



Los Nogales  
Clínica

# Informe de Gestión 2022

Científicamente **avanzados**,  
humanamente **cálidos**.



efr



[www.clinicanogales.com](http://www.clinicanogales.com)



# TABLA DE CONTENIDO

- Gestión del Servicio..... 8
- Gestión de Calidad..... 13
- Mejoramiento Institucional..... 19
- Comunicaciones ..... 27
- Admisiones y Referencia ..... 34
- Urgencias ..... 42
- Consulta Externa..... 50
- Salas de Cirugía ..... 57
- Hospitalización ..... 63
- Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios ..... 70
- Departamento de Enfermería ..... 81
  - Apoyo Diagnóstico ..... 91
- Laboratorio Clínico ..... 98
- Nutrición..... 107
- Terapia y Rehabilitación ..... 118
- Vigilancia Epidemiológica..... 124
- Infecciones ..... 131
- Servicio Farmacéutico ..... 142
- Unidad de Oncología ..... 148
- Unidad de Radioterapia ..... 157
- Unidad de UTPH ..... 164
- Unidad de Urología ..... 169
- Unidad de Gastroenterología..... 173
- Unidad Alivio del Dolor..... 178
- Unidad de Cardiología ..... 183



- Servicio Cardiovascular ..... 189
- Unidad de Falla Cardíaca ..... 195
- Programa de Artritis Reumatoide..... 202
- Infraestructura ..... 211
- Gestión de TIC..... 216
- Tecnología Biomédica ..... 223
- Gestión de Logística..... 229
- Servicios Tercerizados ..... 238
- Ingeniería Ambiental..... 244
- Zona Franca..... 249
- Costos y Presupuesto ..... 253
- Facturación y Cuentas Médicas ..... 260
- Cartera..... 272
- Contabilidad ..... 277
- Talento Humano ..... 290
- Propiedad Intelectual..... 304



## Carta de la Dirección General



Queridos Colaboradores y amigos,

Este fue un año maravilloso, se unen varios motivos especiales para nosotros.

Hace días pensaba qué quería compartirles, y pensé, que los quiero demasiado, que los admiro por su labor, que al hablar con cada uno de ustedes encuentro seres maravillosos que forman parte de esta gran familia. He aprendido de su bondad, de su amor, del deseo de hacer bien las cosas, cada uno de ustedes guarda en su corazón miles de sueños que quieren hacer realidad y que luchan para lograrlos.

### **Quiero compartir algunos de los logros de esta gran familia en el año 2022**

Este año pos-pandemia ha sido para nosotros un año de innovación, cambios en la forma de pensar y actuar, cambios en los modelos de atención y en nuestro estilo de vida. La pandemia hizo que nosotros reflexionáramos frente hasta nuestra misión médica.

Quiero traer algunos proyectos que emprendimos este año:

La apertura de la Torre 2, con ella la creación de 50 camas de hospitalización que han traído un aumento de pacientes de Planes Especiales. El servicio de Radioterapia y Trasplante de Medula Ósea y con ello la integralidad en el manejo de la atención del paciente oncológico.

- ✓ Cambios del modelo asistencial de todos los servicios.
- ✓ Atendimos 16.434 pacientes en cirugía y realizamos 28.606 procedimientos.
- ✓ Realizamos más de 14.163 quimioterapias administradas a pacientes y 49.354 consultas oncológicas cambiando nuestro modelo de atención, garantizando cobertura a nuestros pacientes en todas sus Cohortes Oncológicas.
- ✓ Realizamos más de 148.631 consultas en todas las especialidades fortaleciendo la cobertura en salud.



## Carta de la Dirección General

- ✓ El servicio de radioterapia inició 932 tratamientos y terminó 696 tratamientos con excelentes resultados.
- ✓ Hemos realizado 9 trasplantes de Medula Ósea.
- ✓ Aumentamos la demanda en todos los Servicios Diagnósticos y dimos paso a la atención de pacientes con 680.244 estudios.
- ✓ Reactivamos los servicios de las unidades de Cardiología, Urología, Gastroenterología, Dolor y Cuidados Paliativos, para dar cobertura a nuestros pacientes realizando más de 33.999 procedimientos.
- ✓ Hemos realizado 10.862 egresos hospitalarios.
- ✓ Hemos atendido 2.678 pacientes en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios dando prioridad a Patología Oncológica, Neuro-quirúrgica y Cardiovascular.
- ✓ Abrimos los servicios de Artritis Reumatoide con la atención de más de 1828 pacientes y Falla Cardíaca con más de 219 pacientes.
- ✓ Aumentamos nuestra planta de colaboradores para el crecimiento de los servicios, generando más empleo a 933 colaboradores directos con un total de 1.450 colaboradores.
- ✓ Fortalecimos nuestra Acreditación en Salud a pesar de la pandemia y fuimos visitados en dos oportunidades para lograr la renovación de nuestra Acreditación en Salud.
- ✓ Iniciamos los diseños de la Torre 3 que tendrá 125 camas de hospitalización, una nueva Unidad Oncológica y Unidad Renal así fortaleceremos las clínicas especializadas.



- ✓ Fortalecimos nuestras jornadas académicas logrando adherencia a las guías de práctica clínica y apoyando a nuestros médicos generales en fortalecer su conocimiento basados en la experiencia de nuestros especialistas.
- ✓ Contamos con más de 32 estudios de investigación y publicaciones científicas que nos invitan a la creación de nuestro centro de investigación conjunto con el Grupo Empresarial.

### **El futuro nos trae grandes proyectos y responsabilidades.**

La Reforma del Sistema que nos plantea el trabajo en redes integrales de servicios de salud y hacer grandes cambios en los modelos de atención.

El establecimiento de la oferta y la demanda de los servicios, y a su vez las necesidades del talento humano, fortaleciendo las relaciones entre la academia y la investigación, el aseguramiento de la población y la prestación de servicios constituyéndose en un marco ideal para la construcción conjunta de planes, programas y proyectos que nos ayuden a cumplir con las expectativas que como Instituciones Prestadoras y Aseguradoras, trabajamos permanentemente por la salud y la protección de nuestros pacientes.

Es importante desarrollar competencias para los profesionales de la salud, mejorar la resolutiva de médicos generales, Apoyar la formación de las especialidades médicas y crear estudios de investigación fundamentales en toma de decisiones organizacionales.

Al final quiero manifestarles lo que para mí significa esta organización, por la cual soñamos y vivimos nuestra labor diaria con pasión que representa la unión de la familia, de trabajar por la vida, por nuestros pacientes para su bienestar y protección.

### **Nuestra misión de futuro, el 2023 nos inspira para:**

**Servicio:** Es nuestra razón de ser, nos comprometemos a dar lo mejor de nosotros por el paciente, a brindar la mejor atención durante cada minuto de nuestros días. ***Es nuestra responsabilidad hacer que la clínica brille por su hospitalidad y calidez. La seguridad del paciente y la efectividad clínica son nuestra mayor responsabilidad y compromiso.***



- ☑ Abrir los servicios de Cirugía, Diagnósticos y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con las obras que estamos adelantando, aumentando la capacidad instalada y el confort y la hospitalidad para nuestros pacientes y sus familias.
- ☑ Trabajar en la seguridad de sus pacientes, la gestión de riesgos y la humanización de nuestros servicios para el bien de pacientes y familias.
- ☑ **Ser bondadosos**, como la palabra clara para todos. Bondad es la cualidad de ser bueno. Se identifica con la característica propia de las buenas personas. Es también la inclinación o tendencia natural para hacer el bien. Bondad se aplica al carácter de una persona, un objeto o una acción para indicar que es buena. Creo que lo que más nos caracteriza como familia es ser bondadosos.
- ☑ Fortalecer los modelos en salud con la creación de clínicas especializadas.
- ☑ Centros de excelencia que se desarrollarán en el 2023, especialmente en Artritis Reumatoide.
- ☑ Dar ejemplo trabajando por este país que necesita de todos nosotros para su progreso y estabilidad social y económica.
- ☑ Orden y disciplina, para emprender cada tarea del día y garantizar unos mejores resultados.

Construyamos proyectos que nos agreguen valor y nos hagan sentir orgullosos de lo que hacemos, pensamos y sentimos. Cultivemos y preservemos nuestra acreditación y pensemos en logros de Certificación Internacional.

**María Paz Azula Granada**

Directora General

Clínica Los Nogales



Los Nogales  
Clínica



# Gestión del Servicio



## Objetivo General

Propender por el mejoramiento de la experiencia del paciente y su familia, generando cultura de filosofía de servicio con todos los actores del proceso de atención en salud.

## Líder Responsable

Myriam Yesmith Páez Pinilla

## Principales Logros



**Reubicación en el edificio Torre 2** a usuarios con Medicina Prepagada y Planes de Atención Complementaria (PAC).



**Ubicación estratégica en el edificio Torre 2** de un Punto para la Atención Integral al Usuario (PIA) de Medicina Prepagada y Planes de Atención Complementaria (PAC).



**Definición del cargo de anfitrión de servicio** para abordaje al paciente en la fila de espera, brindando apoyo en horas de alta demanda.



Modificaciones y ajustes con los colaboradores anfitriones para tener **mayor cobertura de servicio** en las Unidades de Cuidados Críticos, Oncología y Consulta Externa.



**Actualización** a los Derechos y Deberes del Paciente, Código Lila y Ruta para Paciente Suicida.



**Información actualizada para los usuarios** mediante videos y campañas de servicio al cliente en los diferentes canales de comunicación institucional

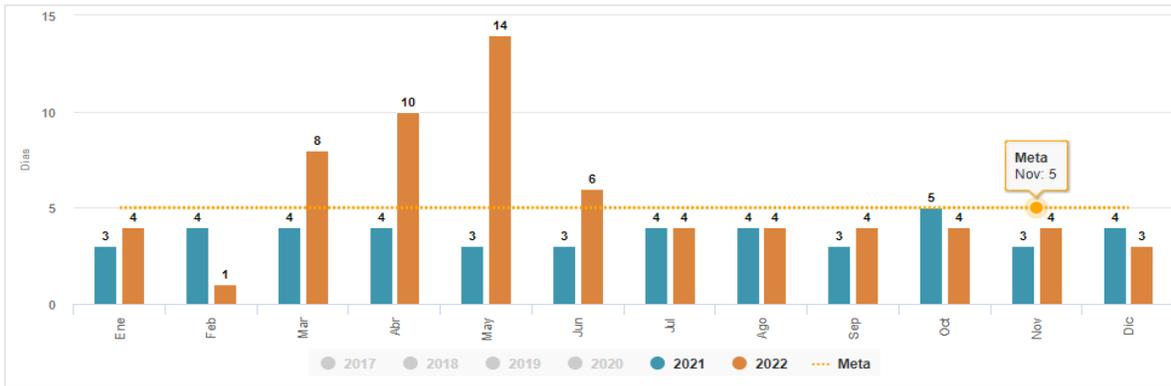


**Seguimiento al colaborador** respecto al servicio brindado en el Punto Integral del Usuario (PIA).



# Indicadores

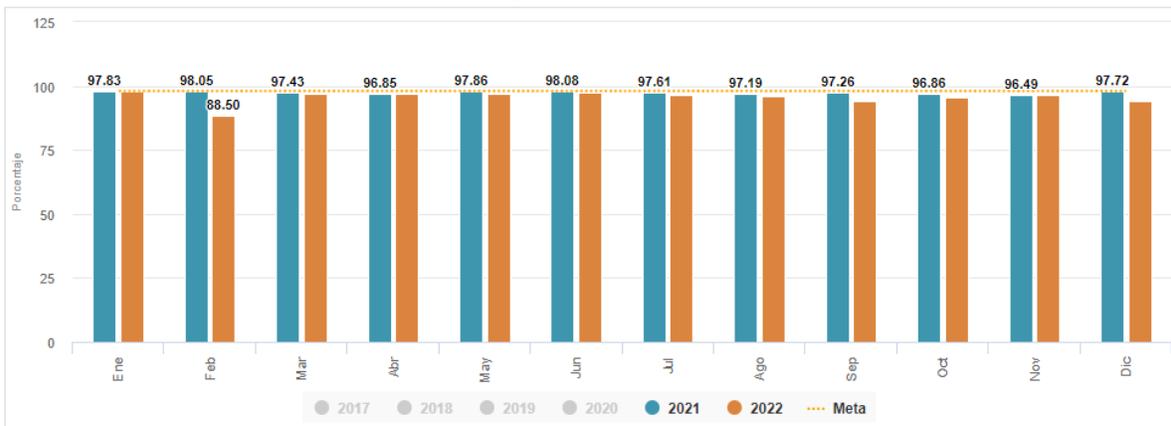
## ID-213 - Oportunidad de respuesta PQRS



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Comparando el año 2021 con el 2022 se observa que, todos los meses se cumplió la meta en la respuesta oportuna a las PQRS con un promedio de respuesta de 3.6 días, excepto en los meses de marzo y abril, mayo y junio donde se evidencia el motivo por inoportunidad en la respuesta por parte de las unidades funcionales de la institución.

## ID-211 Porcentaje de satisfacción global

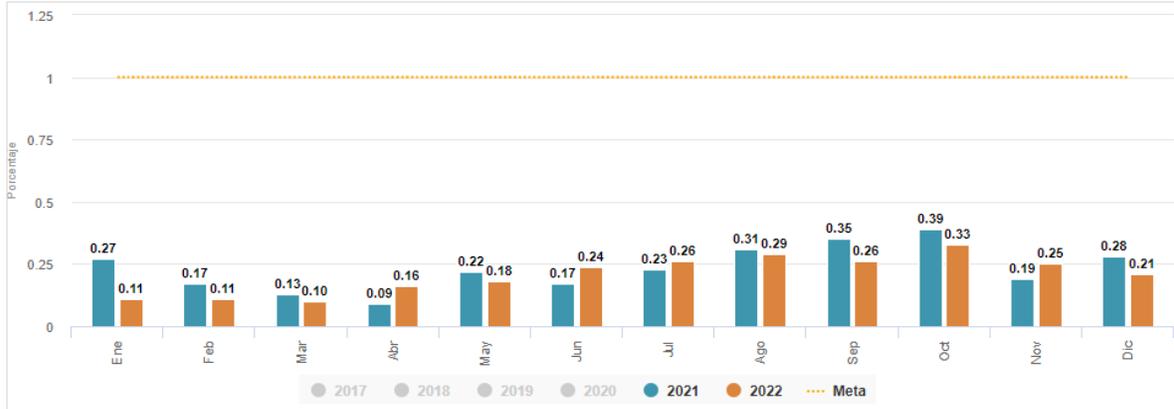


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Comparado el año 2021 y 2022 se evidencia que el porcentaje de satisfacción se encuentra por encima del 96%, resaltando los grupos de internación y consulta externa con la calificación más bajas por la falta de oportunidad en el agendamiento de citas, tiempo de espera prolongada y baja educación al paciente y su familia. De

acuerdo con lo anterior podemos observar que, pese a que el porcentaje de satisfacción se mantiene no se logra cumplir con la meta definida del 98%.

### ID-212 Porcentaje global de PQRS



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Comparado el año 2021 y 2022 se evidencia que el porcentaje de requerimientos relacionados con las inconformidades del cliente externo frente a la atención global del mismo no supera el 0,4% esto indica que damos cumplimiento con el indicador, ya que se debe estar por debajo del 1% de requerimientos por la población atendida.



Fotografía: Coordinación de comunicaciones Clínica Los Nogales



## Proyectos 2023

*La experiencia del cliente es la suma de todas las interacciones del paciente y su familia, por lo tanto, la atención y el servicio tienen un papel fundamental en satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.*

- Fortalecimiento de la marca Clínica Los Nogales.
- Actualización de la caracterización del proceso.
- Innovación en infraestructura y tecnología, para mejorar y facilitar aún más la interacción con el usuario.
- Mejorar y actualizar el modelo de atención en gestión del servicio.
- Analizar y generar un plan de mejora a Políticas internas de Gestión del servicio.
- Crear estrategias y guiones de respuesta para la consolidación del protocolo de servicio.
- Fortalecer el grupo de Anfitriones de Servicios y así obtener una interacción más personalizada y tecnológica con el usuario mediante dispositivo digital (Tablet).
- Mejorar atención del paciente mediante la estrategia Experiencia Nogales con la herramienta XCustomer, permitiéndose la recopilación de las acciones realizadas en todos los servicios.
- Fortalecer los canales de atención para ofrecer una experiencia a la vanguardia y exigencias del mercado; adaptando herramientas, procesos y estrategias de ventas y atención al cliente para brindar una mejor información e implementar estrategias de información omnicanal para los usuarios.
- Fortalecer los protocolos de servicio con todas las líneas de frente.
- Actualizar los procesos de ingreso del paciente.
- Implementar quioscos digitales que permitan agilidad en trámites e información.
- Fortalecer las políticas del programa de humanización con el grupo de Psicología y Trabajo Social realizando ajuste a los indicadores para el seguimiento y cumplimiento de meta.



Los Nogales  
Clínica



# Gestión de Calidad



## Objetivo General

Gestionar integralmente el modelo de calidad mediante el mejoramiento continuo de los procesos y el diseño de estrategias que promuevan la seguridad, cumplimiento de expectativas, satisfacción de las necesidades del paciente en salud y su familia, cumpliendo altos estandartes de calidad orientada al sistema único de acreditación.

## Líder Responsable

Dr. Libardo Martínez Posada

## Principales Logros



**Posicionados en el puesto 41** del ranking de América Economía 2022, mejorando 7 posiciones respecto al 2021.



**Posicionamiento Newsweek puesto 16 en Colombia** ranking de las mejores Clínicas.



**Cumplimiento del cronograma de autoevaluación** de habilitación resolución 3100 de 2019 Radioterapia, Trasplante de Medula Ósea, BPM gases Medicinales.



**Mejoramiento y Sostenibilidad del Modelo de Icontec** relacionado con Acreditación en Salud.



**Adquisición y puesta en marcha** del módulo de Seguridad del paciente en Almera.



**Gestión del Riesgo Clínico** con Diamante en Stroke en ACV.



**Acompañamiento certificación EFR** mejorando la calificación a +B.



**Apoyo a responsabilidad social empresarial** en la certificación de Fenalco Responsable y sello Verde de Verdad.



**Mejoramiento y sostenimiento** de los convenios docente asistenciales con las universidades: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Universidad el Rosario, Universidad el Bosque y Universidad Nacional de Colombia.



**Fortalecimiento del modelo** de gestión del riesgo con la ISO 31000.



**Adherencia al modelo de gestión del riesgo** por parte de los líderes de proceso asistencial y administrativo.



**Articulación de nuevos proyectos** institucionales con enfoque de gestión de riesgo.



**Articulación con los líderes de infecciones**, accesos vasculares, clínica de heridas y seguridad del paciente, con el fin de identificar interdisciplinariamente necesidades propias del proceso, servicio y del paciente.

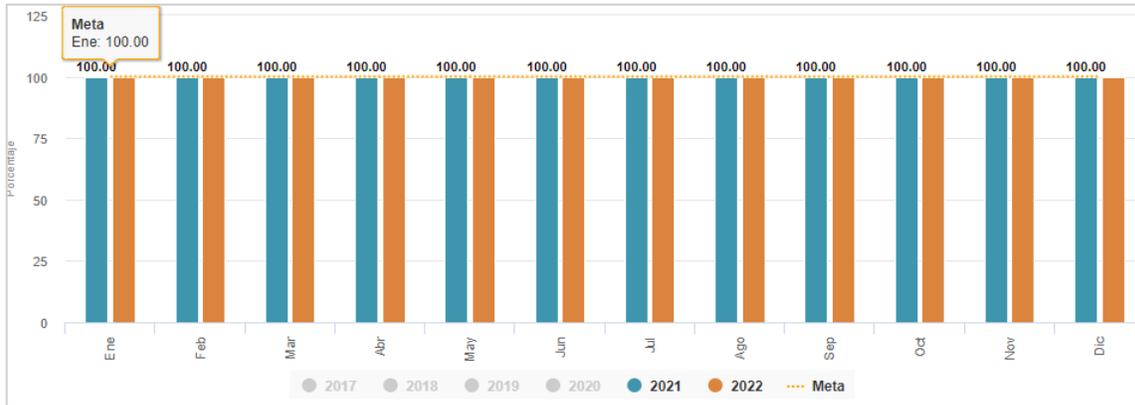


Fotografía: Coordinación de comunicaciones Clínica Los Nogales



# Indicadores

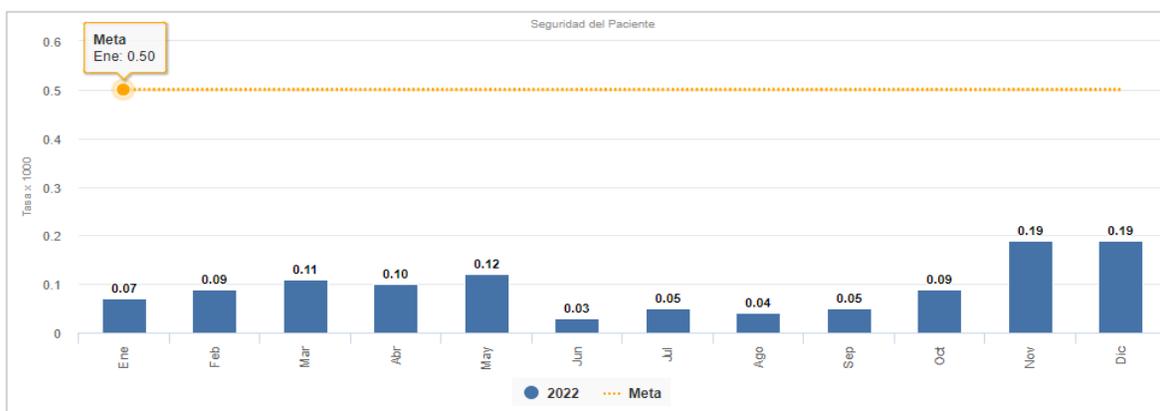
## ID – 030 Porcentaje de Gestión y Oportuna Notificación de Eventos Adversos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se mantiene la notificación y gestión de los eventos de seguridad, tanto de incidentes como de eventos adversos, con un buen comportamiento lo que indica una cultura justa y no punitiva en la institución.

