio de que se ha producido un cambio significativo en la tasa de depreciación o vida útil 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 hará al menos al cierre de cada período sobre el que se informa.

Mejoras en propiedades ajenas

Las mejoras en propiedades ajenas deberán registrarse como un activo fijo, según su función, y deberán depreciarse en el menor tiempo entre su vida económica y la duración del contrato de arrendamiento. Deberán 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.

2.9. Arrendamientos

Se clasifican como arriendos operativos aquellos en los cuales, sustancialmente, la Fundación retiene todos los riesgos y beneficios de propiedad. Los pagos hechos bajo arrendamientos operativos (netos de cualquier incentivo recibido del arrendador) se cargan en el estado de resultados en línea recta durante el periodo del arrendamiento.

Los arriendos financieros se capitalizan al comienzo del arrendamiento por el menor entre el valor razonable de la propiedad arrendada y el valor presente de los pagos de arrendamiento mínimos. Cada pago de arrendamiento se distribuye entre el pasivo y los cargos financieros utilizando el método de interés efectivo. Las obligaciones por renta, netas de los cargos financieros, se incluyen en los préstamos en el estado de situación financiera.

2.10. Activos Intangibles distintos de la plusvalía

La Fundación medirá inicialmente un activo intangible al costo y posterior al reconocimiento los medirá al costo menos cualquier amortización acumulada y cualquier pérdida por deterioro de valor acumulada. Todos los activos intangibles tienen una vida útil finita. Si la Fundación no logra hacer una estimación fiable de la vida útil de un activo intangible, se supondrá que la vida útil es de diez años. La amortización comenzará cuando el activo intangible esté disponible para su utilización y se amortizará utilizando el método lineal.

2.11. Impuesto sobre la renta corriente

La Fundación como entidad sin ánimo de lucro, pertenece al régimen tributario especial de conformidad con el artículo 19, numeral 2 del estatuto tributario. Por lo tanto, está sometida al impuesto de renta y complementario sobre el beneficio neto o excedente a la tarifa única del 20%. Mantiene su carácter exento siempre y cuando se destine a las actividades de salud, deporte aficionado, educación, cultura, investigación científica 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. Beneficios a los empleados

Representan el valor de los pasivos a favor de los empleados. Durante el período 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 realizan aportes periódicos para cesantías y seguridad social integral (salud, riesgos profesionales y pensiones).

La 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 período sobre el que se informa.

2.13. Reconocimiento de ingresos

La Fundación reconoce el ingreso cuando el importe del ingreso puede ser medido confiablemente; es probable que los beneficios económicos futuros entrarán a la Fundación; y se cumplen criterios específicos para cada una de las actividades.

Cuando los servicios se presten a través de un número 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, deberá reconocer un pasivo no financiero (ingreso diferido) por el valor razonable de la contraprestación recibida. El pasivo reconocido, deberá 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. En cualquier caso, el pasivo reconocido deberá 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.

Los ingresos por otros conceptos se reconocen en los estados financieros a su valor razonable en el momento en que se generen.

2.14. Estimados contables

La Administración de la Fundación hace estimaciones y supuestos que afectan el monto reportado de los activos y pasivos en años futuros. Dichas estimaciones y supuestos son continuamente evaluados basados en experiencias pasadas y otros factores, incluyendo expectativas de futuros eventos que se esperan bajo circunstancias actuales.

El 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

La Fundación evalúa anualmente si sus propiedades y equipo e intangibles, han sufrido deterioro en su valor de acuerdo con las políticas indicadas en la Nota 2.8 y 2.10. La 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 útiles de las propiedades y equipo

La determinación de la vida útil económica de las propiedades y equipo está sujeta a la estimación de la administración de la Fundación respecto del nivel de utilización de los activos, así como de la evolución tecnológica esperada. La Fundación revisa regularmente la totalidad de sus tasas de depreciación para tener en cuenta cualquier cambio respecto del nivel de utilización, marco tecnológico y su desarrollo futuro, que son eventos difíciles de prever, y cualquier cambio podría afectar los futuros cargos de depreciación y los montos en libros de los activos.

2.14.3. Impuesto sobre la renta

La Fundación está sujeta a las regulaciones colombianas en materia de impuestos. Juicios significativos son requeridos en la determinación de las provisiones para impuestos. Existen transacciones y cálculos para los cuales la determinación de impuestos es incierta durante el curso ordinario de las operaciones. La Fundación evalúa 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. Los 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.

Los 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.

La Fundación evalúa 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 períodos en los que sean deducibles dichos impuestos diferidos. Los pasivos por impuestos diferidos se registran de acuerdo con las estimaciones realizadas de los activos netos que en un futuro no serán fiscalmente deducibles.

2.14.4. Deterioro de cuentas por cobrar

La 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 realiza 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. Esta 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. La Administración utiliza estimaciones basadas en pérdidas históricas para activos con características de riesgo de crédito similares. La metodología e hipótesis utilizadas 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

La Fundación realiza estimaciones de los importes a liquidar en el futuro, incluyendo las correspondientes obligaciones contractuales, litigios pendientes u otros pasivos.

Dichas estimaciones están sujetas a interpretaciones de los hechos y circunstancias actuales, proyecciones de acontecimientos futuros y estimaciones de los efectos financieros de dichos acontecimientos.

2.15. Administración de riesgos financieros

2.15.1. Administración de riesgos financieros

Las 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 liquidez. Es por esto que la Fundación ajusta sus políticas de gestión de riesgos para minimizar los efectos adversos en la posición financiera, esto incluye una correcta identificación y evaluación de los riesgos financieros, y el diseño de controles efectivos para mitigar su probabilidad de ocurrencia e impacto.

La Administración de la Fundación tiene a su cargo la gestión de riesgos de acuerdo con las políticas 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 Integral de Gestión de Riesgos, el cual se encargará del ciclo de riesgos.

2.15.2. Administración y gestión de otros riesgos financieros

En cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa 20211700000004-5 de la Superintendencia Nacional de Salud, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida implementa un Sistema Integral de Gestión de Riesgos, el cual le permite a la Fundación, gestionar los diferentes riesgos financieros y no financieros a los que se ve expuesta en su operación. El SIGR de la Fundación se encuentra conformado por los siguientes subsistemas:

- **Riesgo 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.

- **Riesgo actuarial**: Es la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron.