## ID – 723 Tasa de Eventos Adversos Institucional

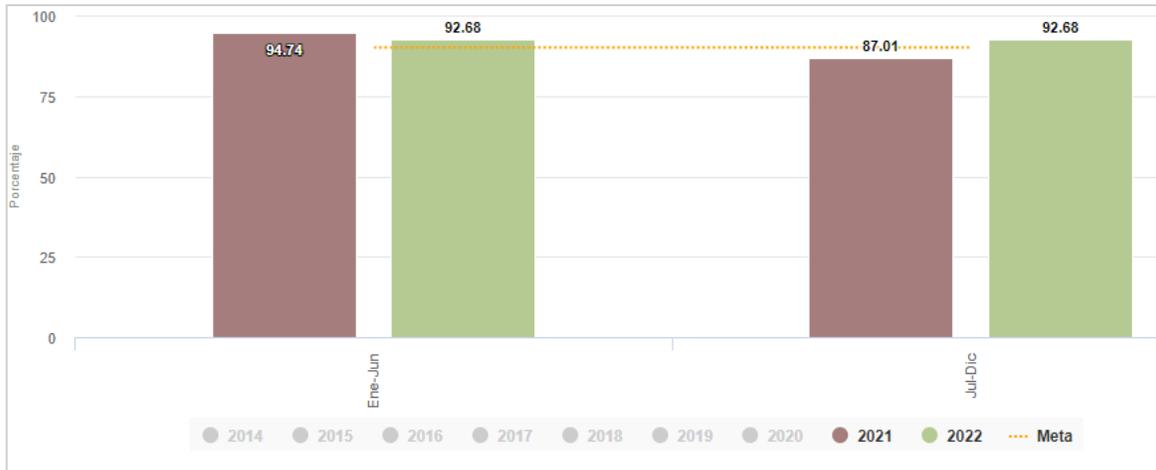


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El comportamiento de la tasa de eventos se mantiene por debajo de la meta definida, el incremento en los meses de noviembre y diciembre se debe al ajuste realizado por la inclusión de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), en el comportamiento de eventos de seguridad.



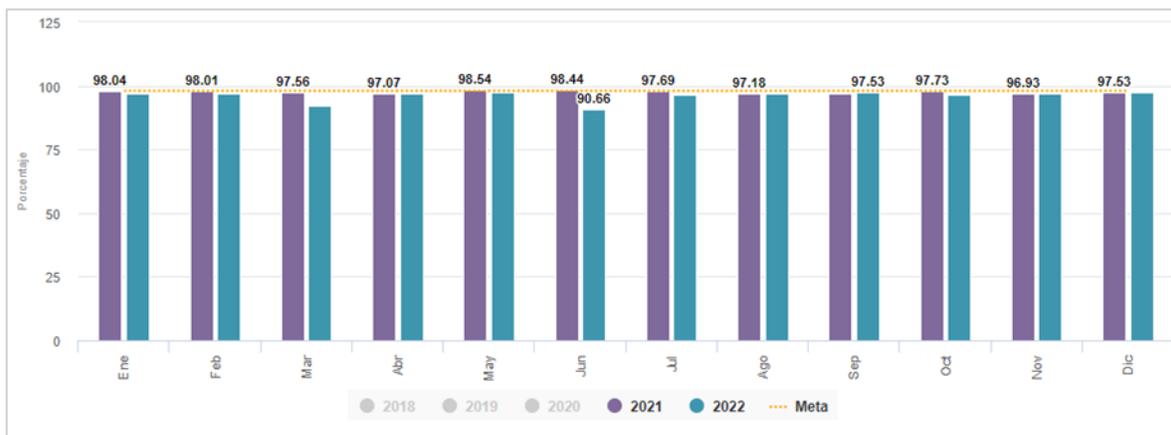
## ID – 027 Gestión del Riesgo Institucional - Riesgos Controlados



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El comportamiento de la identificación y control del riesgo para grupos poblacionales y riesgo individual se mantiene estable, haciendo énfasis en el manejo de los riesgos extremos por unidad funcional en el mapa de procesos institucional.

## Id – 225 Porcentaje de Cumplimiento de la Estrategia Humanización y Trato Digno



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con relación al indicador de humanización y trato digno no se encuentran variables que afecten la percepción del usuario sobre el manejo del respeto, privacidad y trato digno durante el proceso de atención al cliente asistencial, lo cual significa una implementación de una cultura centrada en el usuario y su familia.



## Proyectos 2023

Todos nuestros proyectos están enfocados en ofrecer servicios de alta complejidad, de una manera cálida y humanizada, con el recurso humano altamente calificado, haciendo énfasis en seguridad y confiabilidad en la atención con los recursos físicos y tecnológicos a la vanguardia del entorno, siendo sostenible y rentable con priorización en la Responsabilidad Empresarial.

- Mejorar la autoevaluación y calificación por Icontec del Modelo de Acreditación en Salud.
- Fortalecer la Auditoria de concurrencia que impacte en los desenlaces clínicos, pertinencia y estancia hospitalaria.
- Fortalecer las Auditorías internas asistenciales y administrativas que ayuden a procesos más eficientes y eficaces.
- TACSI (Tablero de control de seguimiento a indicadores) proyecto de mesa de indicadores que promuevan la toma de decisiones.
- Fortalecimiento Grupos primarios QISE (Calidad, Identificación de necesidades, Solución, Escalar al Equipo de Mejoramiento Institucional) que fortalezcan la resolutiveidad.
- Creación de líderes de gestión de riesgo por piso y por turno.
- Creación de los equipos de respuesta rápida.
- Validar la pertinencia de los medios diagnósticos.
- Generar seguimiento de riesgos en procedimientos quirúrgicos.



Los Nogales  
Clinica



# Mejoramiento Institucional



## Objetivo General

Promover y apoyar la gestión de los procesos institucionales mediante el acompañamiento, capacitación, seguimiento y evaluación de las actividades programadas, mediante la incorporación de herramientas y metodologías innovadoras, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de la experiencia del paciente y sus familias y la optimización del desempeño de los procesos, de acuerdo con los lineamientos institucionales y normatividad legal vigente.



## Líder Responsable

Ing. Jennifer Mejía Escobar

## Principales Logros



**Acompañamiento en proyectos transversales** certificados y/o habilitados: Torre 2, Radioterapia, UTPH, BPM, efr.



**Radicación de 2 informes y 2 visitas del Icontec** (1° seguimiento, nuevo ciclo).



**Fortalecimiento de las actividades** de Referenciación Institucional, tanto interna como externa y por otras instituciones.



**Culminación de 7° Autoevaluación de Acreditación.**



**Cumplimiento oportuno de reportes normativos** (Res 256, Res 768, Circular 003, Pamec)



**Resolución del 100%** de los soportes de Almera.



**Soporte y acompañamiento** de las auditorias de entes externos (Secretaría de Salud, Ingeominas, Aseguradoras).



**Participación como evaluadores** de la ruta del mejoramiento de la calidad de la secretaria distrital de salud de Bogotá, en el año 2022.



**Entrenamiento al cliente interno en:** Excel y análisis de datos, optimización de procesos, manejo de Almera, presentaciones efectivas y trámites y reportes normativos.



**Diseño e implementación de metodologías** de mejoramiento tales como: Homologación de buenas prácticas para acreditación, Integración de Equipos de mejoramiento, Metodología QISE para la administración de los equipos primarios de mejoramiento EPM.

## Metodologías desarrolladas en el año 2022

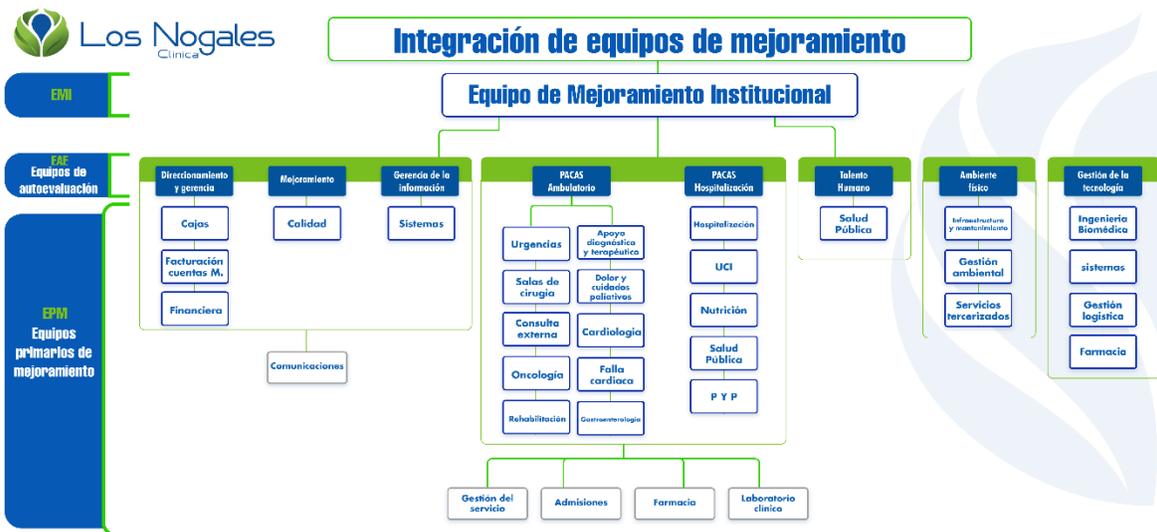


Ilustración: Mapa integración de equipos de mejoramiento / Fuente: Coordinación de mejoramiento institucional

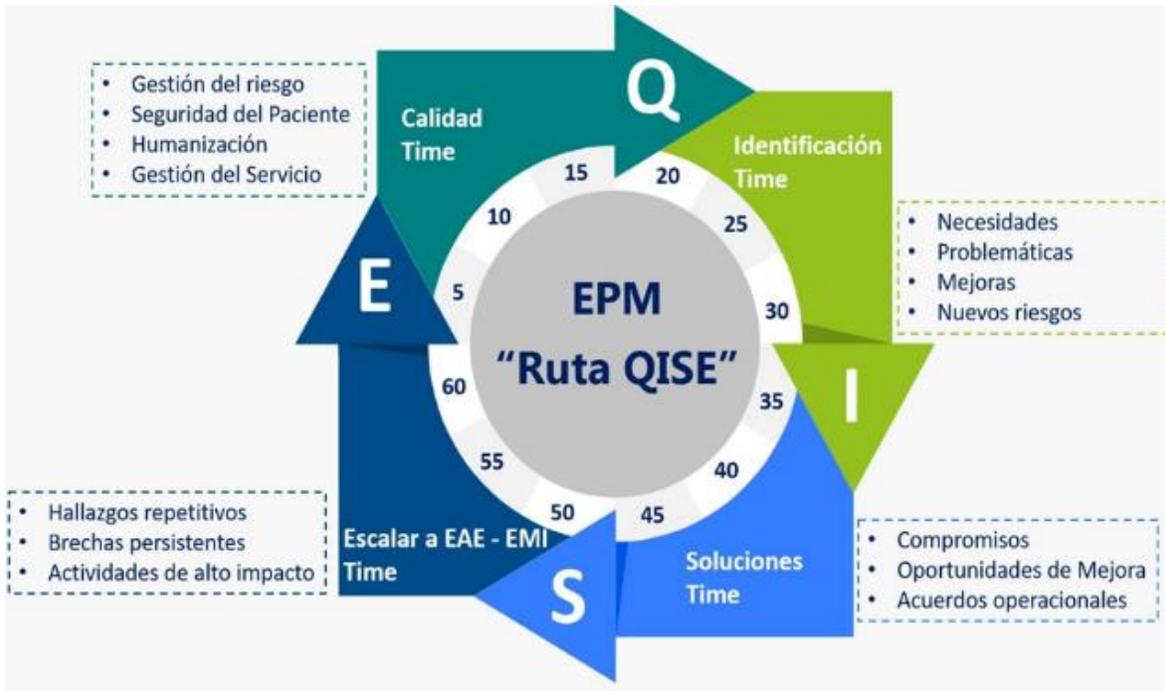


Ilustración: Metodología QISE / Fuente: Coordinación de mejoramiento institucional



Ilustración: Metodología Gestión de Procesos Fuente: Coordinación de mejoramiento institucional



**Desarrollos INHOUSE de tableros de control como:** Optimización del tablero de datos del modelo BISA, Creación del tablero de seguimiento a indicadores TACSI, Tablero de estado de gestión documental institucional.

## Modelo TACSI

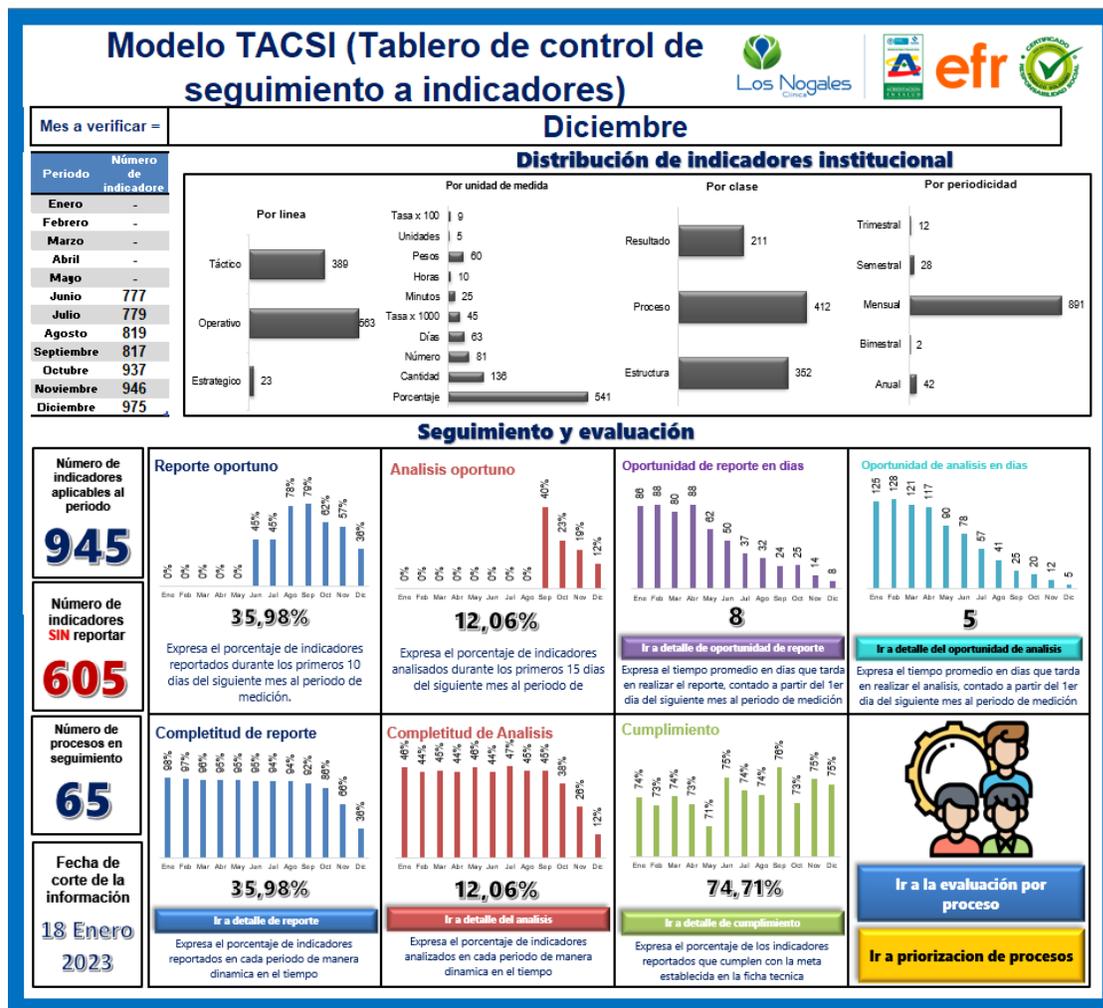


Imagen: Tablero de control de seguimiento a indicadores / Fuente: Coordinación de mejoramiento institucional



- **Realización de la Feria de Acreditación 2022** con una cobertura de 736 colaboradores y una adherencia a conocimientos del 96.4%

## Feria de Acreditación 2022



Fotografía: Coordinación de mejoramiento institucional

## Indicadores

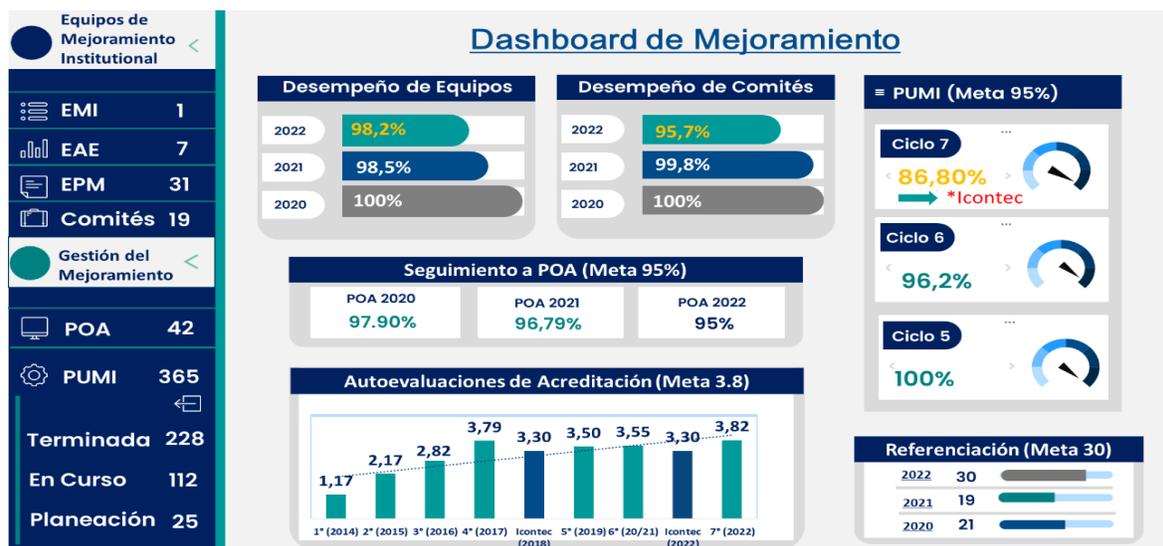


Imagen: Dashboard de mejoramiento / Fuente: Coordinación de mejoramiento institucional

El mejoramiento institucional para el año 2022 en Clínica Los Nogales se trabajó a través de 39 equipos de mejoramiento, de los cuales se obtuvo desempeño del 98.2% y de 19 comités institucionales con un porcentaje de desempeño del 95.7%.

En cuanto a planes de mejora del plan único de mejoramiento institucional se obtuvo un cumplimiento para el año 2022 del 86,80%, ya que se espera el informe del Icontec de la visita de nuevo ciclo y así cerrar los planes de mejora de esta fuente, de acuerdo a la emisión de criterio del ente acreditador (soluciona, parcial, reiterada). Con corte a 31 de diciembre de 2022 existen 365 PUMI, de los cuales 228 se encuentran en estado terminado.

La ejecución de los 42 planes operativos anuales POA del año 2022 presentaron una ejecución del 95%, cumpliendo la meta establecida institucionalmente para estos planes, los Principales Logros se evidencian en los informes de gestión anuales de cada proceso.

El desarrollo de la 7° autoevaluación de estándares de acreditación presentó una calificación de 3.82 / 5.00. Presentando una variación positiva del 15,75%, es decir 0.52 puntos, con relación a la 6° autoevaluación realizada en el año 2021.

En cuanto a las referenciaciones Institucionales se realizaron 30 actividades de este tipo durante el año 2022, mejorando en un 57,89% respecto al año 2021. Dentro de las prácticas referenciadas para este año estuvieron como los más destacados temas de modelo oncológico, adquisición de nuevas tecnologías, seguridad informática y expansión y creación de nuevos servicios.



## Proyectos 2023

- Potencializar portal BISA (Base de Información de Servicios Asistenciales), modelos de productividad sistemáticos (BISA, TACSI, capacidad instalada, suficiencia de personal, gestión del riesgo).
- Adquisición y puesta en marcha del módulo de Equipo Biomédico de Almera.
- Proyecto XCustomer para experiencia del usuario a través de una plataforma digital con medición en tiempo real.
- Proyecto XCustomer Listas de chequeo – Rondas de seguridad de Ingeniería Biomédica.
- Proyectos Estratégicos: administración de Agendas, entrega de resultados, administración de camas, gestión de programación quirúrgica, gestión del conocimiento, Diseño del tablero BIGC (gestión clínica).



Los Nogales  
Clinica



**Comunicaciones**



## Objetivo General

Desarrollar la estrategia de comunicación institucional interna y externa, mediante la utilización de los medios establecidos y la creación de canales de doble vía que permitan compartir el mensaje de manera alineada con la alta Dirección, brindando apoyo a cada una de las áreas de Clínica Los Nogales en sus necesidades de comunicación.

## Líder Responsable

Nataly Díaz Linares

## Principales Logros



**Reconocimiento de canales** de comunicación institucional.



Creación y divulgación de comunicados institucionales.



**Apoyo en actualización señalizaciones** y creación de material multimedia para visita de acreditación 2022.



**Diagnóstico página web** y diagnóstico redes sociales.



**Campaña donación de regalos** fundación FUNTALENTUM.





## Creación y divulgación de boletines institucionales.



## Apoyo en la estrategia de divulgación de la campaña de experiencia de servicio.



Ilustración: Campaña Experiencia Nogales / Fuente: Coordinación de comunicaciones



## Participación en charlas virtuales con Virrey Solís IPS y Salud Total EPS-S.



Ilustraciones: Publicaciones LIVE en redes sociales Fuente: Coordinación de comunicaciones



Cumplimiento en la entrega de solicitudes de las áreas a comunicaciones. Para lograr un mayor seguimiento de las solicitudes, se implementó en todas las carteleras un código QR con el formulario para realizar las solicitudes a la coordinación de comunicaciones.

Se realiza envío de mailing para recordación y se solicita a cada líder el diligenciamiento del formulario por cada necesidad requerida, así se logra realizar un seguimiento de acuerdo a la prioridad de la solicitud (alta, media o baja) y cantidad de material multimedia requerido (1,2 o 3).



**Conoce el formulario de solicitudes para la coordinación de comunicaciones**

Ahora realiza tus **solicitudes** mediante el siguiente **formulario de forms**

**Escanea el código QR**  
Y accede a esta herramienta de autogestión que hemos creado para nuestros colaboradores.

[www.clinicanogales.com](http://www.clinicanogales.com)  
Científicamente avanzados, humanamente cálidos  
Síguenos en redes sociales

Ilustración: Pieza gráfica solicitudes a comunicaciones / Fuente: Coordinación de comunicaciones

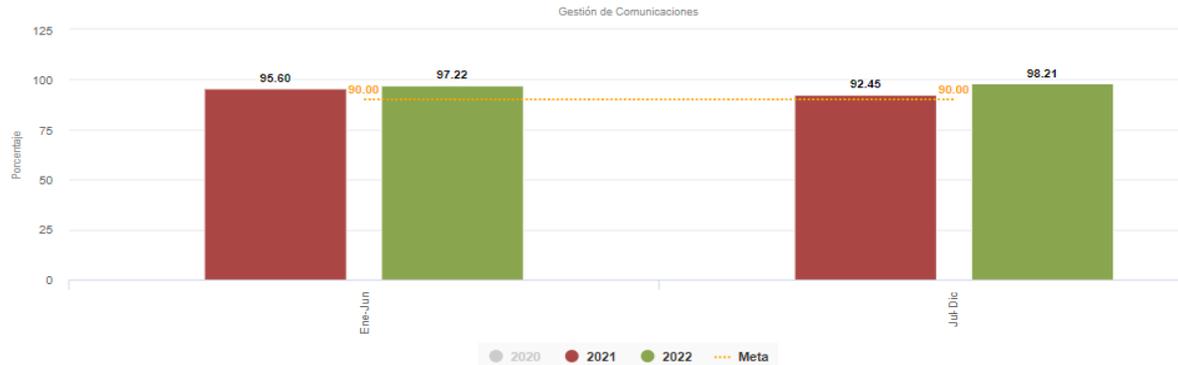
TIPO DE SOLICITUD	RESPONSABLE SOLICITUD	ESTADO SOLICITUD	ID SOLICITUD	FECHA PARA ENTREGA SOLICITUD	OBSERVACIÓN	FECHA SOLICITUD	Nombres y apellidos	Cargo
3 - BAJA	DISEÑADOR	CANCELADO	Solicitud 001	viernes, 20 de enero de 2023	Se canceló por falta de confirmación de información	1/20/23 11:22:02	Mónica Adriana Valovius Gomez	Coordinación Hospitalizadas
1 - ALTA	DISEÑADOR	ENTREGADO	Solicitud 002	viernes, 13 de enero de 2023	Entrego ok	1/10/23 10:01:01	Samantha Muñoz Cortés	Coordinación patrición
4 - Proyectos y comités	COORDINADOR	ENTREGADO	Solicitud 003	martes, 28 de marzo de 2023	Se realizó entrega de plan de comunicación	1/10/23 10:04:06	Xiomara del Pilar Gomez Ulbrich	Gestión zonales
2 - MEDIA	DISEÑADOR	ENTREGADO	Solicitud 004	martes, 11 de enero de 2023	Se realizó entrega de presentación. Con base en la solicitud de ajustes está pendiente el envío de la información complementaria	1/10/23 15:20:14	Sirley Hernandez	Jefe de Gestión Remotas
3 - BAJA	COORDINADOR	SIN EMPEZAR	Solicitud 005	miércoles, 18 de enero de 2023	Se suspende	1/10/23 16:03:48	Sirley Hernandez	Jefe de Gestión Remotas
DIRECCIÓN	COORDINADOR	ENTREGADO	Solicitud 006	jueves, 12 de enero de 2023	Entrego ok	1/10/23 15:34:56	Marta Pizar Acosta	Directora
3 - BAJA	DISEÑADOR	ENTREGADO	Solicitud 007	martes, 11 de enero de 2023	Entrego Ok	1/10/23 15:26:58	Jennifer Rojas	Lider mejoramiento
1 - ALTA	DISEÑADOR	ENTREGADO	Solicitud 008	martes, 11 de enero de 2023	Entrego Ok	1/10/23 15:28:03	Nataly Diaz	Coordinador comunicaciones
1 - ALTA	COORDINADOR	ENTREGADO	Solicitud 009	martes, 11 de enero de 2023	Entrego Ok	1/10/23 15:42:29	JONATAN MANUEL LOMBO OLIVERO	AUXILIAR DE GESTIÓN HUMANA

Tabla: Matriz de seguimiento solicitudes comunicaciones / Fuente: Coordinación de comunicaciones



# Indicadores

## ID - 127 Cobertura de los Canales de Comunicación Institucionales



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador permite evaluar el porcentaje de cobertura de los canales de comunicación y conocer si los colaboradores utilizan los mecanismos dispuestos por la clínica. Por lo tanto, el presente indicador permite medir la cobertura de publicaciones realizadas en los canales de comunicación referente a la información emitida en los canales de comunicación institucional. Se presentó un incremento de las publicaciones realizadas durante el año 2022, indicando un porcentual de cumplimiento del 3,69% respecto al año 2021 y brindando mayor alcance con el público interno.

## ID - 004 Cumplimiento en la Entrega de Requerimientos de Comunicaciones de la Institución



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador permite evaluar el cumplimiento en la entrega de los diferentes trabajos de comunicaciones según los acuerdos de servicio establecidos para mejorar la oportunidad de divulgación de la información. Por lo tanto, este indicador permite medir el porcentaje de satisfacción del cliente interno con las publicaciones prestadas por el área de comunicaciones. Se presentó una mejora durante el año 2022, correspondiente al incremento en el porcentaje de cumplimiento del 22%

respecto al año anterior, y se evidencia una mejora en la entrega de solicitudes y emisión de información, de acuerdo con las encuestas realizadas en el I semestre del 2022, logrando el cumplimiento propuesto durante el año 2022.

## ID - 001 Porcentaje de Efectividad de los Canales de Comunicación Institucionales



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se realiza seguimiento en efectividad de los canales de comunicación institucionales con el fin de conocer si a los colaboradores les llega el mensaje a través de los medios disponibles. En el año 2022 se tuvo una variación de cumplimiento del 8% respecto al año anterior. Se espera que con las estrategias digitales proyectadas se logre una mayor efectividad en la comunicación emitida.

## DT - 004 Interacción En las Plataformas Digitales



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador evidencia el porcentaje de visitas recibidas en canales digitales referente a página web y la red social facebook, con una meta establecida del 100%. Se presentó una variación del -7% durante el año 2022 debido a una disminución en las publicaciones realizadas en la página web por motivo de actualizaciones en página web y permisos de publicaciones en Facebook.



## Proyectos 2023

La coordinación de comunicaciones está proyectada para el año 2023 como un área que brinde apoyo en la creación de estrategias comunicativas que les permitan a los colaboradores, pacientes y familias contar con información oportuna y reconocer a la Clínica Los Nogales por su experiencia y servicio humanizado.

- ☑ Mejorar el uso de la marca en espacios físicos y encuentros institucionales generando mayor recordación de la marca Clínica Los Nogales.
- ☑ Creación y actualización de manuales para el fortalecimiento de la imagen institucional.
- ☑ Actualización de señalética institucional
- ☑ Rediseño de Pagina Web
- ☑ Promocionar los servicios de la clínica por su experiencia y calidad en la atención de servicios de alta complejidad.
  - Rediseño y actualización de información en la página web.
- Implementación del uso de redes sociales y creación de protocolos de respuesta.
- Creación y divulgación de material multimedia en canales digitales.
- ☑ Promover una cultura interna basada en la plataforma estratégica y efr en el marco de una comunicación efectiva.
  - Divulgar contenidos relacionados a la plataforma estratégica, certificaciones, medidas y beneficios efr, cooperativa y fundación, novedades remitidas de las áreas y servicios que impacten al colaborador.
  -



Los Nogales  
Clínica



# Admisiones y Referencia



## Objetivo General

Gestionar al paciente la accesibilidad para la atención continua, segura y eficaz mediante la organización del flujo de pacientes a través de los procedimientos del sistema de referencia y contra-referencia.

Brindar una atención humanizada, oportuna, segura y eficiente al paciente y su familia en los diferentes procesos administrativos derivados de toda atención en salud, proporcionando asesoría y acompañamiento, mediante la aplicación de procesos estandarizados de admisión, autorización, referencia y contra-referencia, siendo un costo efectivo para la institución



## Líder Responsable

Jefe María del Pilar Rodríguez Reyes

## Principales Logros



**En conjunto con la Alta Dirección se trabajó** en el mejoramiento de los tiempos de recibo de pacientes a través de referencia y se logró el objetivo en la mejora de los tiempos de referenciación y admisión.



**Se realizó trabajo conjunto con la coordinación** de urgencias en el compromiso de brindar mayor oportunidad en la definición de manejo de pacientes y hospitalización del servicio de urgencias.



**Se realiza trabajo conjunto** con la jefe de egreso en plan de mejoramiento con las coordinaciones de hospitalización y urgencias para traslados oportunos de pacientes al servicio de hospitalización.



**Se realizó la actualización** de los documentos de referencia y contra-referencia durante la preparación de la visita de acreditación.



**Se efectuó acuerdos entre servicios** que buscan fortalecer el proceso de autorizaciones durante la prestación de la atención del paciente y su familia gestionado por admisiones y referencia.



**Se realizó ajustes al proceso de pre-admisión** a los pacientes y así garantizar disminuir las cancelaciones de procedimientos quirúrgicos en coordinación con programación de salas de cirugía.



**Se coordinó capacitación de las diferentes plataformas** virtuales de las aseguradoras para solicitud de autorizaciones con el área de convenios.



**Se fortaleció el trabajo en equipo** junto con el área de facturación buscando un proceso de facturación adecuado y disminuir el porcentaje de glosas.



**Se logró fortalecer el trabajo en equipo, lo que propició contar con un equipo responsable**, comprometido, con el cual trabajamos continuamente para fortalecer nuestro quehacer y así generar una experiencia altamente positiva para el paciente y su familia durante su estancia hospitalaria.

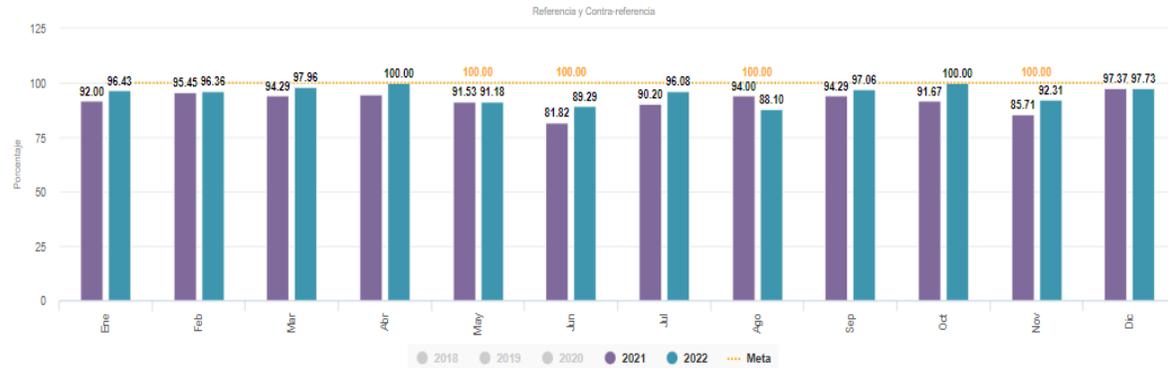


**Reactivación del área después del ataque cibernético**, como grupo de trabajo se definió continuar con nuestras estadísticas a través de Excel, en espera de desarrollos para continuar con el seguimiento de nuestras bases o retomar el SharePoint.



# Indicadores

## ID – 246 Efectividad en la Gestión de Alta Temprana por Oxígeno Domiciliario



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El presente indicador es el monitoreo realizado a la gestión de altas tempranas con requerimiento de soporte de oxígeno suplementario a los pacientes de las diferentes aseguradoras. Cabe resaltar que para la mayoría de los pacientes el tiempo de la entrega de los equipos de oxígeno es inferior a 24 horas, siendo en mayor medida pacientes de Salud Total EPS. Se ve afectado egreso sin necesidad del oxígeno suplementario por razones de cancelación como condición clínica.

## ID – 245 Efectividad en la Gestión de Alta Temprana por PHD

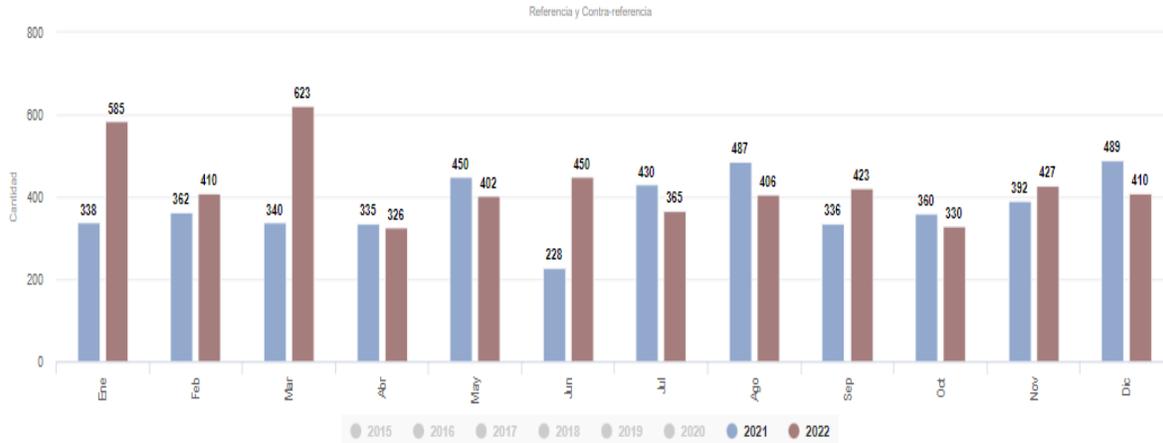


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Institucionalmente este indicador es muy importante porque nos permite optimizar el giro cama y así lograr asegurar una mayor capacidad instalada de oferta de camas. Se ve afectado por razones de cancelación como condición clínica o terminación del tratamiento en espera del trámite. Por esta razón, estamos fortaleciendo con nuestros principales aseguradores este proceso, siendo Salud Total EPS nuestro principal asegurador.



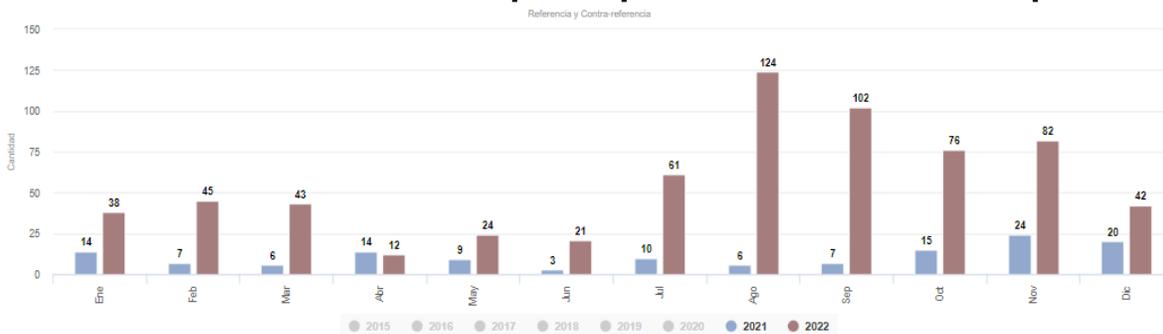
## DT – 19 Numero de Ingresos de Pacientes Efectivos Aceptados por Referencia



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el año 2022 se observa un mayor número de ingresos efectivos de pacientes a través de referencia. Es importante tener en cuenta que aumentamos nuestra capacidad instalada con 57 camas en la Torre 2. Esto nos permite brindar una mayor oportunidad a nuestros pacientes con comodidad y confort

## ID – 303 Número de Pacientes Aceptados por Referencia de Planes Especiales

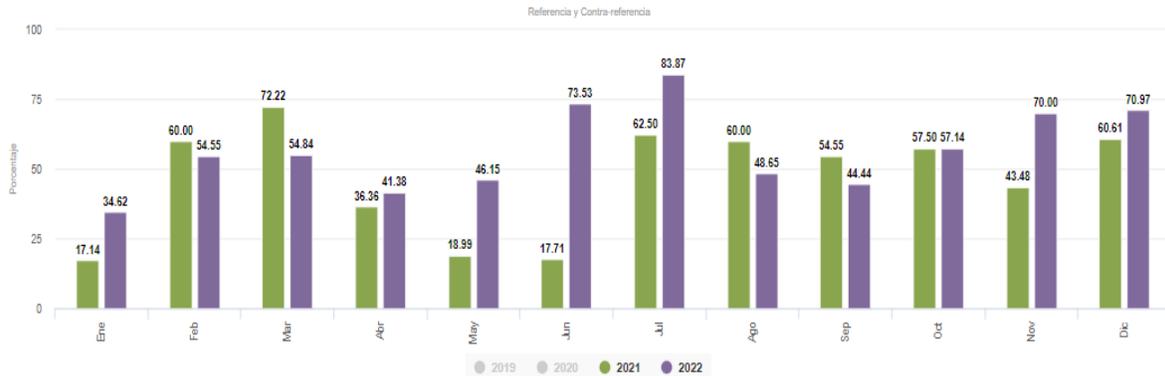


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador nos muestra el resultado positivo dado por el trabajo realizado en conjunto con la Directivas de la Clínica para incrementar la aceptación de pacientes de planes especiales.



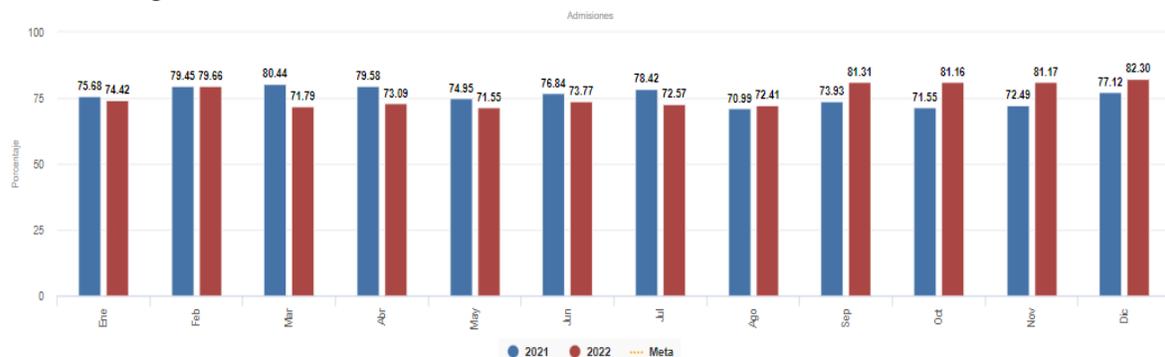
## DT – 026 Usuarios Contra-Remitidos por la Institución (Efectivos)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador nos muestra el número de pacientes que solicita nuestros servicios y requiere ser contra-remitidos por no contar con la especialidad, o, por no contar con la disponibilidad de camas y/o por trámites administrativos propios de la aseguradora. Al realizar la comparación 2021 VS 2022 se encuentra un aumento del 10% que está justificada en la no oferta de especialidades asociados a pediatría, ginecobstetricia y salud mental, además la no autorización por parte de las aseguradoras para continuar con la prestación de los servicios en la Clínica, especialmente por tener el beneficio de planes especiales.