- **Riesgo de crédito**: Hace referencia a la probabilidad de que Clínica Vida incurra en pérdidas financieras debido a la entrada en impagos totales o parciales por parte de los deudores de la fundación (personas naturales o jurídicas que hayan contraído créditos con la institución), la materialización de estos riesgos puede afectar negativamente los estados financieros y comprometer la continuidad de la operación de la fundación.

- **Riesgo de liquidez**: Corresponde a la probabilidad de que Clínica Vida no pueda hacerse responsable con el cumplimiento de sus obligaciones a corto plazo contraída con sus acreedores, esto generado por diferentes factores los cuales provocan que la institución pierda su capacidad de convertir sus activos en liquidez sin que se incurran en pérdidas financieras que afecten la continuidad de la operación.

- **Riesgo de mercado**: Hace referencia a la probabilidad de que Clínica Vida 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.

- **Riesgo 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 utilización de una mayor cantidad de recursos por parte de la institución para su atención, sabiendo que esto se hubiese podido evitar.

- **Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo**: Es la probabilidad de ocurrencia de eventos al interior de la organización, relacionados con delitos fuente de lavado de activos y financiación del terrorismo, según lo tipificado en el código penal colombiano.

- **Riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno**: Hace referencia a la probabilidad de ocurrencia de eventos al interior de la organización, que estén relacionados con actuaciones fraudulentas, poco transparentes o por el ofrecimiento o solicitud de dádivas o favores inadecuados, para el beneficio propio o de un tercero, y que atenten en contra de las políticas de transparencia de la institución y de la legislación nacional.

El SIGR le permite a la Fundación identificar los riesgos a los que se ve expuesta en su operación, evaluarlos, diseñar los diferentes controles que mitiguen su probabilidad de ocurrencia e impacto y mantener un monitoreo constante sobre estos.

También cabe recordar, que el SIGR cuenta con los medios tecnológicos necesarios para facilitar la gestión y que actualmente, se dispone de los controles necesarios ya definidos para evitar la materialización de los riesgos.

La Fundación aplica una administración enfocada en riesgos, que está comprometida en el constante fortalecimiento del SIGR y que cuenta con el compromiso de todos sus colaboradores en la gestión del riesgo, para así proteger a la Fundación a una sobreexposición

3. CAMBIOS NORMATIVOS

Durante el año 2025 no se incluyeron cambios a las políticas NIIF para las Pymes que están incluidas en el Anexo técnico del Decreto 2420 de 2015.

Nueva normatividad emitida por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB por su sigla en inglés) que aún no ha sido incorporada al marco contable aceptado en Colombia

Tercera edición de la NIIF para las PYMES

La tercera edición de la Norma de Contabilidad NIIF para PYMES emitida por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB por su sigla en inglés) en febrero de 2025 modificó y revisó secciones de la Norma de Contabilidad NIIF para las PYMES; esta nueva normatividad aún no ha sido incorporada al marco contable aceptado en Colombia.
La Norma Internacional de Información Financiera para las Pequeñas y Medianas Entidades (Norma de Contabilidad NIIF para las PYMES) se establece en las secciones 1 a 35 y en los Apéndices A y B.

4. EFECTIVO Y EQUIVALENTES DE EFECTIVO

El saldo del efectivo y equivalentes al efectivo comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Caja	4,050	1,440
Bancos cuentas corrientes	207,714	1,045,974
Bancos cuentas de ahorros	926,428	7,039,103
Cartera colectiva	2,743,758	2,640,059
	3,881,950	**10,726,576**

Se tiene como política el mantener los recursos disponibles para el pago de las obligaciones con los proveedores y los gastos operativos.

Al 31 de diciembre se efectuaron las respectivas conciliaciones bancarias, además no presenta restricciones para su uso ni se encuentra pignorado como garantía a terceros.

5. CUENTAS POR COBRAR COMERCIALES Y OTRAS CUENTAS POR COBRAR, NETO

El saldo de las cuentas por cobrar comerciales y otras cuentas por cobrar, neto comprendía:

	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
Otras cuentas por cobrar (2)	1,492,113	678,437
Cuentas por cobrar a proveedores y contratistas (3)	237,409	74,848
Deterioro (4)	(11,059,809)	(7,147,437)
	132,306,066	**75,313,311**
Corriente	126,131,826	72,690,745
No corriente	6,174,240	2,622,566

(1) El detalle de las cuentas por cobrar corrientes por cliente en el año 2025 es el siguiente:

Entidad	Cuentas por cobrar por radicar (*)	Facturación radicada
EPS Suramericana S. A.	17,099,536	25,206,538
Unión Temporal	10,172	3,628,815
Coosalud Entidad Promotora de Salud S. A.	6,245,615	25,783,500
Sanitas EPS	19,877	481,565
Salud Total EPS S. A.	-	424,120
Alianza Medellín Antioquia EPS	9,413,496	34,375,347
Compañía suramericana de seguros	534,694	432,478
Uroclin S.A.S.	324,836	978,480
Secretaria Seccional De Salud	28,209	751,663
Colsanitas MP	149,383	125,437
Bristol Myers squib	111,878	30,232
Coomeva Medicina Prepagada	240,381	328,355
Merck Sharp & Domhe Colombia	576,968	3,217
Comfachoco Caja de Compensación Familiar	3,244,323	-
Imagenes De Vida Y Salud S.A.S.	7	64.354
Demás entidades	1,719,515	9,303,362
Total	**39,718,890**	**101,917,463**

En 2024 el detalle fue el siguiente:

Entidad	Cuentas por cobrar por radicar (*)	Facturación radicada
EPS Suramericana S. A.	10,925,221	18,084,708
Unión Temporal	27,572	4,186,636
Coosalud Entidad Promotora de Salud S. A.	7,496,359	11,821,250
Sanitas EPS	14,585	1,069,769
Salud Total EPS S. A.	1,264	408,244
Alianza Medellín Antioquia EPS	1,819,654	11,575,225
Compañía suramericana de seguros	197,747	227,869
Uroclin S.A.S.	118,920	557,371
Secretaria Seccional De Salud	28,209	751,663
Colsanitas MP	72,317	92,210
Bristol Myers squib	42,651	119,272
Coomeva Medicina Prepagada	117,817	305,865
Merck Sharp & Domhe Colombia	667,991	47,929
Comfachoco Caja de Compensación Familiar	1,819,062	977,347
Imagenes De Vida Y Salud S.A.S	-	82,389
Demás entidades	832,340	7,218,007
Total	**24,181,709**	**57,525,754**

(*) Incluye los cargos por facturar de los pacientes acostados y ciclos de quimioterapias en curso, centro de investigación y laboratorio de patología por $23,291,555 (2024 $8,069,672)

(2) Incluye seguros pagados por anticipado por $198,900 (2024 -$147,651); reclamaciones por cobrar a EPS 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 (Union temporal conciencia Rosa $978.365, Sociedad médica Rionegro $ 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 La 80 y reparaciones, adecuaciones y otros recurrentes.

(4) El movimiento del deterioro de cartera por los años que terminaron al 31 de diciembre es el siguiente:

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Saldo inicial	**7,147,437**	**6,336,178**
Gasto deterioro	5,643,178	3,178,658
Castigo de cartera	(1,730,806)	(2,367,399)
Saldo final	**11,059,809**	**7,147,437**

La composición del deterioro de cartera fue como se detalla a continuación:

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Cafesalud EPS (a)	2,835,849	2,848,985
EPS Suramericana S. A.(b)	630,360	831,995
Cruz blanca EPS S. A. (c)	637,763	639,455
Secretaría Secciona de Salud (d)	375,831	751,289
Coomeva (e)	364,060	364,060
Alianza Medellín Antioquia EPS (f)	1,274,407	804,421
Coosalud Entidad Promotora de Salud S. A. (g)	3,400,431	214,626
Salud Total EPS S. A.	198,565	241,874
Otras entidades (h)	1,342,543	450,732
	11,059,809	**7,147,437**

El deterioro de la cartera por cliente fue el siguiente:

(a) Cafesalud EPS: liquidada y en proceso ejecutivo, en febrero 2022 declararon estado de desequilibrio económico, razón por la cual pasó a ser operada por ATEB Soluciones, sin más notificaciones expresas del proceso, y desde entonces han realizado pagos por $13.136. Se deterioró el 100% de la cartera al 31 de diciembre de 2025 por $2,835,849.

(b) EPS Suramericana S. A.: se deterioró $630,360, donde su participación mayor se debe PBS.

(c) Cruz blanca EPS S. A.: corresponde al valor pendiente reconocido en la resolución 592/2020. En febrero del 2022 declararon estado de desequilibrio económico, razón por la cual pasó a ser operada por ATEB Soluciones y desde la fecha se han recibo pagos por $131,550. Se deterioró el 100% del saldo de cartera por $637,763.

(d) Secretaría Secciona de Salud: se deterioró las cuentas de Diocelina Mantilla, paciente que en auditorías de la Secretaría figura como compensada a SaludCoop EPS y el riesgo de pérdida es alto, por lo cual se determinó clasificarlo en un riesgo E 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: El 24 de enero de 2024, mediante Resolución L002, se declaró terminada su existencia legal.

(f) Alianza Medellín Antioquia EPS: se calculó deterioro del 67% a la cartera vencida a más de 360 días por $1.274,407 considerando la toma de posesión e intervención por la Supersalud.

(g) Coosalud Entidad Promotora de Salud S. A.: se calculo el deterioro del 52% a la cartera vencida a más de 360 días por valor de $ 6.497.610 considerando el riesgo en la recuperación con esta entidad

(h) Otras entidades: la administración de acuerdo con las políticas sobre deterioro de cartera realiza un análisis individual por cada cliente, en donde se evalúan factores como incumplimientos en los pagos, procesos de liquidación, intervención por parte de entidades del estado, concordato, reestructuración y dificultades económicas del sector salud.

6. INVENTARIOS, NETO

El saldo de los inventarios, neto comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Medicamentos y material médico quirúrgico	11,593,358	5,531,285
Deterioro (*)	(18,315)	(79,521)
	11,575,042	**5,451,764**

Las cuentas de inventarios son reconocidas por su costo histórico y son valoradas por el método de costo promedio. La Fundación realiza toma física de inventarios mensual para asegurar la existencia.

(*) El movimiento del deterioro de inventarios por los años que terminaron al 31 de diciembre es el siguiente:

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Saldo inicial	79,521	79,521
Recuperación de deterioro	(61,206)	-
	18,315	**79,521**

7. PROPIEDADES Y EQUIPO, NETO

El saldo de las propiedades y equipo comprendía:

Concepto	Terrenos	Edificaciones	Maquinaria y equipo	Equipo de oficina	Equipo de cómputo y comunicaciones	Maquinaria y equipo médico	Equipo de transporte	Total
Costo al 31 de diciembre de 2024	**27,788,684**	**110,817,261**	**2,226,229**	**2,371,882**	**1,048,513**	**13,024,054**	**136,500**	**157,413,123**
Anticipos (*)	-	2,447,169	-	2,713	-	183,095	-	2,632,977
Adiciones	-	-	114,756	47,182	916,254	1,443,863	-	2,522,055
Amortizaciones de mejoras	-	(473,418)	(4,287)	(129,948)	-	-	-	(607,653)
Reclasificaciones	-	-	(71,056)	92,032	(18,374)	(27,410)	-	(24,808)
Costo al 31 de diciembre de 2024	**27,788,684**	**112,791,012**	**2,265,642**	**2,383,861**	**1,946,393**	**14,623,602**	**136,500**	**161,935,694**
Anticipos (*)	-	2,651,852	-	-	-	1,440,000	-	4,091,852
Adiciones	-	5,749,867	351,208	1,811,292	230,504	1,086,448	269,900	9,499,219
Amortizaciones de mejoras	-	(473,418)	(4,287)	(129,949)	-	-	-	(607,654)
Reclasificaciones	-	(2,731,888)	(63,884)	(1,458,180)	(7,259)	(183,095)	-	(4,444,306)
Costo al 31 de diciembre de 2025	**27,788,684**	**117,987,425**	**2,548,679**	**2,607,024**	**2,169,638**	**16,966,955**	**406,400**	**170,474,805**
Depreciación y pérdidas por deterioro del valor acumulado al 1 de enero de 2024	**-**	**(6,562,162)**	**(1,458,765)**	**(932,980)**	**(674,941)**	**(5,020,229)**	**(28,284)**	**(14,677,361)**
Gasto por depreciación 2024	-	(1,454,451)	(148,519)	(480,663)	(206,020)	(1,021,565)	(14,757)	(3,325,975)
Depreciación y pérdidas por deterioro del valor acumulado al 31 de diciembre de 2024	**-**	**(8,016,613)**	**(1,607,284)**	**(1,413,643)**	**(880,961)**	**(6,041,794)**	**(43,041)**	**(18,003,336)**
Gasto por depreciación 2025	-	(1,955,766)	(118,973)	(214,413)	(323,793)	(1,153,484)	(82,232)	(3,848,661)
Depreciación y pérdidas por deterioro del valor acumulado al 31 de diciembre de 2025	**-**	**(9,972,379)**	**(1,726,257)**	**(1,628,056)**	**(1,204,754)**	**(7,195,278)**	**(125,273)**	**(21,851,997)**
Valor neto en libros al 31 de diciembre de 2024	**27,788,684**	**104,774,399**	**658,358**	**970,218**	**1,065,432**	**8,581,808**	**93,459**	**143,932,358**
Valor neto en libros al 31 de diciembre de 2025	**27,788,684**	**108,015,046**	**822,422**	**978,968**	**964,884**	**9,771,677**	**281,127**	**148,622,808**