## ID – 061 Cumplimiento de Oportunidad de las Solicitudes de Autorización de Otras Aseguradoras

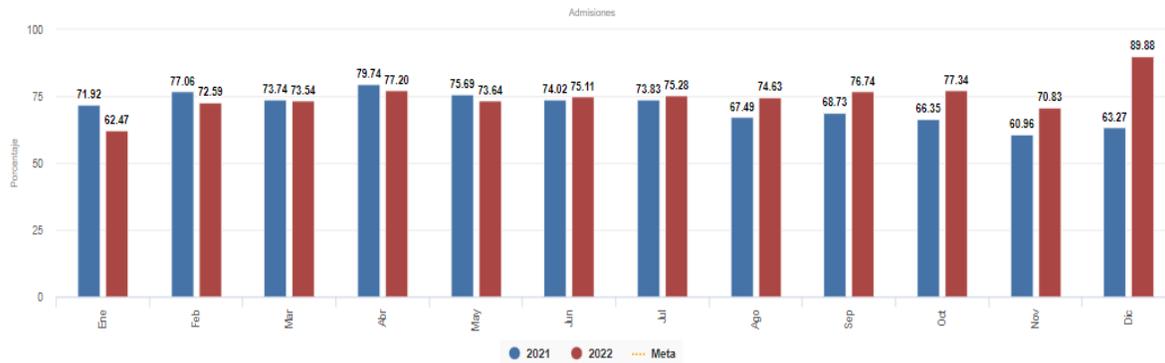


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador nos permite realizar monitoreo del cumplimiento de la meta institucional establecida de autorizaciones para aseguradores diferentes al principal asegurador que es Salud Total EPS, la cual tiene un tiempo máximo de obtención de 6 horas. Sin embargo, esta meta tiene limitantes de cumplimiento debido a la demora en el tiempo de respuesta de algunas aseguradoras, pese a esto, se sostiene la tendencia al cumplimiento de la meta.



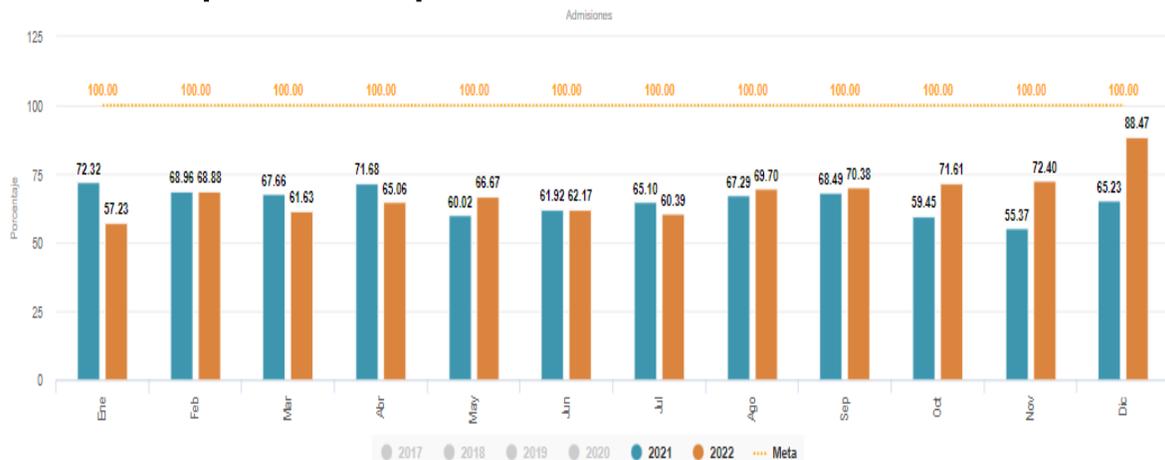
## ID – 135 Cumplimiento de Oportunidad de las Solicitudes de Autorización de Salud Total EPS-S



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador nos muestra el cumplimiento a la meta institucional de obtener autorizaciones de nuestro principal asegurador, con un tiempo inferior a 30 minutos. Tenemos una tendencia positiva al cumplimiento de esta.

## ID – 243 Cumplimiento de Oportunidad de las Solicitudes de Autorización



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador nos muestra la unión de los dos anteriores y su medición nos permite realizar seguimiento a la oportunidad de las autorizaciones. Tiene una tendencia al cumplimiento de la meta.

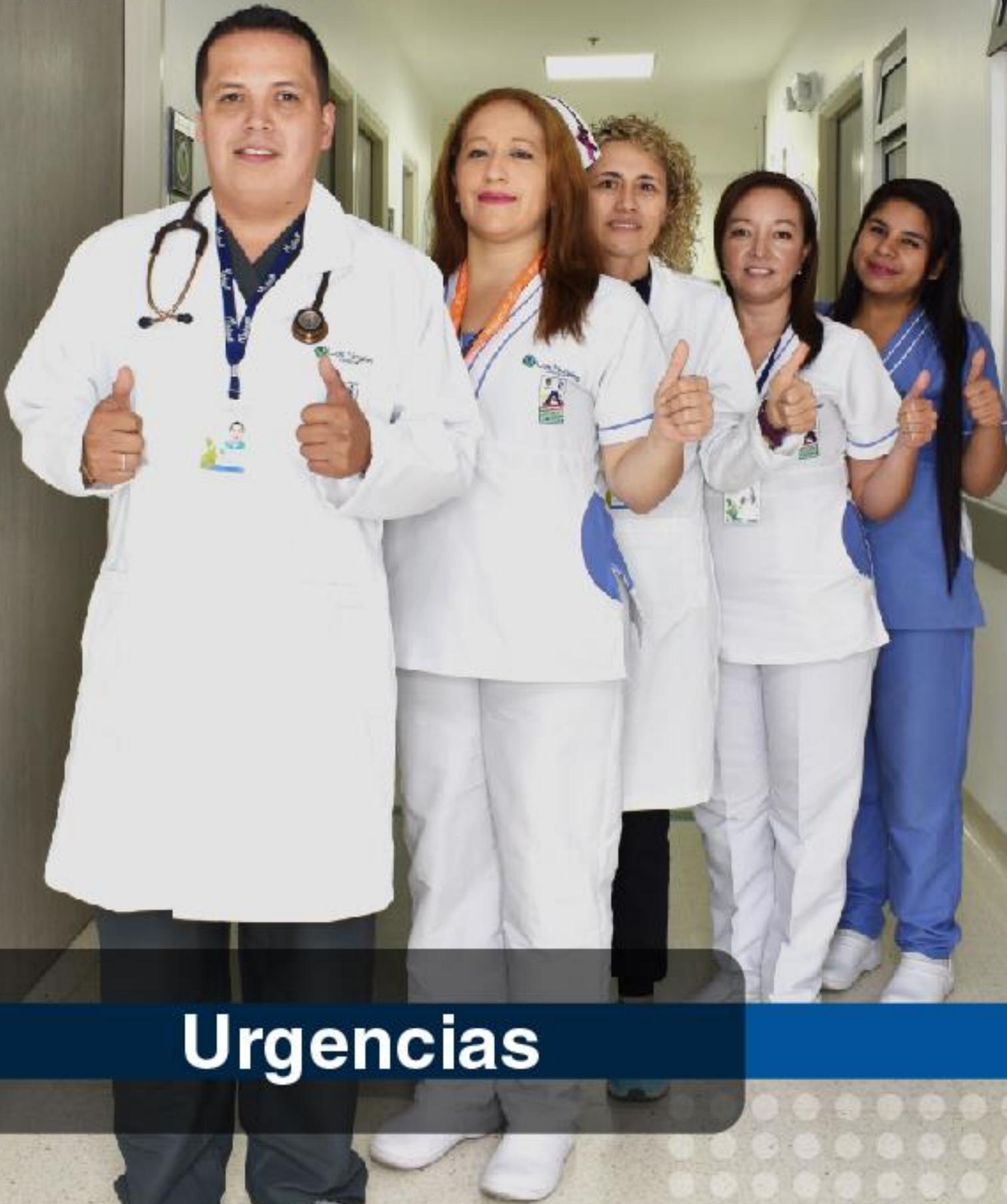


## Proyectos 2023

- ☑ En las estrategias del POA 2023 ser parte activa del programa de seguridad del paciente, especialmente trabajando en la meta 1 Identificación completa y correcta del paciente para contribuir en la seguridad para nuestros pacientes.
- ☑ Mantener la ocupación de la Clínica en 95%.
- ☑ Trabajar continuamente para garantizar el 100% de las autorizaciones de los servicios prestados a los pacientes durante su estancia en la Clínica.
- ☑ Desarrollar una estrategia educativa organizada desde la Dirección que capacite a los funcionarios de referencia y admisiones en el aprendizaje y uso de una segunda lengua.
- ☑ Trabajar en la fidelización del cliente interno.
- ☑ Fortalecer los procesos propios del área y con los que tiene interrelación para generar una experiencia positiva en el paciente y su familia.
- ☑ Identificar nuevos riesgos en la prestación de los servicios en el área y controlar los ya establecidos.
- ☑ Fomentar el crecimiento personal y profesional en los miembros de Admisiones y Referencia.



Los Nogales  
Clínica



**Urgencias**



## Objetivo General

Brindar atención priorizada e individualizada centrada en el paciente, brindando un servicio ágil, oportuno y humanizado que logre la satisfacción del paciente y su familia.

## Líderes Responsables

- Dr. Villy Alejandro Huérfano Huertas
- Jefe Diana Marcela Caro

## Principales Logros

### Logros referentes a las líneas estratégicas de Humanización



a. **Trato digno:** acompañamiento en código lila y Urgencias de puertas abiertas.



b. **Comunicación asertiva:** Conferencia de pasión x servir. Talleres de comunicación efectiva.



c. **Humanización y duelo:** Acompañamiento exequias y sala de Paz. Acompañamiento a pacientes con patología mental.



d. **Privacidad y confort:** Mejoras de infraestructura áreas VIP. Promesa servicio en urgencias y habitación unipersonal.



e. **+ Héroes + Humanos:** Participación en línea acompañamiento y psicológico al trabajador.



-  **f. Docencia e investigación:** Participación en convenios docente asistencial – Estudiantes de Enfermería de FUCS y Universidad Nacional, Fisioterapia y estudiantes de auxiliar de enfermería del SENA
  
-  **Gestión y Manejo del ACV** – Status Platino Q3 – 2021: Se encuentra en preparación año 2023 para Certificación Internacional.
  
-  **Cumplimiento de metas** en el manejo integral de ACV.
  
-  **Múltiples felicitaciones** de los pacientes y sus familias que fueron atendidos en el servicio de urgencias.
  
-  **Reconocimiento al mejor stand** en el evento de la semana de seguridad del paciente.
  
-  **Se cumplió el objetivo** de capacitación al personal de la Clínica Los Nogales durante la Feria de Acreditación 2022.
  
-  **Adopción del Modelo** De Manejo Integral de Dolor.
  
-  **Complimiento del POA** 2022 al 100%



# Indicadores

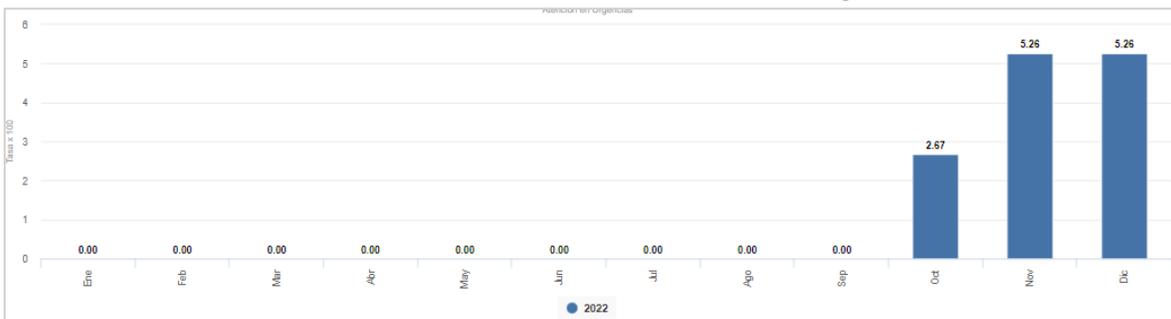
## ID – 216 Porcentaje de Satisfacción de Urgencias



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia que en los 10 primeros meses del año 2022 se tuvo menor porcentaje de satisfacción por parte de los usuarios a comparación de estos mismos meses en el año 2021, desde el mes de octubre se evidencia que hubo el pico más bajo, por lo tanto, se inició intervención intensificada a los colaboradores en humanización y buen trato, dicha gestión se ve reflejada en los meses de noviembre y diciembre donde hubo una mejor percepción de satisfacción de los usuarios respecto al 2021.

## ID – 724 Tasa de Eventos Adversos en Observación de Urgencias

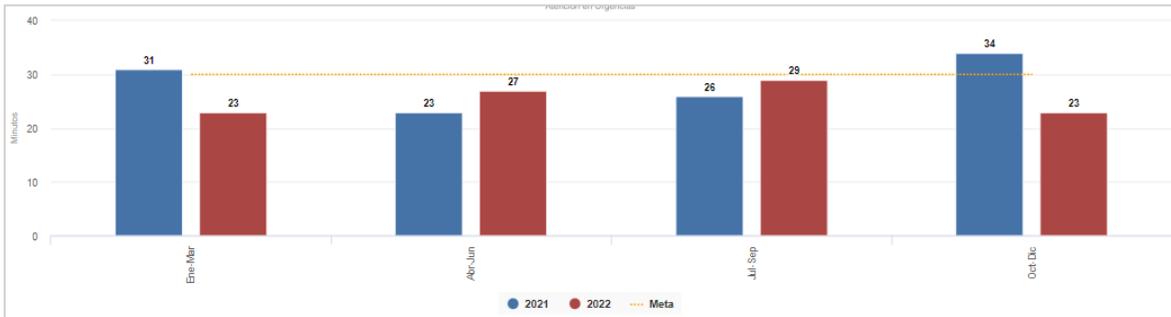


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La tendencia en el 2022 es positiva y se debe al inicio de notificación de estos eventos y la cuantificación de los mismos. Esta tendencia positiva no indica aumento de los eventos adversos, indica la adherencia cada día mayor de los funcionarios en notificar dichos eventos.



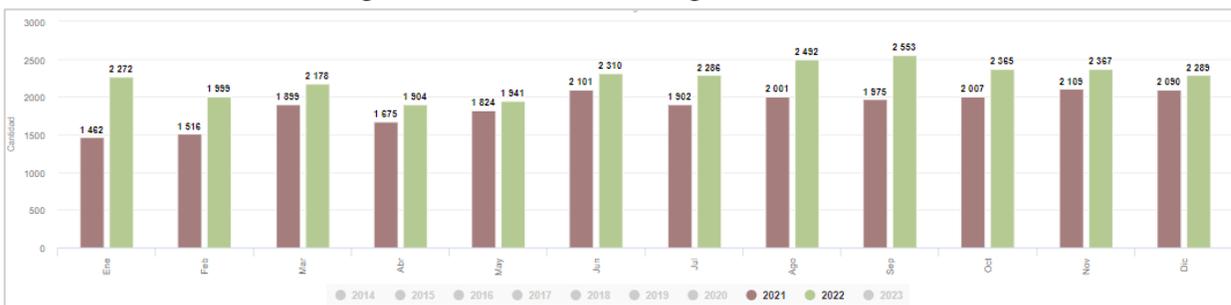
### ID – 689 Tiempo Puerta Aguja en el Servicio de Urgencias



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En esta gráfica se evidencia que el tiempo en la atención por neuro-intervencionismo está teniendo una tendencia positiva, ya que se cuenta con el especialista al llamado, y no está dentro de la institución permanentemente.

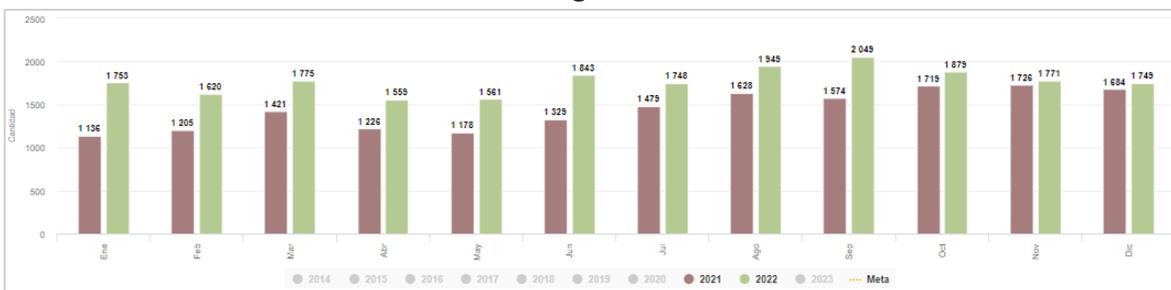
### ID – 305 Número de Triage en el Servicio de Urgencias



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El número de triage atendidos en promedio del 2021 al 2022 denota un aumento aproximado de 16%.

### ID – 312 Consultas en el Servicio de Urgencias en el Periodo

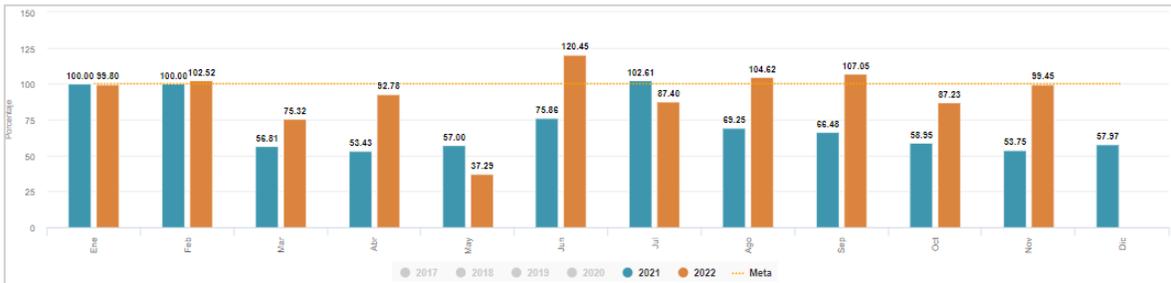


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El número de consultas en el 2022 fue mayor comparado con el 2021 con un aumento promedio de 18%.



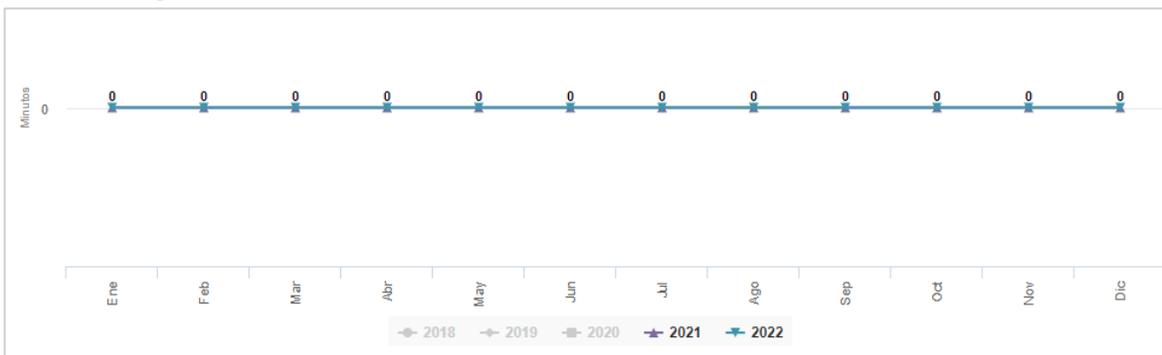
### ID – 273 Porcentaje de Cumplimiento Metas de Ingresos en Urgencias



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia en el año 2022 un cumplimiento aproximado al 100% de la meta de ingresos atendidos en urgencias en todos los meses en comparación al 2021, ya que desde su tercer mes no cumplía esta meta, excepto en el mes de julio.

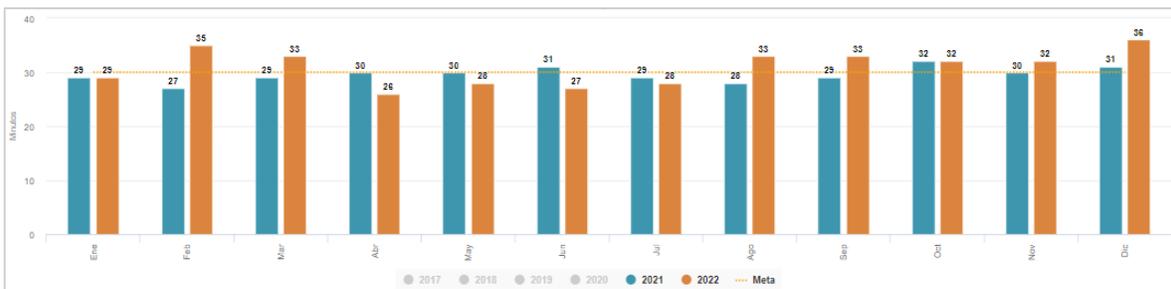
### ID – 222 Tiempo Promedio de Espera para la Atención del Paciente Clasificado Como Triage I



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La atención en urgencias del paciente con clasificación de triage I continúa siendo oportuna, brindándole atención inmediata al paciente cuando llega a la institución.

### ID – 315 Tiempo Promedio de Espera para la Atención del Paciente Clasificado como Triage II



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Según la resolución 5596 de 2015 indica que el triage clasificado como II se debe atender en 30 minutos, en el 2021 se evidencia dicha adherencia, para el 2022 se continua la atención en este tiempo establecido en general.

### ID – 314 Duración de la Atención en el Servicio de Observación en Urgencias



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La promesa de servicio de la estancia en observación de urgencias es de 24 horas, en el 2021 se tuvo un promedio de estancia de 11 horas, mientras que en el 2022 hubo un promedio de 28 horas, esto obedece al aumento de pacientes admitidos y atendidos en urgencias y al aumento de remisiones para el servicio. A su vez, este tiempo depende de la rotación de camas en hospitalización en piso o UCI.