(*) En el año 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 mezclas que se encuentran en ejecución para apertura en los primeros meses del año de 2026. En el año 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 legalizados e incorporados como activos fijos en el año 2025

Al 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.

En el año 2023 la Fundación realizó 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. El avalúo fue contratado con RT Consultores Inmobiliarios S. A. S.

8. ACTIVOS INTANGIBLES, NETO

El saldo del intangible comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Licencias y software	2,831,687	2,285,485
Amortización acumulada	(2,330,312)	(2,141,422)
	501,375	**144,063**

El gasto de amortización en 2025 fue $188,891 (2024 - $171,767). En el año 2025 de compraron licencias por $546,198.

9. OBLIGACIONES FINANCIERAS

El saldo de las obligaciones financieras comprendía al 31 de diciembre de 2025:

Referencia crédito	Banco	Tipo de crédito	Tasa	Plazo	Periodo de gracia	Fecha inicial	Fecha de vencimiento	Porción corriente	Porción no corriente	Saldo final 2025
5980073216	Bancolombia	Operación específica - Ordinaria	DTF+4,10	72	36	2021/05/10	2026/12/10	504,717	-	504,717
413265972	Bancolombia	Operación específica - cesantías	IBR NAMV+2,885%	12	0	2025/02/10	2026/02/10	566,667	-	566,667
142468-8	Banco itau	Leasing	IBR+3.330MV%	60	0	2025/09/25	2030/09/25	288,000	1,133,801	1,421,801
1811307410-8	Banco Popular	Leasing	IBR 1MM+3,4MV	48	0	2024/12/10	2028/12/10	67,475	147,331	214,806
1811307257-1	Banco Popular	Operación específica – Findeter	IBR 1MM+2,4MV	36	0	2024/02/28	2027/02/28	982,222	163,704	1,145,926
001-03 0001016321	Banco Davivienda	Leasing	IBR+4,30%	145	36	2022/03/25	2034/03/25	6,620,690	69,014,682	75,635,372
Tarjeta de crédito	Bancolombia y Davivienda	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	724	-	724
							TOTAL	**9,030,495**	**70,459,518**	**79,490,013**

Saldos de las obligaciones financieras comprendía al 31 de diciembre de 2024:

Referencia crédito	Banco	Tipo de crédito	Tasa	Plazo	Periodo de gracia	Fecha inicial	Fecha de vencimiento	Porción corriente	Porción no corriente	Saldo final 2024
5980073216	Bancolombia	Operación específica - Ordinaria	DTF+4,10	72	36	2021/05/10	2026/12/10	546,495	464,940	1,011,435
5980076196	Bancolombia	Operación específica - Findeter	IBR NAMV+1,9%	36	0	2022/03/10	2025/03/10	303,000	-	303,000
4900085350	Bancolombia	Operación específica - Cesantías	IBR NAMV+0,787%	12	0	2024/02/09	2025/02/09	287,909	-	287,909
4900085352	Bancolombia	Operación específica - cesantías	IBR NAMV+2,885%	12	0	2024/02/09	2025/02/09	241,623	-	241,623
1811306635-8	Banco Popular	Operación específica - Findeter	IBR MES+ 0,65%	36	0	2022/03/09	2025/03/09	416,667	-	416,667
1811307257-1	Banco Popular	Operación específica – Findeter	IBR 1MM+2,4MV	36	0	2024/02/28	2027/02/28	982,222	1,145,926	2,128,148
001-03 0001016321	Banco Davivienda	Leasing	IBR+4,30%	145	36	2022/03/25	2034/03/25	6,620,690	73,379,310	80,000,000
Contrato de transacción	Municipio de Medellín	Contrato de transacción	10.4% E.A.	36	0	2022/08/01	2025/07/01	1,531,640	-	1,531,640
Tarjeta de crédito	Bancolombia y Davivienda	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	12,213	-	12,213
							TOTAL	**10,942,459**	**74,990,176**	**85,932,635**

10. CUENTAS POR PAGAR COMERCIALES Y OTRAS CUENTAS POR PAGAR

El saldo de las cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar al 31 de diciembre comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	**2024**
Proveedores (1)	101,667,785	57,903,727
Honorarios médicos	5,379,471	4,881,831
Arrendamientos	601,843	258,302
Otras cuentas por pagar (2)	902,154	583,254
Otros costos y gastos por pagar	257,350	161,000
Servicios públicos	-	194
Seguros	30,940	-
	108,839,543	**63,788,308**

(1) Corresponde a compras de bienes y servicios realizados con los siguientes proveedores:

Terceros	2025	2024
Productos Roche S. A.	16,006,161	13,214,895
Imágenes de Vida y Salud S. A. S.	4,425,684	3,644,787
Merck Sharp & Dohme Colombia S. A.	17,683,006	7,596,190
Amgen Biotecnológica S. A. S.	3,472,552	2,198,208
Bristol Myers Squibb de Colombia S. A.	9,910,067	6,733,883
Inversiones Todo Drogas S. A. S.	3,368,254	1,812,471
Diagnóstico y Asistencia Médica S. A.	3,699	5,382
Instituto de Cancerología	-	72,114
Msn Labs Américas S.A.S.	150,742	119,898
Ronelly S. A.	705,445	557,669
Cruz Roja Colombiana Seccional Antioquia	1,880,870	1,362,626
Industria metálicas los pinos	58,143	52,239
UT Lime Américas S.A.S.	701,302	252,615
Cedimed S. A.	829,213	350,142
Liberty networks de Colombia S.A.S.	69,123	38,355
Axon dispositivos médicos S.A.S.	160,290	145,154
Gencell Pharma S.A.S.	276,208	128,097
Medicamentos y suministros hospitalarios S.A.	134,590	58,601
Power medical S.A.S.	248,208	112,410
Teleflex Medical Colombia S.A.S.	296,931	104,499
Distrimedical S.A.S.	233,494	43,125
Tecnologias Medicas Colombia S.A.S.	450,565	163,993
Biosidus Colombia S.A.S.	9,896	254,073
Asesores Bio científicos asociados S.A.S.	564,780	215,822
Baxalta Cilag S. A. S.	-	1,960,121
Laboratorio Médico Echavarría	23,797	96,290
Janssen Cilag S. A.	3,116,723	1,469,699
Servicio de tecnilavado S.A.S.	323,877	164,566
Eli Lilly Inter américa Inc.	1,188,867	603,090
Med Tronic Colombia S. A.	3,306,340	1,368,942
Limpieza y mantenimiento de Antioquia S. A. S.	1,325,734	351,247
Laboratorios Baxter S. A.	655,478	425,421
Fresenius Kabi Colombia S. A.	2,304,624	413,679
Expertos Seguridad Ltda.	402,226	198,143
Astrazeneca Colombia S. A.	1,866,664	1,022,090
Recuperar S. A. S.	-	342,703
Novartis de Colombia S. A.	1,604,132	1,003,698
Al Pharma S. A.	572,803	257,313
Pfizer S. A.	2,235,992	1,486,279
Merck S. A.	458,182	546,890
San Agustín Eventos y Turismo S. A. S.	933,470	566,010
Unidad de Oncología Hospital Manuel Uribe	2,197,717	854,581
RP Médicas	668,692	416,943
Health net S.A.S.	1,572,019	650,188
Farmaceres S.A.	1,243,054	301,013
Adium S.A.S	462,929	298,669
Becton Dickinson de Colombia Ltda.	464,396	275,989
Representaciones Farmacéuticas Galex	148,709	254,073

Terceros	2025	2024
Immunopat S.A.S	-	163,533
Insumos clínicos y hospitalarios	214,600	152,723
Gases industriales de Colombia S.A.	119,766	138,516
Alfa trading S.A.S.	304,104	123,030
Medinistros S.A.S.	285,305	122,089
B Braun medical S.A.S	107,607	121,001
Laboratorio Dr. Juan Manuel González Calle S. A. S	291,073	325,778
Otros terceros	11,629,682	2,192,172
	101,667,785	**57,903,727**

Los proveedores son de carácter corriente y se cancelan de acuerdo con los plazos establecidos con los terceros.

(2) Corresponde a los anticipos recibidos de pacientes en proceso de conciliación y legalización.

11. PASIVO POR IMPUESTOS

El saldo de pasivos por impuestos comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	2024
Retención en la fuente por pagar	877,255	714,517
Impuesto sobre la renta por pagar (Nota 21)	191,366	228,362
Retención Industria y comercio	1,671	34,009
Impuesto de Industria y comercio	308,587	2,017
Impuesto a las ventas y gravámenes y tasas	23,793	86,343
	1,402,672	**1,065,248**

12. BENEFICIOS A EMPLEADOS

El saldo de los beneficios a empleados comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	2024
Retenciones y aportes de nómina – seguridad social	2,471,434	1,990,097
Salarios	65,510	42,114
Cesantías	4,621,218	4,029,075
Intereses a las cesantías	533,104	465,100
Vacaciones	2,247,777	1,970,684
Prima de vacaciones	657,727	677,534
	10,596,770	**9,174,604**

13. PASIVOS ESTIMADOS

El saldo de pasivos estimados comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	2024
Procesos jurídicos	**-**	**80,000**

14. RESERVAS

El saldo de las reservas comprendía:

	31 de diciembre de	
	2025	2024
Reservas ocasionales	**56,260,128**	**50,859,536**

Las constituciones de estas reservas fueron aprobadas por la Asamblea General de Fundadores.

15. INGRESO DE ACTIVIDADES ORDINARIAS

El saldo de los ingresos de actividades ordinarias comprendía:

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Urgencias	5,416,051	4,589,959
Consulta externa	9,050,869	7,799,756
Hospitalización	78,401,859	65,955,066
Cirugía	66,020,165	59,059,416
Apoyo diagnóstico	50,244,137	40,092,945
Apoyo terapéutico	166,420,880	150,944,864
Otras actividades de salud humana	4,946,556	3,985,947
Devoluciones y descuentos	(191,391)	(2,338,584)
	380,309,126	**330,089,369**

16. COSTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El saldo de los costos de prestación de servicios comprendía:

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Urgencias	7,588,368	7,165,658
Consulta externa	26,065,930	17,810,583
Hospitalización	72,511,647	64,538,149
Cirugía	57,449,816	51,797,940
Apoyo diagnóstico	47,485,457	40,451,853
Apoyo terapéutico	100,774,955	103,551,062
Otras actividades de salud humana	4,141,016	2,655,187
Descuentos y rebates	(1,011,463)	(2,847,795)
	315,005,726	**285,122,637**

17. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

El saldo de los gastos de administración comprendía:

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Personal	17,532,807	15,819,910
Honorarios	1,939,098	1,566,427
Impuestos tasas y gravámenes	721,568	155,686
Arrendamientos	1,315,792	1,247,123
Contribuciones y afiliaciones	39,144	19,572
Servicios	433,467	860,615
Seguros	935,594	456,525
Legales	62,954	48,182
Mantenimientos y reparaciones	372,241	164,072
Gastos de viaje	115,043	30,501
Depreciaciones	306,240	157,923
Amortizaciones	75,096	17,336
Deterioro de cartera	5,681,446	3,178,658
Otros y diversos	1,540,971	1,663,543
	31,071,461	**25,386,073**

18. GASTOS DE DISTRIBUCIÓN Y VENTAS

El saldo de los gastos de distribución y venta comprendía:

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Personal	**1,283,836**	**1,131,136**

19. OTROS INGRESOS, NETO

El saldo de otros ingresos y gastos comprendía:

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Otros ingresos		
Arrendamientos	1,085,025	2,957,649
Recuperaciones	631,222	751,278
Indemnizaciones	651,962	569,587
Rendimientos Financieros	315,851	364,231
Otros y diversos	1,487,961	1,616,840
Total otros ingresos	**4,172,021**	**6,259,585**
Otros gastos		
Diversos	(344,021)	(2,324,481)
Total otros gastos	**(344,021)**	**(2,324,481)**
	3,828,000	**3,935,104**

20. GASTOS FINANCIEROS

El saldo de los gastos financieros comprendía:

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Gastos bancarios	853,398	831,724
Intereses obligaciones financieras	11,061,123	13,399,584
Descuentos comerciales condicionados	3,104,133	1,989,249
	15,018,654	**16,220,557**

21. PROVISIÓN PARA IMPUESTO SOBRE LA RENTA

A continuación, se detalla la provisión del impuesto sobre la renta ordinaria de los años:

	Al 31 de diciembre	
	2025	2024
Excedente antes de impuestos	**22,714,277**	**6,164,070**
Gastos no procedentes		
- Gastos no procedentes	(956,828)	(1,141,811)
Total, gastos no procedentes	**(956,828)**	**(1,141,811)**
Renta exenta	**21,757,449**	**7,305,881**
Renta líquida gravable	**956,828**	**1,141,811**
Impuesto renta – tarifa del 20%	191,366	228,362
Saldo por pagar	**191,366**	**228,362**

La Autoridad Tributaria en el año 2025 no realizó ninguna fiscalización sobre la declaración del impuesto de renta del año 2024 que fue presentada el 10 de abril de 2025

La Fundación, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, es contribuyente del régimen tributario especial del impuesto sobre la renta y complementarios. Las disposiciones fiscales aplicables estipulan que las fundaciones estarán exentas del impuesto sobre la renta y complementarios siempre y cuando su excedente se destine y ejecute dentro del año siguiente al de su obtención, o dentro de los plazos adicionales establecidos por el máximo órgano directivo, a una o varias de las actividades para las cuales está constituida la Fundación, siempre y cuando las mismas sean de interés general y que a ellas tenga acceso la comunidad, en los términos del artículo 2 del Decreto 4400. La destinación total del beneficio neto se deberá aprobar previamente a la presentación de la declaración del impuesto sobre la renta y complementario del respectivo período gravable. La destinación del excedente contable, en todo o en parte, en forma diferente a lo expresado en el párrafo anterior, hará gravable la totalidad del beneficio neto o excedente fiscal determinado, sin que sea posible afectarlo con egreso, ni con descuento alguno. La 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 ánimo de lucro no tomarán como deducible las compras de activos fijos realizadas durante el año. Por lo anterior se toma como deducible el gasto por depreciación de los activos comprados a partir de 2017.

A 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**

De las declaraciones del año 2020, 2021, 2022 y 2023 la Autoridad Tributaria no ha iniciado procesos de revisión. Del 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

Las transacciones realizadas por la Fundación con partes relacionadas incluyeron transacciones con miembros de junta directiva, socios fundadores, directivos y partes relacionadas.

Durante los años terminados al 31 de diciembre, las transacciones con partes relacionadas comprendían:

a) Prestación de servicios imágenes diagnósticas

Cuentas por pagar:

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
Imágenes de Vida y Salud S. A. S.	4,425,684	3,644,787
Laboratorio Dr. Juan Manuel González Calle S. A. S.	291,073	325,778

Estos valores se encuentran registrados en proveedores y

Compras y servicios:

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
Imágenes de Vida	16,504,398	16,258,093
Laboratorio Dr. Juan Manuel González Calle S. A. S.	1,478,889	1,495,796

Cuentas por cobrar:

	Al 31 de diciembre	
	2025	**2024**
Imágenes de Vida y Salud S. A. S	64,361	82,389

Este 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

Informe del Revisor Fiscal sobre el cumplimiento por parte de los administradores de las disposiciones estatutarias y de las órdenes e instrucciones de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes y sobre la existencia de adecuadas medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la entidad o de terceros que estén en poder de la Fundación

A los señores miembros de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes de
Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

Descripción del Asunto Principal

En desarrollo de mis funciones de Revisor Fiscal de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida y en atención a lo establecido en los Numerales 1 y 3 del Artículo 209 del Código de Comercio, me es requerido informar a la Asamblea General de Fundadores y Adherentes si durante el año terminado el 31 de diciembre de 2025 en la Entidad 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 Entidad de las disposiciones estatutarias y de las órdenes e instrucciones de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes.

Los criterios considerados para la evaluación de los asuntos mencionados en el párrafo anterior comprenden: a) los estatutos de la Entidad, las actas de Asamblea General de Fundadores y Adherentes y las disposiciones legales y reglamentarias bajo la competencia de mis funciones como Revisor Fiscal; y b) los componentes del sistema de control interno que la dirección y los responsables del gobierno de la Entidad consideran necesarios para la preparación adecuada y oportuna de su información financiera.

Responsabilidad de la Administración

La Administración de la Entidad 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 Asamblea General de Fundadores y Adherentes.

Para dar cumplimiento a estas responsabilidades, la Administración 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 Administración seguridad razonable, pero no absoluta, de la salvaguarda de los activos contra pérdida por el uso o disposición no autorizado, que las operaciones de la Entidad 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 Información Financiera Aceptadas en Colombia.

Responsabilidad del Revisor Fiscal

Mi responsabilidad como Revisor Fiscal es realizar 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 Entidad se ajustan a los estatutos y a las órdenes o instrucciones de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes y sobre si hay y son adecuadas las medidas de control interno establecidas por la Administración de la Entidad para salvaguardar sus activos o los de terceros en su poder.

Llevé a cabo mis funciones de conformidad con las normas de aseguramiento de la información aceptadas en Colombia. Estas normas requieren que cumpla con requerimientos éticos y de independencia establecidos en el Decreto 2420 de 2015, los cuales están 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 Entidad de los estatutos y las órdenes o instrucciones de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes, y sobre si hay y son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la Entidad o de terceros que estén en poder de la Entidad al 31 de diciembre de 2025 y por el año terminado en esa fecha, en todos los aspectos importantes de evaluación, y de conformidad con la descripción de los criterios del asunto principal.

La Firma de contadores a la cual pertenezco y de la cual soy designado como Revisor Fiscal de la Entidad, aplica el Estándar Internacional de Control de Calidad No. 1 y, en consecuencia, mantiene un sistema comprensivo de control de calidad que incluye políticas y procedimientos documentados sobre el cumplimiento de los requisitos éticos, las normas profesionales y los requisitos legales y reglamentarios aplicables.