### ID – 317 Duración de la Atención en el Servicio de Observación en Urgencias

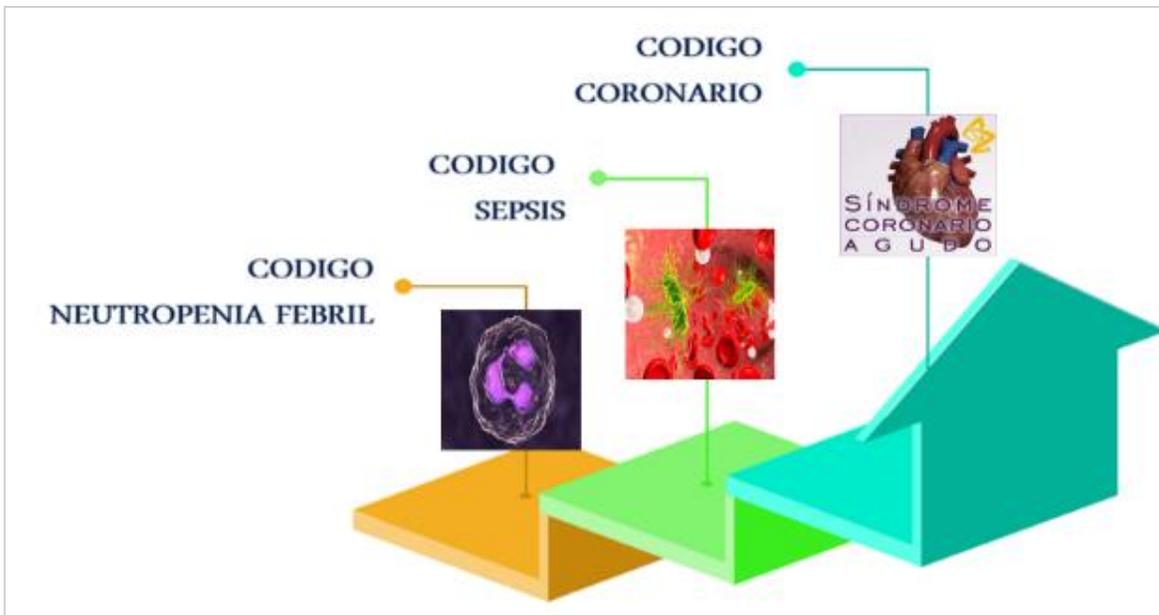


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La meta de ocupación del servicio de urgencias es del 100%. En el 2022 se evidencia que al inicio de año una ocupación cercana a la meta y en el transcurso del tiempo fue disminuyendo hasta el 81% aproximadamente, siendo similar a lo presentado en el año 2021, sin embargo, con la diferencia de volumen de pacientes entre un año y otro se evidencia que, la resolución médica fue más efectiva en el año 2022 respecto al año 2021.

## Proyectos 2023

- Alinear las estrategias del POA 2023 con todo el programa de seguridad del paciente y trabajar de forma integrada con esta área con el fin de optimizar la gestión y la cultura de seguridad para nuestros pacientes.
- Aumentar en un 1% la satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias, mediante estrategias de acompañamiento del usuario durante la estancia en el servicio, hacer gestión de sus requerimientos basados en el aplicativo XCustomer 360.
- Implementar códigos de manejo de patologías complejas como lo son sepsis, neutropenia febril y enfermedad coronaria.



**Ilustración:** Códigos de manejo de patologías complejas / **Fuente:** Coordinación urgencias



Los Nogales  
Clinica



**Consulta Externa**



## Objetivo General

Brindar atención médica especializada al paciente de consulta externa de forma oportuna, eficiente, segura y humanizada, mediante la estandarización de procesos, con el fin de definir un diagnóstico, tratamiento y dar continuidad en el manejo de acuerdo con el estado de salud.



## Líder Responsable

Jefe Diana María Orjuela Flerez

## Principales Logros



**Primer servicio con Implementación** de salud IPS al 100%.



**Incremento en la productividad** con respecto al año 2021.



**Validación y gestión diaria** a respuestas de PQRS desde el aplicativo IT Enlace.



**Implementación del cuadro control** de consultorios con el fin de identificar la ocupación y las franjas libres por consultorio.



**Implementación de alerta en el sistema de Salud IPS** que evidencia el doble agendamiento durante el mismo mes en la misma especialidad, con el fin de disminuir el porcentaje de inasistencia.



**A partir del mes de junio se evidencia** disminución de la oportunidad de respuesta a PQRS, logrando una disminución de 15 días promedio a 4 días.

# Indicadores

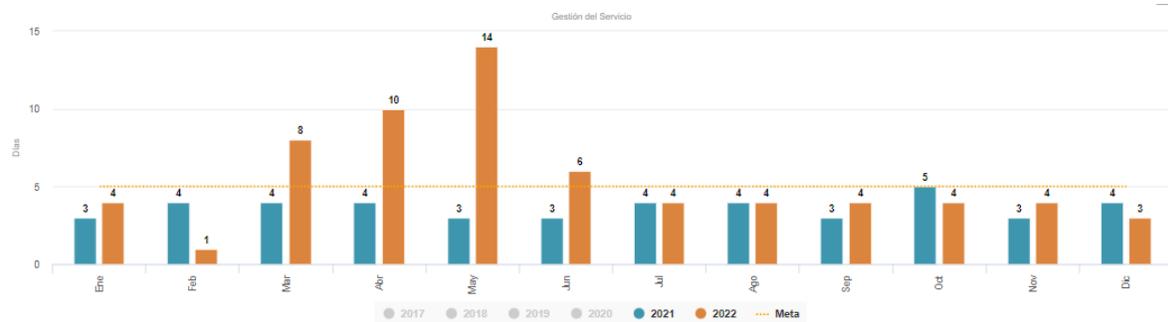
## ID - 476 Porcentaje de Utilización de la Capacidad Instalada de Consulta Externa



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia el indicador por debajo de la meta, pese a esto, se presentó un mejor aprovechamiento de los consultorios con un incremento de la productividad respecto al año 2021. Se evidencia mayor uso de los consultorios en horas de la mañana.

## ID - 213 Oportunidad de respuesta a PQRS



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia debido al ataque cibernético un aumento durante el mes de mayo de las PQRS, ocasionando que la oportunidad de respuesta aumentara a 14 días. A partir del mes de junio se asignaron dos personas para la gestión diaria de las PQRS, con el fin de disminuir el tiempo en la respuesta. A partir de ese mes el tiempo de respuesta pasó a 4 días en promedio.



## ID - 220 Porcentaje de Satisfacción de Consulta Externa

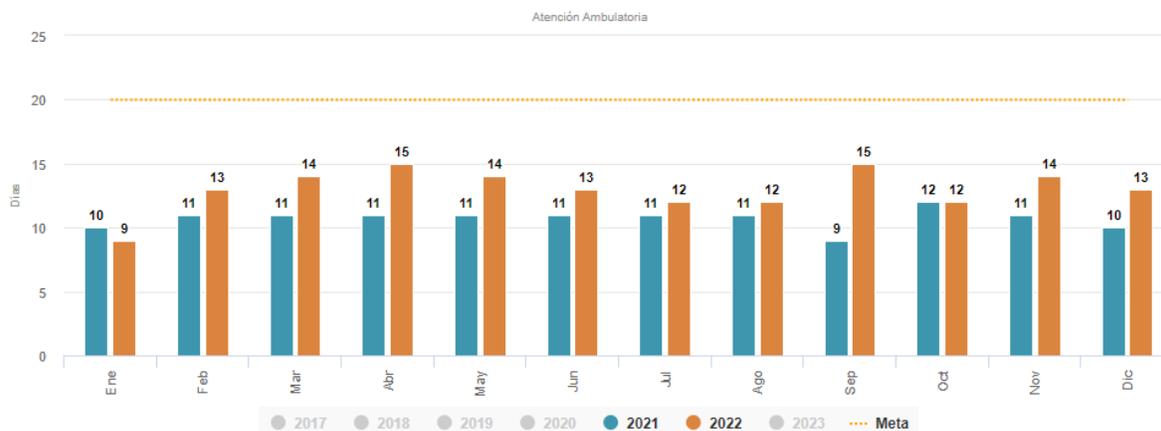


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

A partir del mes de julio de 2022 se evidencia en el indicador una disminución en el porcentaje de satisfacción de consulta externa, esto se debe a que partir de este mes se inició la implementación de la realización de encuestas mediante código QR.

Desde el servicio de consulta externa inicialmente no se cumplía con la meta mensual de las encuestas, ya que se identificó principalmente población en edad mayor a 60 años con bajo alcance en dispositivos digitales, por lo tanto, a partir del mes de octubre se realizó acompañamiento por parte del personal auxiliar de enfermería y gestión del servicio, logrando un aumento en el porcentaje del indicador.

## ID - 016 Oportunidad de Asignación de Citas de Medicina Especializada



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia durante los años 2021 y 2022 dentro del estándar que, desde el servicio se realiza una revisión de la oportunidad de forma semanal, con el fin de lograr un mejoramiento sobre las especialidades con mayor alteración en el indicador.



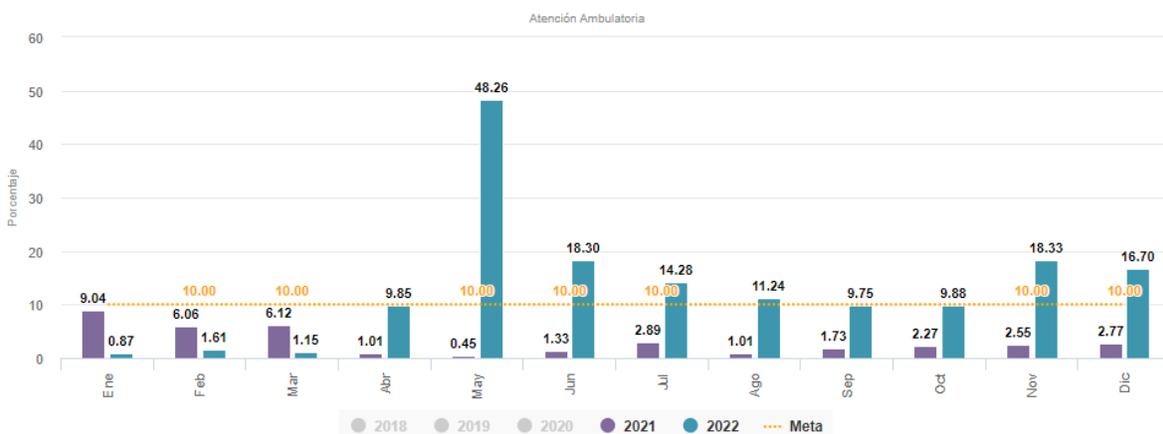
## ID - 009 Porcentaje de Cancelación de Citas de Medicina Especializada por los Usuarios



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia un aumento en el indicador del 2022 con respecto al año 2021, debido a la implementación del sistema Salud IPS al 100%. Este sistema permitió realizar una medición con datos más exactos correspondiente a los porcentajes de cancelación de citas, los datos de los pacientes que cancelan y los motivos de cancelación. Entre los motivos de cancelación se hace referencia a motivos personales, donde se encuentra que los pacientes manifiestan que no tienen autorización, que ya fueron atendidos por otra IPS, o, no cumplen con la preparación. Con el fin de disminuir estas cancelaciones, se realizó la implementación del mensaje de doble vía a través de Call Center, para que previo a la cita con medicina especializada le sea recepcionado al paciente un mensaje de texto con link para cancelación de su cita médica, en el caso que sea requerido por el paciente.

## ID - 008 Porcentaje de Inasistencia en Medicina Especializada



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador de inasistencia durante el 2022 se observa fuera de los estándares normales y con un aumento respecto al año 2021. Durante el año 2022 se logra la implementación del 100% del sistema donde se ha permitido realizar el comparativo de las consultas agendadas VS las atendidas de forma detallada. Al realizarse la validación de los casos de inasistencia se encontró que, el 40% eran relacionados por asignación de doble cita, por este motivo se solicitó al grupo de soporte del software una generación de alerta que evidencie si el paciente tiene una cita de esa misma especialidad durante el mismo mes. Adicionalmente, desde el Call Center se realiza envío del mensaje de texto 24 horas antes de la cita programada, con el fin de recordarle al paciente que tiene una cita agendada.

### DT - 015 Consultas de Medicina Especializada Atendidas en el Periodo (Incluye Consulta de IT SALUD)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia durante el año 2022 un incremento del 5% de la productividad con respecto al año anterior. Mensualmente se realiza de manera conjunta con el prestador Salud Total la demanda VS la oferta de consultas por medicina especializada, validando los casos en los que sea necesario aumentar el número de consultas. Adicionalmente, se trabaja de manera semanal con el informe de oportunidad de asignación de cita por cada especialidad, en caso de encontrar una desviación se informa de manera inmediata al líder y se amplía la oferta de consulta para garantizar más pacientes para las citas de medicina especializada.



## Proyectos 2023

- ☑ Mejorar la oportunidad de consulta en especialidades críticas.
- ☑ Aumentar la oferta de especialidades.
- ☑ Mejor aprovechamiento de los consultorios.
- ☑ Implementación en el sistema de causas de inasistencia.
- ☑ Mantener el aplicativo IT Enlace con 0 casos al día.
- ☑ Mejorar la experiencia y satisfacción del usuario a través del aplicativo XCustomer.
- ☑ Implementación del proyecto Don Doctor para una mejor asignación de citas y mejor medición de indicadores como oportunidad, inasistencia y cancelaciones.
- ☑ Potenciar la referenciación.
- ☑ Fortalecer las rutas de atención con la red integrada de los aseguradores.
- ☑ Aumentar y soportar la producción académica en publicaciones.
- ☑ Actualizar el modelo de atención del servicio de consulta externa.



Los Nogales  
Clínica



# Salas de Cirugía



## Objetivo General

Realizar una atención de forma segura, humanizada, integral, oportuna y eficiente al paciente que asiste al servicio de cirugía.

## Líder Responsable

Leidy Dayana Londoño Cortés

## Principales Logros



**Se implementa la estrategia de radicación** de manera virtual al correo de programación, donde se les emite una respuesta con su fecha preliminar, una gestión realizada al ver la dificultad de alguno de nuestros pacientes para poder realizar la radicación de sus documentos de forma presencial.



**Se da continuidad con la priorización de programación** para nuestros pacientes oncológicos no mayor de 15 días después de su radicación, y 20 días después de su ordenamiento; los cuales se identifican con un sticker de priorización desde su ordenamiento en el servicio de oncología para poderlo semaforizar en el momento de su radicación.



**Se da continuidad al fortalecimiento en la pre-admisión** de nuestros pacientes programados; la cual debido a la pandemia tuvo que ser pausada y es de importancia para el proceso de programación, ya que en este proceso se realiza la validación de los derechos de nuestros usuarios, teniendo como resultado el paso de pacientes al área de preparación de manera oportuna y evitar cancelaciones por motivos administrativos como autorizaciones vencidas, copagos, entre otros.



**Optimizar la atención del paciente en el periodo** posoperatorio inmediato, robusteciendo el área de recuperación donde se articuló aspectos de humanización, asistenciales y administrativos

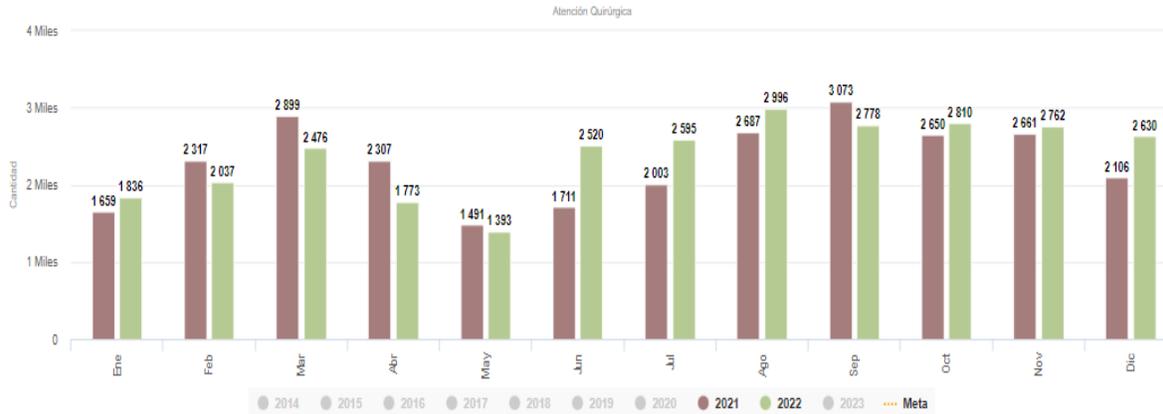


**Se establecen las funciones específicas del médico** en recuperación de salas de cirugía, en respuesta a las necesidades de salud del paciente en su periodo pos-anestésico inmediato, cuyo objetivo es garantizar que nuestros pacientes reciban una atención integral e idónea, para lo cual están articuladas con el personal de enfermería y se complementan para poder hacer un cierre del ciclo de atención de los pacientes quirúrgicos, siempre con un trato humano e integral.



# Indicadores

## ID – 409 Número de Procedimientos Totales



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el 2022 los primeros meses se presentaron menos procedimientos realizados por el déficit de anestesiólogos, los cuales impactó fuertemente en la programación de los usuarios; una vez estabilizada esta especialidad con el ingreso de otro grupo de anestesia, se logró tener todo el equipo completo, lo cual se ve reflejado después del mes de mayo donde se realizaron más cirugías comparados con el 2021.

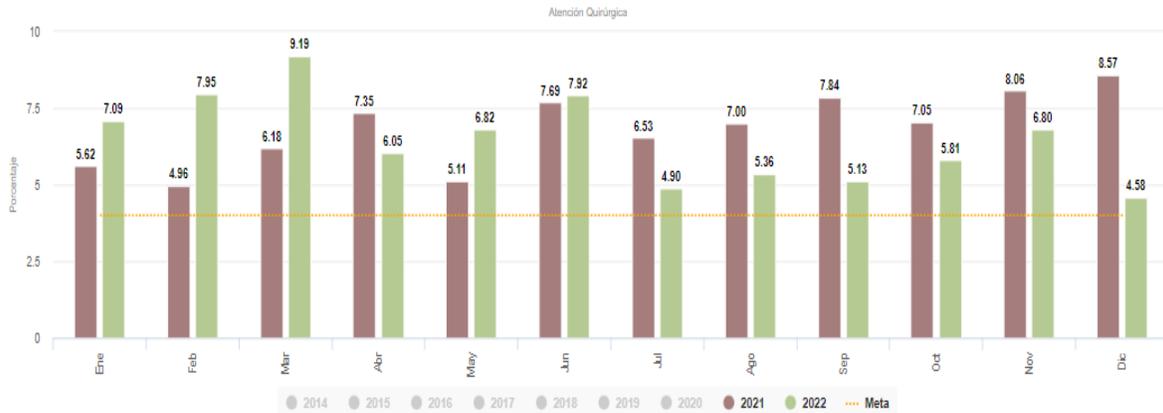
## ID – 110 Número de Pacientes Interventidos Quirúrgicamente (Sin Compensados)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Podemos evidenciar para este caso que, en el 2022 durante febrero y marzo hubo una disminución por la falta de médicos anestesiólogos, sin embargo para los otros meses se logró un comportamiento superior. Es importante tener en cuenta que, esta diferencia tan alta en los siguientes meses en comparación al año 2021 también es por consecuencia de la pandemia.

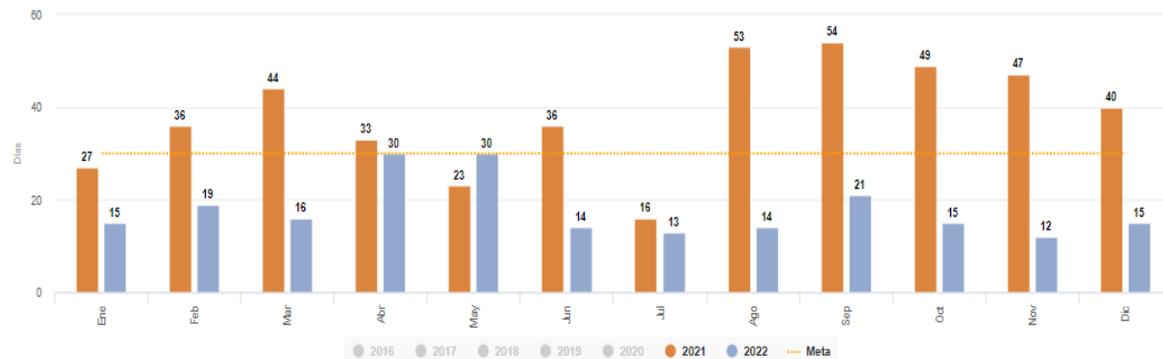
## ID – 111 Porcentaje Total de Cancelaciones en Salas de Cirugías



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La cancelación de cirugía en salas se mide de manera global, la cual en el segundo semestre del 2022 se trabajó continuamente desde el área de programación para disminuir las causas prevenibles y lograr un impacto de disminución en el indicador general, lo cual se evidencia que, se logró terminar el año con un 4%, siendo para el 2023 la meta del 3%.

## ID – 112 Oportunidad en la Realización de Cirugía Programada



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



La oportunidad para nuestros usuarios de cirugía programada está por debajo de 30 días en la mayoría de las especialidades para patologías benignas. La estrategia para mejorar este indicador en el 2022 fue generar alertas de semaforización para pedir ampliar las jornadas y nuestra capacidad instalada a los domingos de los grupos quirúrgicos, pasando a 30 días su oportunidad. Cabe destacar que la pandemia en el 2021 afectó la oportunidad de cirugías por el efecto acordeón que sufrieron las salas de cirugía.

### ID – 219 Porcentaje de Satisfacción en Salas de Cirugía



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La satisfacción de nuestros usuarios es similar comparada con el 2021, se presentó una disminución en el segundo semestre, teniendo un pico en el mes de agosto, esta razón fue porque el número de pacientes de muestra no se cumplió, de igual forma se realizó trabajo continuo con todo el personal para mejorar los servicios y brindar una mejor atención. A su vez, se realizaron compromisos entre servicios para mejorar el tiempo de egresos de nuestros usuarios por temas administrativos.



## Proyectos 2023

- Oportunidad inferior a 15 días desde el ordenamiento para paciente oncológico en el primer trimestre.
- Mejor oportunidad y satisfacción a nuestros pacientes al momento del egreso para hospitalización o ambulatorio en el primer trimestre.
- Quirófanos humanizados, seguros, oportunos y eficientes para todos nuestros pacientes en el segundo trimestre.
- Aumento de la capacidad instalada de quirófanos los fines de semana, para especialidades que aumenten su demanda en el segundo semestre 2023.
- Certificación en Quirófanos Seguros para el servicio de salas de cirugía de Clínica Los Nogales en el último trimestre del 2023.
- Indicador de cancelación global del 3% en el primer trimestre.
- Incremento en la productividad y rentabilidad del servicio; aumentando la realización de procedimientos de mayor complejidad.



Los Nogales  
Clínica



**Hospitalización**



## Objetivo General

Prestar atención en salud basada en el modelo de atención integral, cumpliendo con los atributos de oportunidad, eficacia, eficiencia y humanización; propiciando en los colaboradores el sentido de pertenencia por la clínica y los pacientes.



## Líder Responsable

Dra. Mónica Adriana Valencia Gómez

## Principales Logros



**Iniciamos operaciones el servicio de Trasplante Alogénico de Medula Ósea (TAMO)**, ubicado en el 7 piso de Torre II, con una capacidad instalada de 7 camas unipersonales, en el segundo semestre del 2022.



**El servicio de hospitalización realizó articulación** con nuevo servicio de Trasplante Alogénico de Medula Ósea (TAMO) para la adopción del Modelo Asistencial Hospitalario y en este sentido se provee el talento humano (Medico general, Enfermera profesional y auxiliar de enfermería) para la ejecución de la atención clínica de los pacientes hematológicos o en proceso de trasplante.



**Asistencia hospitalaria a 149 pacientes** del servicio del servicio de Trasplante Alogénico de Medula Ósea (TAMO) para el personal de hospitalización articulado con líderes de la Unidad de Trasplante de Medula ósea.



**El servicio de hospitalización inició la capacitación** de la totalidad del personal asistencial, iniciando operaciones en nueva plataforma de software clínico – Salud IPS en junio de 2022 con la apertura del servicio de Trasplante Alogénico de Medula Ósea (TAMO) y luego a través de ingreso vía remisión directa al servicio hospitalario.



**Se han presentado 158 egresos hospitalarios** de pacientes con atención en nuevo Software de Historia Clínica electrónica - Salud IPS; y se ha brindado atención clínica a 33 pacientes que han continuado manejo y egreso en unidades de Cuidado Crítico, en el segundo semestre de 2022.



**Se espera el inicio de operaciones** de manera masiva en servicios de urgencias y quirúrgicos para aumento de número de pacientes en atención por Salud IPS los cuales durante el año 2022 han realizado revisión de plantillas de parametrización.



**La Clínica Los Nogales establece el Comité de Muerte Digna** para análisis y gestión de las solicitudes de aplicación de Eutanasia que sean presentadas, designando la secretaria técnica a la Coordinación de Hospitalización, en el marco de la Resolución 971 de 2021



**Se realizaron acuerdos con aseguradores** de (Salud Total EPS-S y Sanitas) para ejecutar de manera conjunta rondas de auditoria concurrente y de seguridad de paciente durante el segundo semestre del 2022.



**Se iniciaron rondas de seguridad con los líderes** de seguridad de paciente y gestión del riesgo fomentando la cultura de reporte y de anticipación de eventos de seguridad.



**Se implementó como estrategia de mejoramiento** de satisfacción de atención del usuario del servicio de hospitalización, la entrega a través de folletos informativos que comunican al paciente y su familia el Modelo asistencial, horarios de visita, momentos y formas de acceso a información clínica, horarios de dispensación de dietas y recomendaciones durante estancia en el servicio, en lo corrido del año 2022.



**Se desarrollaron los talleres del Modelo Spire** en conjunto con Talento Humano, para elevar las experiencias ordinarias a experiencias extraordinarias proyectando al colaborador a encontrar un sentido, un propósito y significado de vida con enfoque en las cinco esferas del ser: espiritual, física, intelectual, relacional y emocional.



**Estrategia al fortalecimiento al modelo asistencial** hospitalario para brindar una atención cálida, asertiva y oportuna que impacten en la percepción del usuario, alcanzando en el mejoramiento de la satisfacción del usuario para el segundo semestre de 2022.



# Indicadores

## ID – 100 Giro Cama en Hospitalización



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia un aumento global del indicador giro cama comparativa entre los años 2021 a 2022, sin embargo, sin cumplimiento de meta institucional. Dentro de las variables de afectación del indicador se encuentran vinculado el comportamiento de las estancias hospitalarias y los porcentajes ocupacionales; indicadores que se analizan a continuación de manera individual.

## ID – 101 Porcentaje Ocupacional en Hospitalización

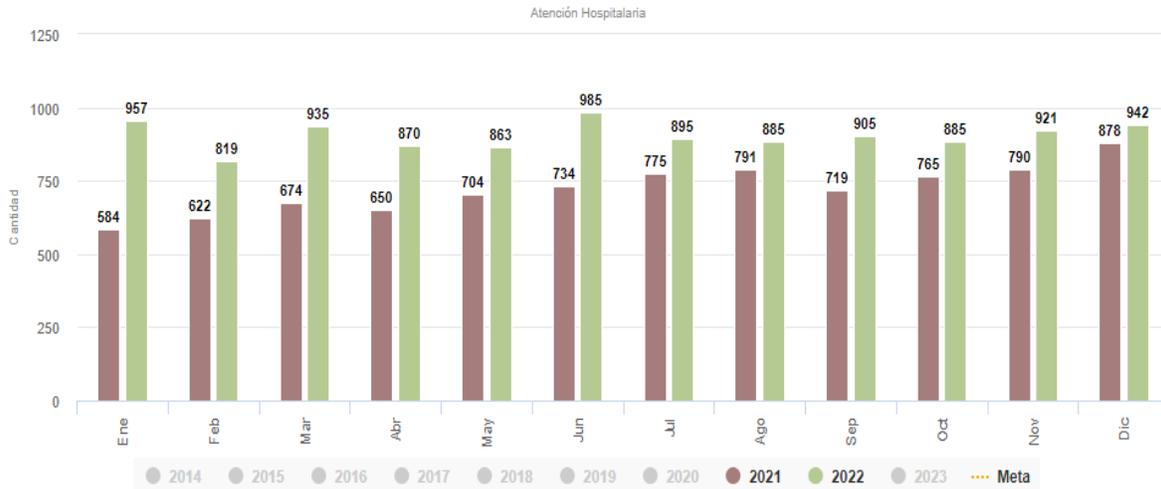


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Tendencia a la disminución del porcentaje ocupacional con respecto al crecimiento comparativo anual con 2021 (de 92.4 a 89.3%). Entre las causas se establece el análisis diferencial del comportamiento de porcentaje de ocupación entre Torre 1 y Torre 2, evidenciando una ocupación de 77.8% para Torre 2 lo cual impacta de manera negativa el indicador global del servicio de hospitalización al no alcanzar la meta proyectada de 87.3%.



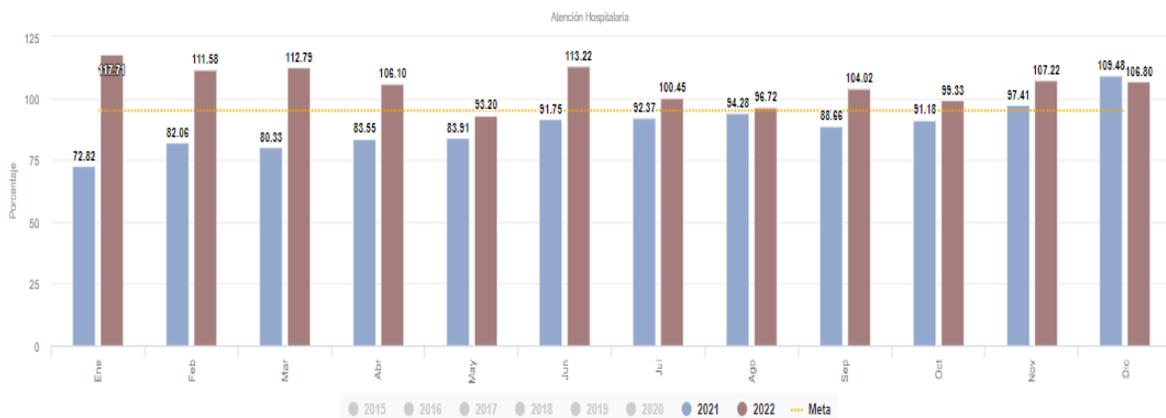
## ID – 437 Egresos de Hospitalización



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidenció durante año 2022 un mayor número de egresos de manera comparativa al año 2021, en relación con aumento de la capacidad instalada con la nueva Torre II, que posee 50 camas hospitalarias tipo unipersonal.

## ID – 098 Porcentaje De Cumplimiento de Egresos Hospitalización

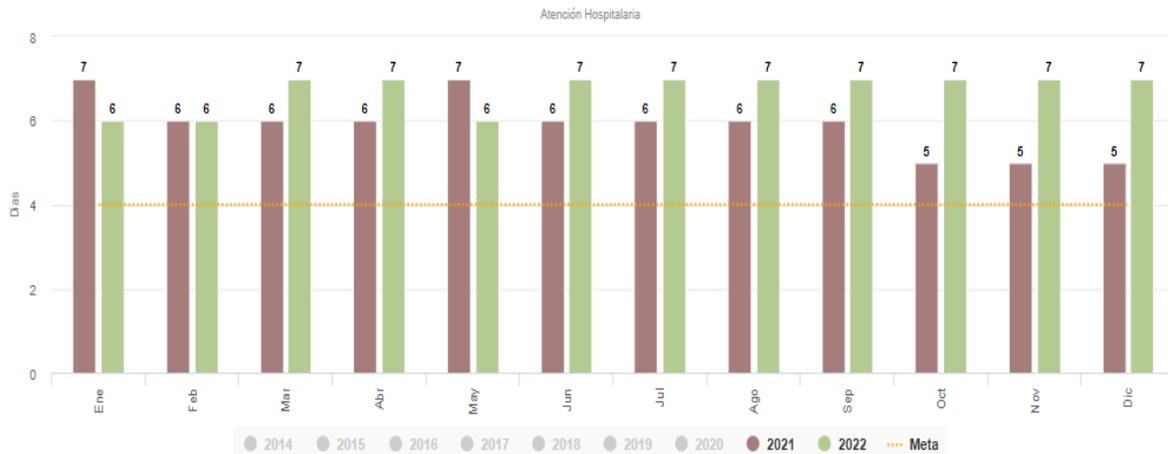


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia para el año 2022 que se supera la meta de egresos hospitalarios de 95%, con un porcentaje promedio de 105%.



## ID – 102 Promedio Día Estancia en Hospitalización



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia para el año 2022 aumento en el promedio de días de estancia hospitalaria, pasando de 6 días a 7 días. Para el análisis de la afectación del promedio, días de estancia, se ha definido 3 tipologías de atención de pacientes: Atención clínica, Atención Quirúrgica y Atención Oncológica.

## ID – 217 Porcentaje de Satisfacción de Hospitalización



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se presentó durante el año 2022 un cumplimiento respecto a la meta (98%) en los meses de enero, mayo y julio; con un comportamiento en los meses restantes variable con valor más bajo en 91.3%. Es resaltable la medición de satisfacción del usuario durante el mes de mayo, en el cual se presentó contingencia informática, por lo tanto se realizaron procesos informáticos manuales que podrían afectar en la disminución de la percepción de satisfacción del servicio. Las causales de afectación se diferencian entre intrínsecos y extrínsecos al servicio.



## Proyectos 2023

- ☑ Aumentar la ocupación en Torre 2 para población objetivo de Medicina Prepagada y pacientes particulares.
- ☑ Fidelización del usuario: Satisfacción y experiencia.
- ☑ Gestión positiva sobre indicadores de productividad: Acuerdos egresos con EPS.
- ☑ Efectividad Clínica: Equipos de respuesta rápida verificación implementación.
- ☑ Controlar, mitigar o evitar los riesgos asociados a la atención en salud materializados en eventos seguridad.



Los Nogales  
Clínica



**UCI**

Unidad de Cuidados Intensivos



## Objetivo General

Garantizar una atención oportuna, segura idónea humanizada del paciente que ingresa al servicio de cuidado crítico.

## Líder Responsable

Dr. Orlando Pabón Tovar  
Jefe Diana Pilar Arango Méndez

## Principales Logros

Durante el año 2022 se obtuvo importantes logros que han fortalecido al proceso de atención en la unidad de cuidados intensivos e intermedios.

### Capacitaciones realizadas durante el año



a. **Capacitación sobre el uso racional** de antimicrobianos y aislamientos según reportes de cultivos, con el fin de mitigar glosas y largas estancias.



b. **Capacitación de casos clínicos** en los cuales se desarrollaron temas como: balances de líquidos administrados, eliminados, gastos urinarios, solitud de medicamentos y ecuaciones.



c. **Estrategia multimodal de lavado de manos**, educación sobre los momentos de lavado de manos y la técnica para realizarla.

### Fortalecimientos para la unidad



a. **Se fortalece la revista médica**, incluyendo a todo el personal que interviene en el manejo interdisciplinario de los pacientes: auxiliar de enfermería, enfermera, terapeuta y médico especialista.



b. **Fortalecimiento de escalas de caídas** con el fin de evitar eventos adversos.



c. **Se realizó socialización de guías clínicas:** Choque Cardiogénico y Sepsis.



d. **Fortalecimiento en el trabajo en equipo** de las unidades generando mejor ambiente laboral y beneficios para el paciente y su familia.



e. **Humanización al paciente y su familia** mediante capacitaciones realizadas por trabajo social, gestión de servicio y psicología.

### Entrenamiento al equipo de la unidad



a. **Manejo** de ecógrafo



b. **Manejo** de Catéter Picco



c. **Manejo** de Catéter Swan Ganz



**Se llevó a cabo en conjunto** con La Cardio el proyecto de investigación PENFUP, el cual consistía en la identificación de pacientes que ingresaban a la Unidad de Cuidados Intensivos con alto riesgo para presentar úlceras por presión. Se realizó con una muestra de 170 pacientes.



**La oportuna notificación de pacientes** a la red de trasplante permitió obtener casos aceptados para trasplantes de órganos y tejidos.



**Se notificaron 44 pacientes**, de los cuales 7 fueron entrevistados y 6 de rescate.

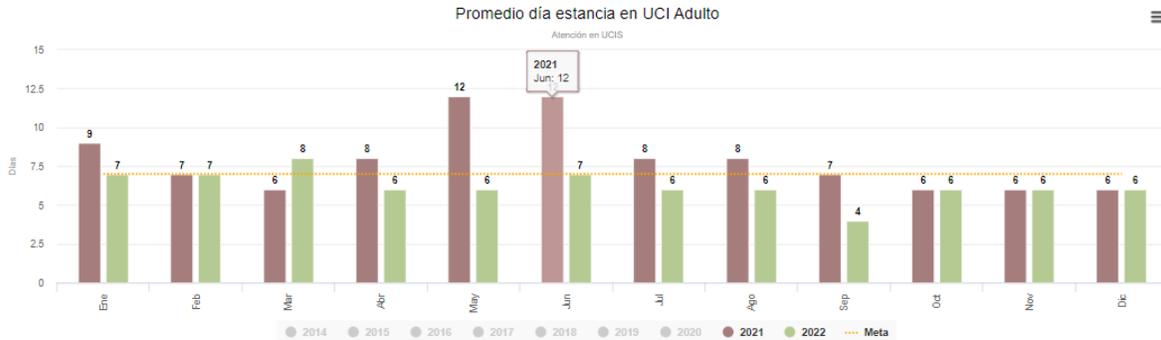


**Acompañamiento por la anfitriona de servicio**, la cual ha servido de canal de comunicación entre el paciente-familia y personal asistencial de la unidad con el fin de establecer prioridades en la atención.



# Indicadores

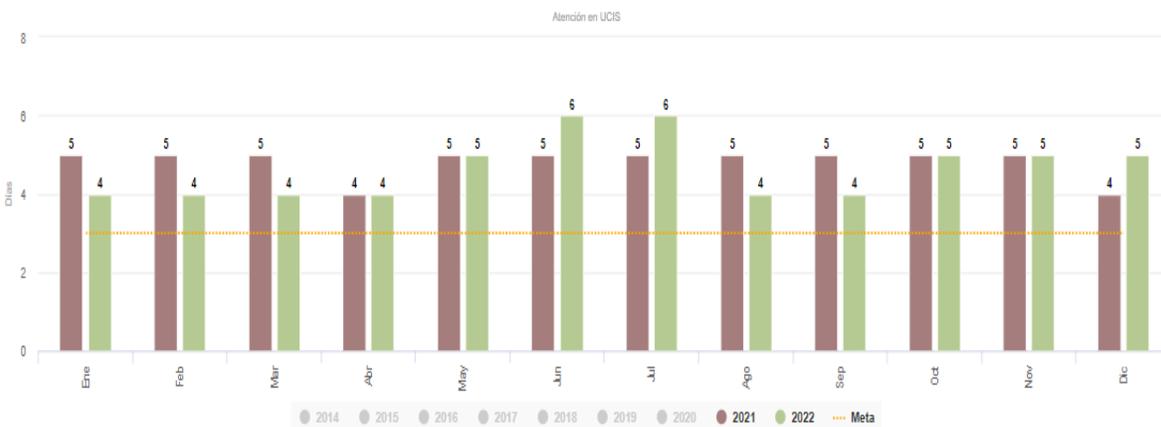
## ID - 446 Promedio de Días de Estancia UCI Adultos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La unidad de Cuidados Intesivos logró mantener el promedio de estancia por debajo de la meta, a través de la optimización del recurso, gestión administrativa e integración con otras especialidades, logrando una mayor disponibilidad de camas para el paciente que lo requiera.

## ID - 448 Promedio Días de Estancia UCI Intermedio

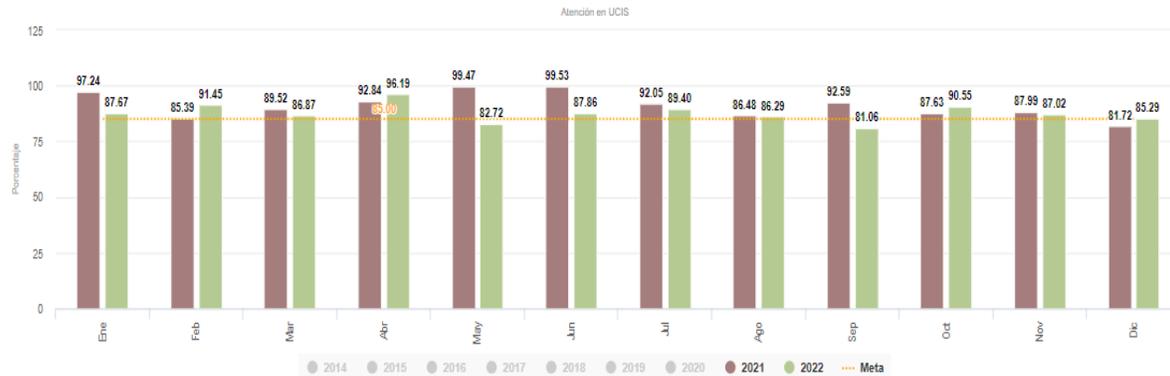


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Comparativamente en los años 2021- 2022 las unidades de Cuidados Intermedios han tenido un comportamiento similar en cuanto al tiempo de estancia, con una ligera tendencia a lograr la meta propuesta.



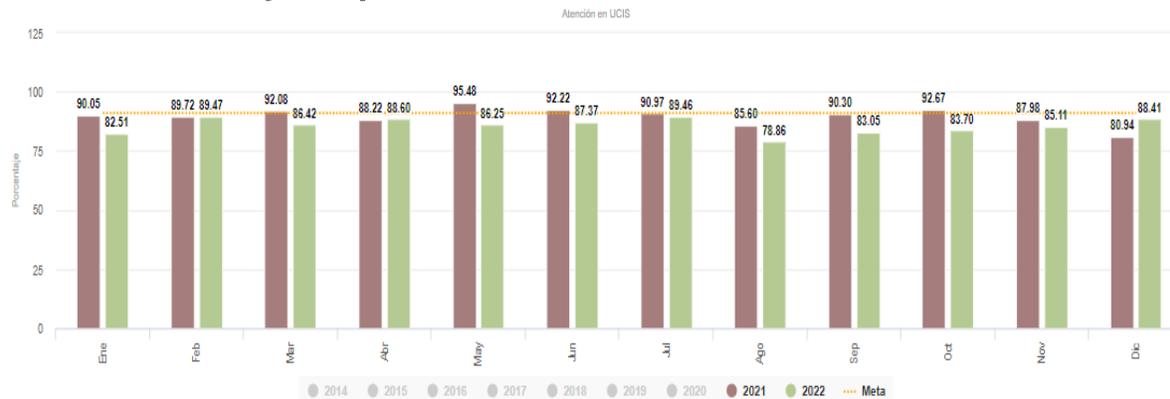
## ID - 445 Porcentaje Ocupación en UCI Adulto



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La unidad de cuidados intensivos se mantiene en su meta de ocupación teniendo en cuenta la necesidad de tener camas disponibles para los casos de emergencias y complicaciones intra-operatorias. Esto se logra gracias a disminución del tiempo de estancia, el aumento del giro cama y apoyo del grupo de admisiones.