Procedimientos de aseguramiento realizados

Las mencionadas disposiciones de auditoría requieren que planee y ejecute procedimientos de aseguramiento para obtener una seguridad razonable de que los controles internos implementados por la Entidad son diseñados y operan efectivamente. Los procedimientos de aseguramiento seleccionados dependen del juicio del Revisor 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 Entidad. Los procedimientos ejecutados incluyeron pruebas selectivas del diseño y operación efectiva de los controles que consideré necesarias en las circunstancias para proveer una seguridad razonable que los objetivos de control determinados por la Administración de la Entidad son adecuados.

Los procedimientos de aseguramiento realizados fueron los siguientes:

- Revisión de los estatutos de la Entidad y actas de Asamblea General de Fundadores y Adherentes y otros órganos de supervisión, con el fin de verificar el adecuado cumplimiento por parte de los administradores de la Entidad de dichos estatutos y de las decisiones tomadas por la Asamblea General de Fundadores y Adherentes.

- Indagaciones con la Administración sobre cambios o proyectos de reformas a los estatutos de la Entidad durante el período cubierto y validación de su implementación.

- Comprensión y evaluación de los componentes de control interno sobre el reporte financiero de la Entidad, tales como: ambiente de control, valoración de riesgos, información y comunicación, monitoreo de controles y actividades de control.

- Comprensión sobre cómo la Entidad ha respondido a los riesgos emergentes de los sistemas de información.

- Comprensión y evaluación del diseño de las actividades de control relevantes y su validación para establecer que las mismas fueron implementadas por la Entidad y operan de manera efectiva.

Considero que la evidencia de auditoría que obtuve es suficiente y apropiada para proporcionar una base para la conclusión que expreso más adelante.

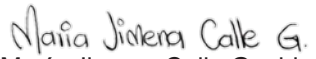
Limitaciones inherentes

Debido a sus limitaciones inherentes, el control interno sobre información financiera puede no prevenir o detectar incorrecciones materiales debido a fraude o error. Así 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 período. Adicionalmente, las proyecciones de cualquier evaluación de la efectividad del control interno a periodos futuros están sujetas al riesgo de que los controles se vuelvan inadecuados debido a cambios en las condiciones, o que el grado de cumplimiento de las políticas o procedimientos pueda deteriorarse.

Conclusión

Con base en la evidencia obtenida del trabajo efectuado y descrito anteriormente, y sujeto a las limitaciones inherentes planteadas, concluyo que, durante el año terminado el 31 de diciembre de 2025, los actos de los administradores de la Entidad se ajustan a los estatutos y a las órdenes o instrucciones de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes, y existen y son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la Entidad o de terceros que están en su poder.

Este informe se emite con destino a los señores miembros de la Asamblea General de Fundadores y Adherentes de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, para dar cumplimiento a los requerimientos establecidos en los Numerales 1 y 3 del Artículo 209 del Código de Comercio, y no debe ser utilizado para ningún otro propósito.



María Jimena Calle Gaviria
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 303940-T
Designado por PwC Contadores y Auditores S. A. S.
6 de marzo 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

www.pwc.com/co

6 de marzo del 2026

Señora:
María Jimena Calle Gaviria
PwC Contadores y Auditores S. A. S.

Apreciados señores:

Esta carta de representación se proporciona en relación con su auditoría de los estados financieros individuales por el ejercicio contable terminado el 31 diciembre de 2025, los cuales comprenden el Estado 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 año terminado en esa fecha y el resumen de las principales políticas contables y otras notas explicativas (en adelante, los estados financieros), de Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida (en adelante, la Compañía) con el propósito de expresar una opinión sobre si los estados financieros individuales presentan razonablemente, en todos los aspectos materiales, la situación financiera y los resultados de sus operaciones y los flujos de efectivo de la Compañía de acuerdo con Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia.

Confirmamos a nuestro mejor saber y entender, al 6 de marzo de 2026, fecha de su informe, las siguientes representaciones que se le hicieron durante su auditoría, habiendo realizado las investigaciones que consideramos necesarias para informarnos adecuadamente:

1. Reconocemos y confirmamos que hemos cumplido con nuestra responsabilidad, según lo establecido en nuestra carta compromiso de 10 de febrero de 2025 para la preparación y presentación razonable de los estados financieros individuales de acuerdo con Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia, incluida la adecuada selección y aplicación de políticas contables.

2. Los estados financieros individuales mencionados anteriormente se presentan fielmente de acuerdo con Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas 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 está sujeta la Compañía.

3. Todas las transacciones han sido registradas en los registros contables y se encuentran reflejadas en los estados financieros individuales de la Compañía.

4. Los métodos, las suposiciones significativas y los datos utilizados 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 Información Financiera Aceptadas en Colombia.

5. Todos los eventos posteriores a la fecha de los estados financieros individuales y para los cuales las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas 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 Compañía sobre la base que la Compañía puede continuar como una empresa en funcionamiento. No existen condiciones o eventos, considerados en conjunto, que planteen dudas sustanciales sobre la capacidad de la Compañía para continuar como empresa en funcionamiento dentro de un año después de la fecha en que los estados financieros individuales son emitidos.

8. Hemos puesto a su disposición:

   a. Acceso 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. Información adicional que nos ha solicitado para el fin de la auditoría.
   c. Acceso sin restricción a las personas de la Compañía de las que consideró necesario para obtener evidencia de auditoría.
   d. Todas las actas de Junta Directiva y Miembros Fundadores y Adherentes; resúmenes de actas recientes, incluso aquellas que existen en borrador y que aún no han sido preparadas. La última acta de la Junta Directiva puesta a su disposición fue la No. 302 del 04 de diciembre de 2025 y la última acta de Miembros Fundadores y Adherentes 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). Todas 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, según fue necesario. No hubo diferencias sustanciales no conciliadas o partidas importantes de la cuenta de suspenso del libro mayor general que deberían 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 deberían 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 utilizado inteligencia artificial (incluyendo Inteligencia Artificial Generativa Gen IA) 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 tenían el potencial de ser, materiales.

12. La Compañía 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. La Compañía tiene títulos satisfactorios de los activos de su propiedad y no hay embargos o restricciones sobre tales activos, ni hay ningún activo que haya sido entregado en prenda como colateral, distintos de los revelados en los estados financieros individuales.

14. La contabilidad de la Compañía 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 Miembros Fundadores y Adherentes y Junta Directiva.