## ID - 449 Porcentaje Ocupacional en UCI Intermedia

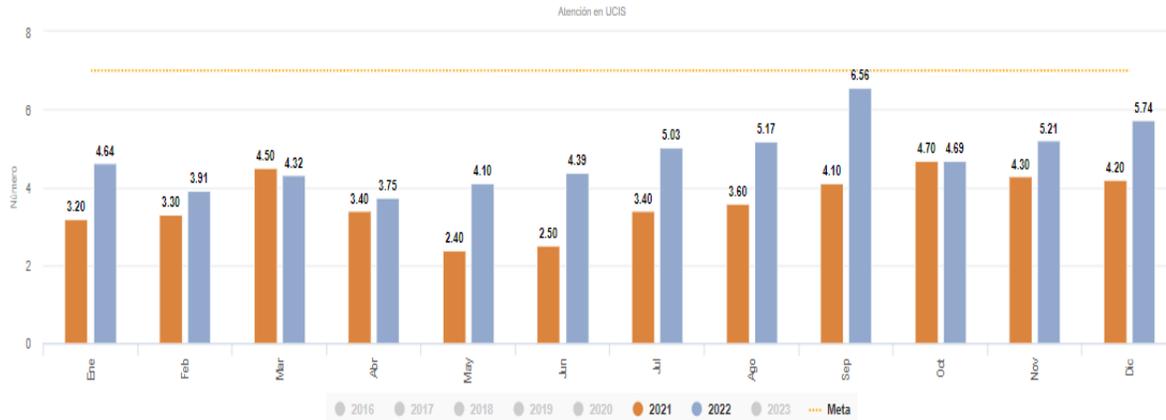


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La unidad de cuidados intermedios logró mantener su meta de ocupación durante el año 2022 teniendo en cuenta la necesidad de tener camas disponibles para remisiones, solicitudes de centros de primer nivel y traslados internos. Esto se logra gracias a la disminución del tiempo de estancia, aumento del giro cama y apoyo del grupo de admisiones.



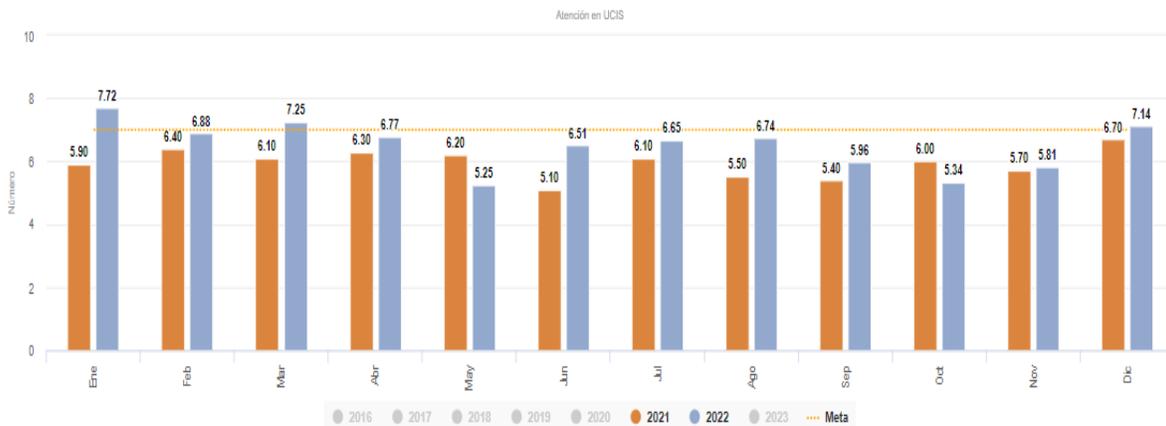
## ID - 123 Giro Cama en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

A pesar de no lograr el giro cama meta, la UCI se mantiene en una tendencia a lograrla, gracias al trabajo en equipo, rápida resolución de los problemas de los pacientes. Es así como se evidencia que, la gestión clínica y administrativa de aquellas situaciones pueden aumentar el tiempo de estancia de un paciente.

## ID - 302 Giro Cama en Unidad de Cuidados Intermedios

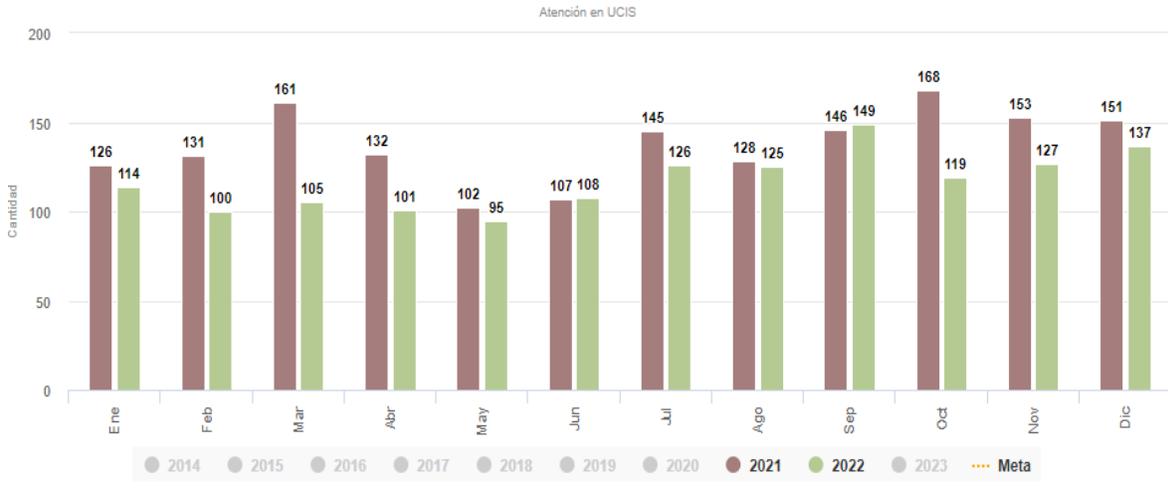


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con la optimización de los tiempos de estancia logramos un mayor giro cama comparado al año pasado, lo que resulta beneficioso referente a una mayor disponibilidad de camas para los pacientes que así lo requieran.



## ID - 444 Egresos UCI Adulto



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

A pesar de tener una disminución en el número de egresos comparados con 2021, esto es explicado por la mayor ocupación de la unidad en dicho año (durante pandemia SARS CoV-2). Sin embargo, si se realiza el comparativo con los años anteriores a pandemia, los egresos son mayores y con tendencia a aumentar, lo cual mide la efectividad en la atención integral de UCI.

## ID - 447 Egresos UCI Intermedia

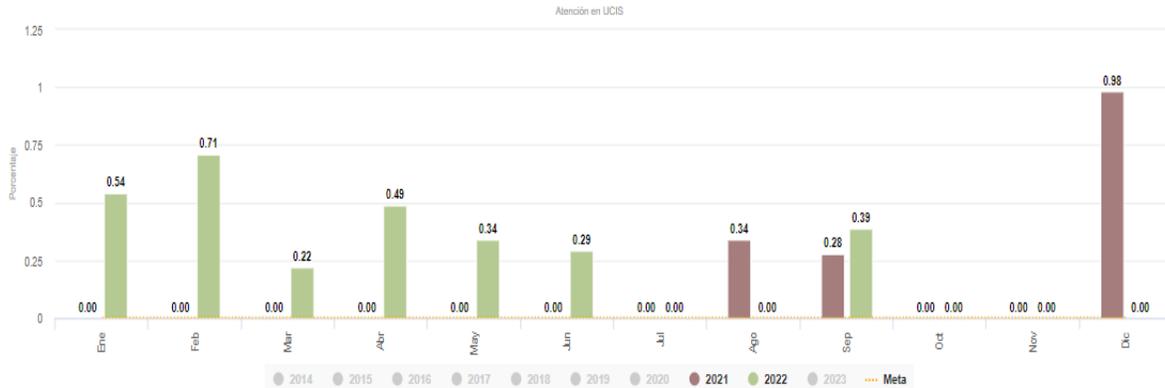


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con diferencia a la UCI del piso 5, la Unidad de Cuidado Intermedio no fue impactada negativamente por pandemia, por lo anterior, la tendencia aumenta el número de egresos, teniendo en cuenta el mayor giro cama y efectividad en los tratamientos.



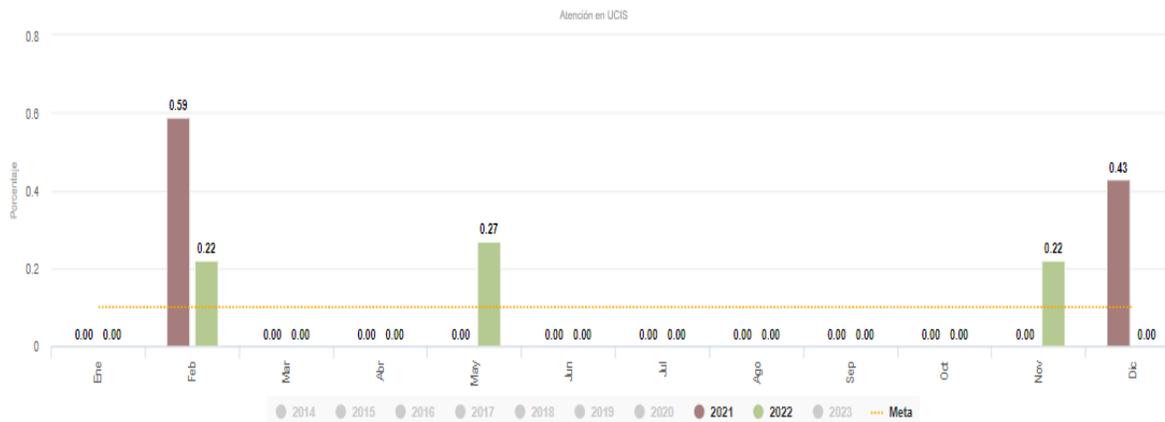
## ID - 355 Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico en UCI Adultos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2022 no se tuvo neumonías asociadas a ventilación mecánica debido a la implantación de los paquetes de medidas para su prevención, gracias a la experiencia obtenida en 2021 y todo lo aprendido en pandemia.

## ID - 356 Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Asociada a Catéter en UCI Adulto

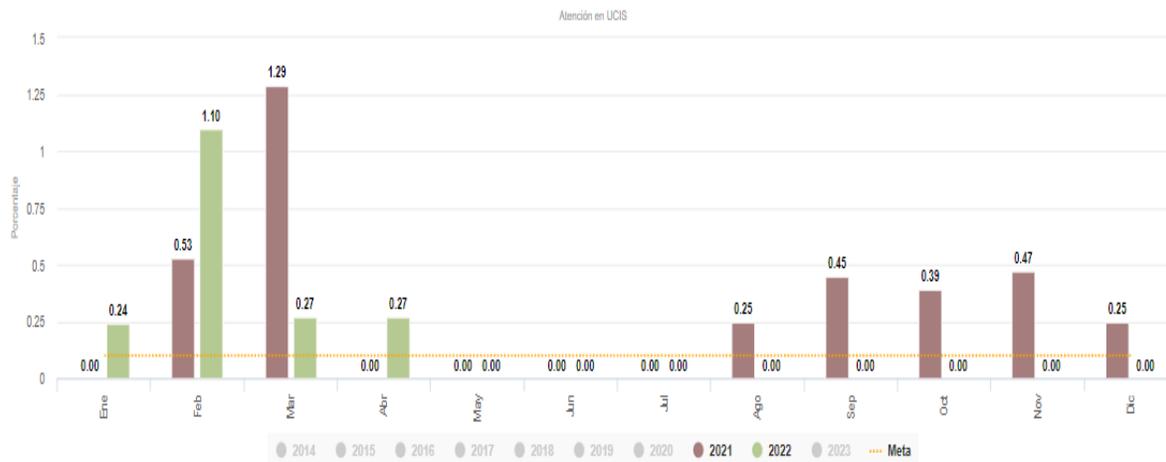


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La tendencia en la Unidad es tener 0 eventos de infecciones urinarias asociadas a dispositivos. El número de eventos en 2022 fue menor que en 2021. Esto obedece a menor uso del dispositivo por número de días y a la implementación de las medidas del control infecciones en general.



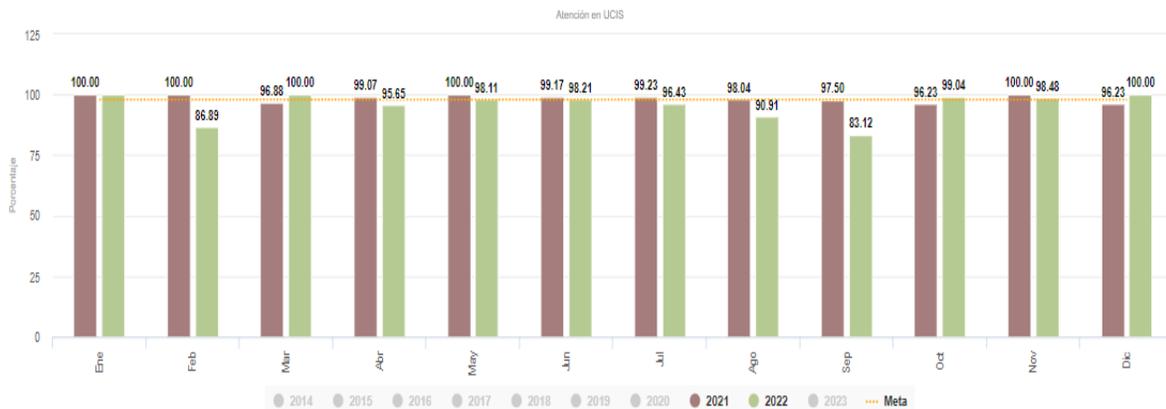
## ID - 357 Tasa de Incidencia del Torrente Sanguíneo a Catéter en UCI Adultos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El trabajo mancomunado del grupo de Cuidados Intensivos, Infecciones y Accesos Vasculares, junto con el paquete de intervenciones preventivas, han dado el positivo resultado en 0% de infecciones del torrente sanguíneo asociados a dispositivos Intra-vasculares.

## ID - 218 Porcentaje de Satisfacción de UCI

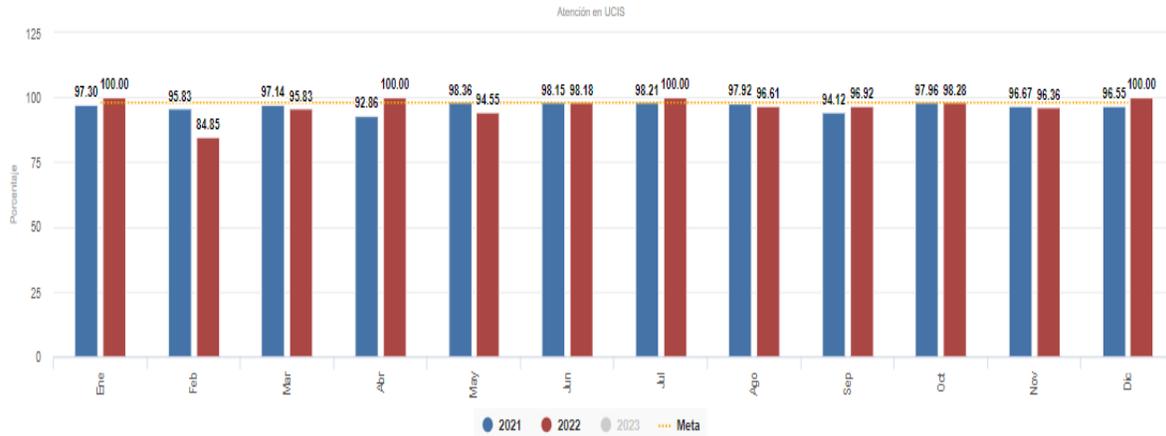


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La Unidad de Cuidados Intensivos pese a tener casos más complejos y críticos, el grupo ha enfatizado su atención en maximizar el profesionalismo y el trato humano, lo cual se refleja en una satisfacción del 100% independiente del resultado obtenido con el paciente.



## ID - 576 Satisfacción en Unidad Cuidado Intermedia



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

A pesar del cambio de herramienta para la medición de satisfacción de pacientes y sus familiares, la Unidad de Cuidados Intermedios ha venido gestionando la atención integral y humanizada de sus pacientes, que redunda en una satisfacción del 100% de los usuarios.



## Proyectos 2023

- ☑ Analizar el modelo de atención actual de unidad de cuidado crítico e intermedio, determinando las necesidades y definiendo variables nuevas para ser incorporadas con el fin de optimizar la experiencia de los pacientes.
- ☑ Desarrollar actividades de bienestar que permitan intervenir en el clima organizacional con el fin de fortalecer la satisfacción laboral.
- ☑ Fortalecer el horario de visitas para pacientes con las medidas de bioseguridad enmarcado en la humanización.
- ☑ Implementar la central de monitoreo de bombas de infusión y fortalecer la conectividad dentro de las unidades.
- ☑ Diseño de área para juntas con familiares y zona de confort para el personal asistencial de las unidades.
- ☑ Compra de equipos compatibles con el resonador.
- ☑ Capacitación en Centros de Simulación para el personal asistencial.
- ☑ Fortalecimiento del grupo Interdisciplinario de Rehabilitación con la finalidad de acondicionar a pacientes de manera temprana.
- ☑ Modificación del Modelo de Atención UCI.
- ☑ Aplicación de la nueva plataforma XCustomer a los pacientes y familiares de las unidades, con el fin de identificar oportunamente las dificultades en el servicio y de esta manera buscar el plan de mejora.



Los Nogales  
Clínica



# Enfermería



## Objetivo General



Brindar un modelo de atención integral en salud con un equipo humano comprometido en dar cuidado de enfermería mediante la aplicación de un proceso de atención al paciente su familia y/o cuidadores; fundamentado en el conocimiento científico, disciplinar y social.

Establecer los lineamientos y acciones sistemáticas para la realización de los cuidados de enfermería que permitan satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias dentro del proceso de atención en salud, estableciendo planes de cuidado bajo atención segura basada en la identificación y análisis de riesgos que propenda por la mejora de la calidad de vida del paciente y familia.

## Líder Responsable

Jefe Nelson Enrique Zapata Castiblanco

## Principales Logros



**Fortalecer a los líderes de enfermería** en liderazgo, educación continuada en gestión del servicio de salud, talento humano, coaching empresarial, manejo de protocolos de servicios, integración con los grupos de apoyo diagnóstico y médico y consistencia en respuesta PQRS, cumpliendo con el 100% de la estrategia.



**Culminar la conformación del Grupo Elite** en programa de piel sana, el cual se desarrolló mediante curso en la plataforma Unitotal para ser articulado en el año 2023.



**Presentar el primer congreso – seminario** de enfermería inter-institucional de las buenas prácticas de enfermería, el cual se tiene proyectado para el año 2023 con la articulación de las universidades en convenio, entre las destacadas la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) Y Universidad Nacional de Colombia.



**Creación de los 3 cursos de liderazgo efectivo** a través de agentes de cambio de la Clínica Nogales, se desarrolló en conjunto con Medical TH y se dará continuidad para el año 2023.



**Sensibilizar y adherir a todo el personal** de Enfermería en la actitud de servicio, comunicación asertiva a los diferentes pacientes con orientación de hotelería y confort.



**Capacitación, seguimiento e implantación de plan de acción** cultura de registro oportuno, acciones correctivas personal renuente, 2-capacitaciones de ahorro en el manejo de insumos, control del gasto, elementos medico quirúrgicos, control diario y mensual frente al gasto por servicios.



**Fortalecer la adherencia al personal de enfermería** en el cumplimiento oportuno de guías, protocolos, manuales de buenas prácticas, técnicas y procedimientos de enfermería efectivos con relación a la seguridad del paciente.



**Actualización de documentos** como son: Guías, protocolos, y manuales de enfermería. Curso de investigación para generar nuevos procesos investigativos.



**Generar espacios de asertividad**, comunicación efectiva, empatía, armonía, liderazgo efectivo, para proyectarlos en el buen clima laboral con todos los colaboradores del equipo de enfermería.



**Fortalecimiento de los convenios** Docencia de Servicio, beneficiando a estudiantes para prácticas formativas de diferentes disciplinas y siendo evaluados por los convenios actuales satisfactoriamente.