15. La correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas y de registro de acciones se llevan y se conservan debidamente.

16. Existe 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. La información contenida en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, en particular la relativa a los afiliados y a sus ingresos base de cotización, ha sido apropiadamente contabilizada y cuenta con los soportes contables. La Compañía no se encuentra en mora por concepto de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

18. Confirmamos que la totalidad de la información que suministramos a ustedes durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 6 de marzo de 2026, para el desarrollo de su trabajo como revisores fiscales ha sido devuelta a nosotros a entera satisfacción.

19. La información entregada de forma virtual fue tomada de los documentos originales que reposan en poder de la compañía y que previamente a ser enviados a ustedes fueron validados por la administración siendo veraz y confiable.

20. La Compañía 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

Reconocemos que:

22. Es responsabilidad de la administración diseñar, 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. Existen medidas adecuadas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la Compañía y los de terceros que están en su poder.

24. Les hemos comunicado todas las deficiencias en el control interno de las cuales tenemos conocimiento.

25. No utilizamos ninguna instancia de inteligencia artificial en el diseño, implementación y mantenimiento del control interno relevante para la preparación y presentación razonable de los estados financieros individuales.

26. Reconocemos y confirmamos que comprendemos su responsabilidad, tal como se establece en nuestra carta de compromiso de 10 de febrero de 2025, de comprender el diseño y la implementación del control interno de la Compañía 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 leyes y regulaciones

27. Reconocemos nuestra responsabilidad por el diseño, implementación y mantenimiento del control interno para prevenir y detectar fraude.

28. Le hemos revelado toda la información que conocemos, en relación con fraude o sospecha de fraude, y que puede afectar la Compañía, e involucra:
    - La gerencia.
    - Empleados que tienen un rol importante en el control interno.
    - Otros donde el fraude puede tener un efecto material en los estados financieros individuales.

29. Le 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 Compañía.

30. Le 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. Les 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. Le hemos revelado la identidad de las partes relacionadas de la Compañía y todas las relaciones con partes relacionadas y las transacciones de las que tenemos conocimiento.

33. Las relaciones y transacciones con partes relacionadas han sido apropiadamente contabilizadas y reveladas de acuerdo con Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia; incluyendo ventas, compras, préstamos, transferencias, contratos de arrendamientos, valores por cobrar o por pagar a partes relacionadas. Garantías, sean orales o escritas, bajo las cuales la Compañía es un acreedor contingente.

Litigios y reclamaciones

Le hemos dado a conocer:

34. Les 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 contabilizados y revelados de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia.

35. Los asesores legales con los cuales la Compañía tenía relaciones comerciales al 31 de diciembre de 2025 los cuales se detallan a continuación: Alzate Blair Abogados S.A.S.

Con relación a los estados financieros individuales confirmamos que:

36. Los estados financieros de la Compañía han sido preparados de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia, fundamentadas en las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), junto con sus interpretaciones, marco de referencia conceptual, los fundamentos de conclusión y las guías de aplicación autorizadas y emitidas por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB por sus siglas en inglés) en las versiones de español que han sido incorporadas a la normatividad colombiana por el Gobierno 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 Estado.

37. Somos responsables de todas las estimaciones y juicios importantes que afecten a los estados financieros individuales. Los métodos, los datos subyacentes y los supuestos importantes utilizados en el desarrollo de estimaciones contables y las revelaciones relacionadas son razonables y apropiados para lograr el reconocimiento, la medición o la revelación en los estados financieros individuales de acuerdo con Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia. Los métodos usados en el desarrollo de estimaciones contables se han aplicado de manera consistente en los períodos presentados y los datos usados en el desarrollo de estimaciones contables son precisos y completos. Las estimaciones y juicios contables reflejan adecuadamente la intención y la capacidad de la gerencia para llevar a cabo cursos de acción específicos, cuando sea relevante. No ha habido eventos posteriores que requieran el ajuste de estimaciones significativas y revelaciones relacionadas.

38. Las cuentas por cobrar clasificadas como corrientes no incluyen ningún monto material que sea cobrable después de un año. Todas las cuentas por cobrar se han reducido adecuadamente mediante descuentos, incentivos, cancelaciones y la provisión para cuentas de cobro dudoso.

39. Las cantidades de inventario en la fecha del Estado de Situación Financiera se determinaron a partir de conteos físicos o de registros de inventario perpetuo, que se han ajustado sobre la base de inventarios físicos realizados por empleados competentes en 29 de noviembre de 2025. El inventario ha sido medido al menor entre el costo y el valor neto realizable de acuerdo con los principios contables aplicables.

40. Todas las obligaciones de la Compañía 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, así como todas las contingencias que conocemos han sido reveladas en las correspondientes notas de acuerdo con Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas 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 Información Financiera Aceptadas en Colombia.

41. Lo siguiente, si es importante, se ha registrado o revelado correctamente en los estados financieros individuales:

    a. Relaciones y transacciones con partes relacionadas, como se describe en las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia, información a revelar sobre partes relacionadas, incluidas ventas, compras, préstamos, transferencias, acuerdos de arrendamiento y garantías, y montos por cobrar o por pagar a partes relacionadas.
    b. Garantías, escritas u orales, bajo las cuales la Compañía es responsable de manera contingente.
    c. Estimaciones significativas.

42. Los estados financieros individuales y sus notas revelan todos los asuntos de los cuales estamos conscientes son relevantes para la continuidad de la Compañía como negocio en marcha, incluyendo condiciones y eventos significativos, así como acuerdos y planes.

43. A la fecha de esta carta no tenemos conocimiento de que haya ocurrido ningún 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 año finalizado 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, algún cambio de importancia, adverso o de otra naturaleza, en la situación financiera o en los resultados de operación de la Compañía.

Atentamente,

David Mejía Zapata
Representante Legal

Germán de Jesús Garzón Rios
Dirección de Contabilidad

Paula Tatiana López Ríos
Gerente Financiera

Anexo I

Summary of Uncorrected Mistatements SUM

Summary of Uncorrected Misstatements - Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

Uncorrected

Entry #	Title/Description	Account	DR / (CR)								Generated / (Used)		
			Assets		Liabilities		Equity	Opening Equity	Other comprehensive income	Net income	Cash Flows		
			Current	Non current	Current	Non current					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	129.869.479	70.459.519	96.558.240	-	-	21.566.083	0	0	0
	Percentage		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#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