# Indicadores

## ID – 307 Porcentaje de Pacientes que Reciben Educación en el Servicio de Cirugía Cardiovascular



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

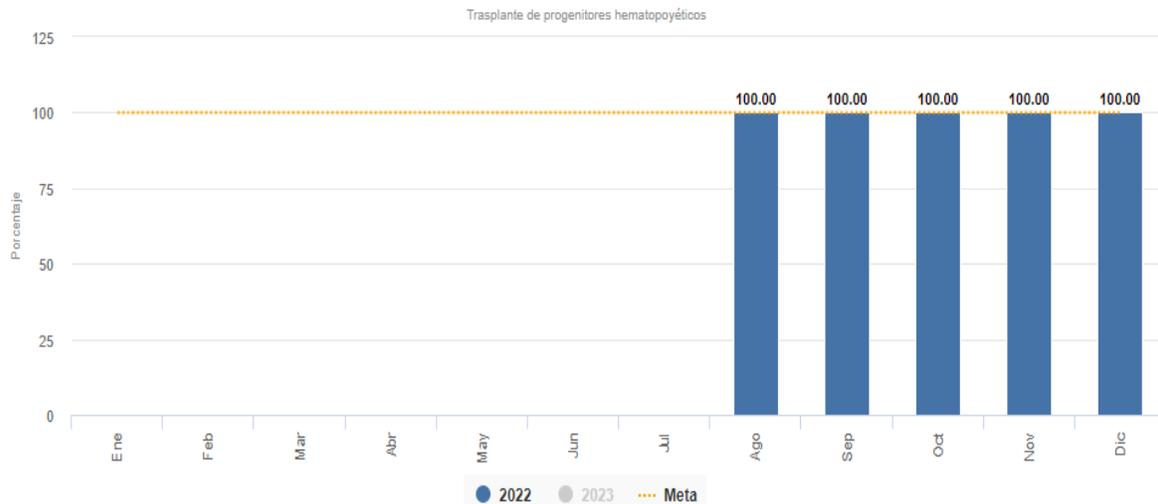
Como resultado de las estrategias implementadas para el año 2021 relacionado con la educación de los pacientes en cirugía del servicio cardiovascular se evidencia un aumento del porcentaje de pacientes educados en cuidados de enfermería con un porcentaje del 10,1 % para el año 2022 en relación al año anterior:

Total:	2021	2022	% variación
	89,9 %	97,14%	10,1%

Gráfica: Variación del indicador / Fuente: Coordinación de enfermería



## ID – 674 Cobertura de Pacientes que Reciben Educación en el Programa de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El Departamento de Enfermería realizó la construcción y actualización documental de los diferentes programas de promoción y prevención en la salud enfocados en la educación de pacientes con diferentes herramientas educativas que permitan evaluar la habilidad, conocimiento y la destreza para el manejo de su enfermedad.

## ID – 435 Porcentajes de Pacientes Educados en Piel Sana



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

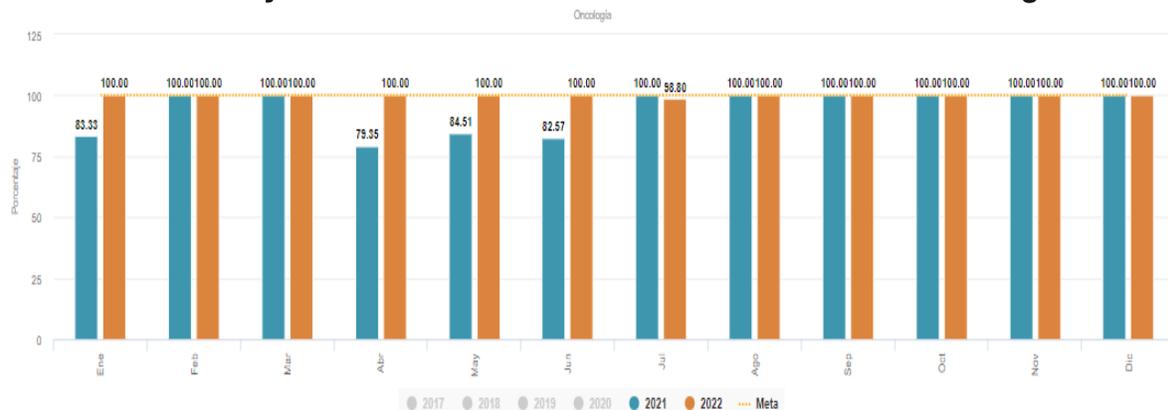
Como resultado de las estrategias implementadas para el 2022 relacionado a las lesiones de piel, se evidencia un aumento del porcentaje de pacientes educados en aspectos de cuidados de heridas, ostomías, dispositivos asociados a la estancia de los pacientes y los que egresan a cuidado en casa y enfermedades dependientes con relación al año 2021. Así mismo se establecieron las intervenciones de

educación a todo el personal de enfermería en la prevención de lesiones con los cambios posturales, el uso del reloj de cambio postural, la utilización de los apósitos liberadores de presión, el diseño y socialización del protocolo de prevención de lesiones de piel asociados a la dependencia y Manual de Cuidado de Piel Sana, entre otros.

Total:	2021	2022	% variación
	87,49 %	90,1 %	12,6%

Gráfica: Variación del indicador / Fuente: Coordinación de enfermería

## ID – 361 Porcentajes de Pacientes Educados en el Servicio de Oncología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

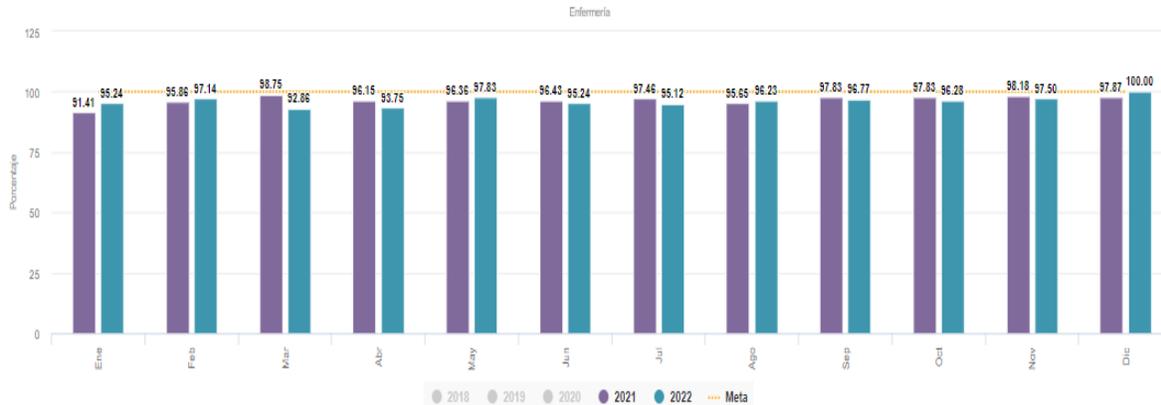
El porcentaje de educación para la unidad oncológica para 2022 supera la meta establecida sobre el 90%, lo cual genera mayor adherencia al tratamiento oncológico una vez establecido el tratamiento con relación al año anterior 2021.

Durante 2022 se continuó en la gestión de indicadores relacionados con la seguridad de paciente, de los cuales están asociados por metas de seguridad internacionales. La meta de seguridad No 3 presenta un comportamiento estable a largo de los años sin cambios significativos.

Total:	2021	2022	% variación
	87,49 %	90,1 %	12,6%

Gráfica: Variación del indicador / Fuente: Coordinación de enfermería

## ID – 147 Porcentaje de Adherencia a la Correcta Administración de Medicamentos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el 2022 se evidencia el porcentaje de cumplimiento del 96,16% manteniendo una tendencia estable con respecto al año anterior, el cual fue del 96,6% frente a la adherencia de la correcta administración de medicamentos, fortaleciendo la buena actitud y oportunidad en la administración segura de medicamentos. Se fortaleció la educación al egreso, en el cual se incluyen aspectos como: educación al paciente y su familia, manejo de las condiciones físicas del paciente en el manejo del dolor, y toma de medicamentos en casa. Se dio continuidad con la educación a los profesionales y personal de enfermería de los diferentes equipos de trabajo.

Total:	2021	2022	% variación
	96,65%	96.16%	3,9%

Gráfica: Variación del indicador / Fuente: Coordinación de enfermería

## ID – 563 Porcentaje de Adherencia del Personal de Enfermería al Protocolo de Nutrición Enteral



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



Mediante las estrategias de comunicación y capacitación se logró mejorar la adherencia al protocolo de Nutrición enteral logrando finalizar el año 2022 con el cumplimiento de la meta establecida a finales del mismo año.

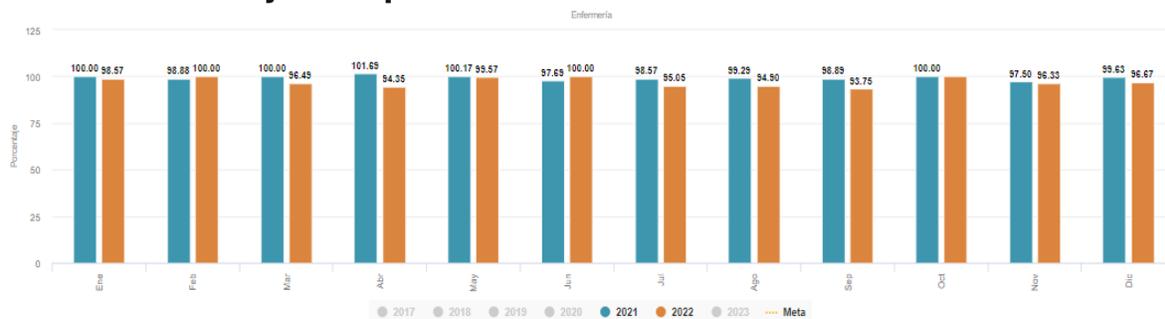
Durante 2022 el Departamento de enfermería ha definido la estrategia de educación al cliente interno por medio de una jornada de enfermería de periodicidad mensual y que hace parte de la jornada laboral, garantizando la actualización y socialización de los temas de mayor interés para brindar una atención segura y oportuna.

Total:	2021	2022	% variación
	98,12%	96%	1,2%

Gráfica: Variación del indicador / Fuente: Coordinación de enfermería

A continuación está el porcentaje de capacitación del personal de enfermería en los diferentes temas de interés.

### ID – 139 Porcentaje de Capacitación al Personal de Enfermería



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

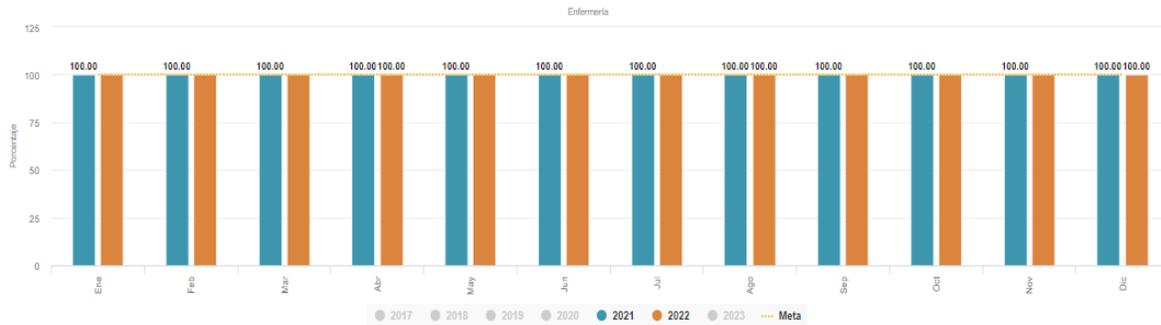
Se dio cumplimiento del 100% frente a las estrategias de capacitación a todos los colaboradores del equipo de enfermería de la Clínica los Nogales a finales de este mismo año. Se tuvo la participación de los colaboradores enfermeras, auxiliares y camilleros.

Total:	2021	2022	% variación
	99,3%	97,14 %	2,2 %

Gráfica: Variación del indicador / Fuente: Coordinación de enfermería



## ID – 138 Porcentaje de Cobertura a Inducción Específica al Personal de Enfermería



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se ha logrado finalizar el año 2022 con el cumplimiento de la meta establecida a principios de este mismo año la cual es el 100 % de cumplimiento, cumpliendo con las estrategias de capacitación e inducción a todos los colaboradores que ingresan nuevos a la Clínica los Nogales, entre los cuales se destacan: profesionales, camilleros, técnicos en enfermería, entre otros.

Total:	2021	2022	% variación
	100%	100%	0

Gráfica: Variación del indicador / Fuente: Coordinación de enfermería



## Proyectos 2023

- ☑ Creación y habilitación de nuevos servicios para la Torre 3.
- ☑ Atraer, formar y retener el talento humano con el fin de disminuir la rotación en < 1. 2%.
- ☑ Construir con Talento Humano la sensibilización de humanización y sentido hotelero de la clínica.
- ☑ Fortalecer el ciclo de atención del paciente, familia y/o cuidador.
- ☑ Mantener la satisfacción de los usuarios en un 98%.
- ☑ Planificar la participación del talento humano y procesos asistenciales para la exportación de los servicios.
- ☑ Realizar el Centro de educación continua para el paciente y familia desde enfermería- cuidando a cuidadores.
- ☑ Estrategia Cuidamos lo que Queremos: grupo de atención radio-cuidado paliativo.
- ☑ Expansión del programa de piel sana de forma ambulatoria VS intrahospitalaria.
- ☑ Equipo de enfermería en membrana- terapia extracorpórea, terapia ECMO. Implementar el modelo de atención de enfermería basada en el modelo asistencial.
- ☑ Desarrollar el cumplimiento de las oportunidades de mejora de Icontec.
- ☑ Entrenamiento en terapia vascular y certificación de los mismos.
- ☑ Eventos académicos en Nogales de enfermería, Jornadas académicas vivenciadas, talleres, entre otras estrategias académicas.
- ☑ Medir la adherencia y el impacto a guías y protocolos de enfermería priorizados por unidades funcionales.
- ☑ Consolidación de los ERR (Equipo de Respuesta Rápida).
- ☑ Innovación soporte de registros Kardex de enfermería integrado.
- ☑ Control Del Gasto -Optimización de Recursos – Material médico-quirúrgico, insumos.
- ☑ Proyectos de investigación: Mínimo 1 Guía basada en la evidencia Universidades.



Los Nogales  
Clinica



# Apoyos Diagnósticos



## Objetivo General

Realizar exámenes clínicos, con confiabilidad, oportunidad, eficacia y eficiencia, a través de la interacción entre un recurso humano idóneo y tecnología de punta. De esta manera contribuir en procesos de diagnóstico, monitoreo y control de cada uno de nuestros pacientes.



## Líder Responsable

Yelisdiubanny Castro González

## Principales logros



**Parametrización del nuevo sistema** de Información de imágenes diagnósticas IMEXHS.



**Parametrización de salud IPS** y servicio de imágenes diagnósticas.



**Fortalecimiento servicio unidad** de seno y ruta de paciente oncológico.



**Ajuste de protocolos resonancia** magnética y agendamiento.



**Apertura de agendas** de Tomografía 24 horas.



**Inicio de tamizaje** de TAC pulmonar y toma de TAC corporal de Baja dosis.



**Ajuste de facturación** para estudios de medicina nuclear y optimización de tiempos de agendamiento y de Gama Cámara.



**Ampliación de agendas** para estudios de perfusión pulmonar.



**Disminución de tiempos** de atención y emisión de resultados.



**Demanda inducida en pacientes** que requerían de Resonancia, Medicina Nuclear, Ecografía y Unidad de Seno.

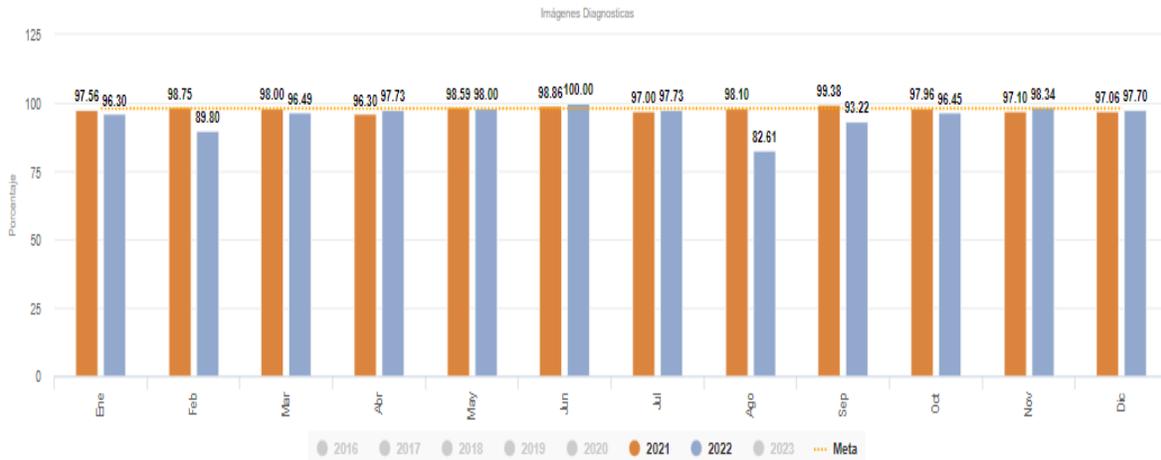


**Manejo y acompañamiento** en la resolutiveidad al paciente en cero quejas.



# Indicadores

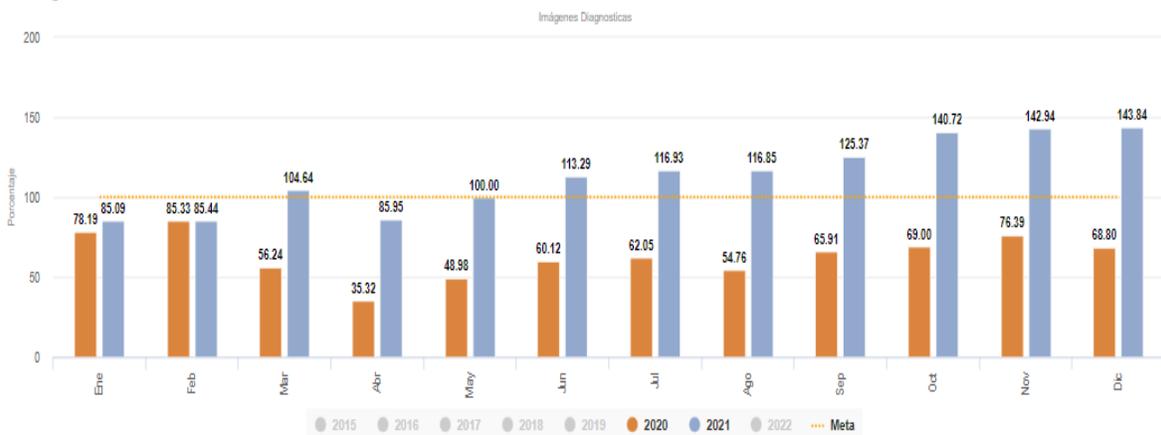
## ID – 422 Porcentaje de Satisfacción en el Servicio de Imágenes Diagnósticas



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2022 se logró mantener la satisfacción de los servicios en un 94,5%, lo que indica un comportamiento positivo frente a la atención del paciente, calidez y servicios humanizados brindados de acuerdo con las políticas institucionales que hoy tenemos establecidas en el manual de protocolo de servicio.

## ID – 284 Porcentaje de Cumplimiento de Metas de Productividad en Resonancia Magnética

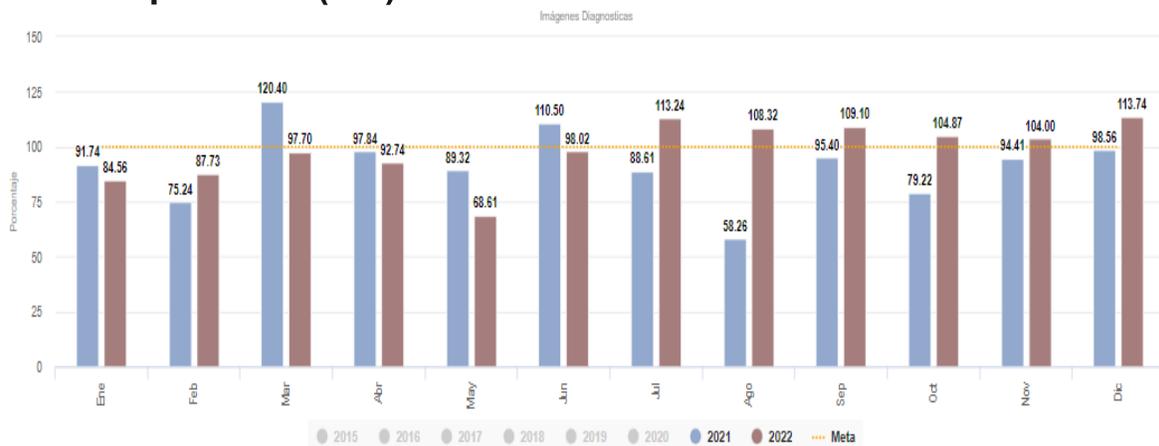


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Según el comportamiento de este indicador nos permite identificar que en el año 2022 la productividad fue muy buena con respecto al año anterior. Cabe destacar la

apertura del segundo resonador las 24 horas, ajuste de protocolos y tiempos de agendamiento contribuyó en el aumento de la capacidad, mejorando considerablemente la capacidad instalada, oportunidad y los tiempos de respuesta.

## ID – 283 Porcentaje de Cumplimiento de Metas de Productividad en Tomografía Axial Computarizada (TAC)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El presente indicador es de gran importancia ya que desde la apertura del servicio de radioterapia se otorgaron espacios para la simulación y la oportunidad en la planeación para un inicio oportuno de radioterapia, esta información permite la toma de decisiones respecto a proyectos de gran impacto tales como, la apertura del equipo de Tomografía axial computarizada (TAC) 24 horas, con el objetivo de tener oportunidad en agendamiento de pacientes ambulatorios y resolutivez para pacientes hospitalarios en la mayor brevedad posible.

Respecto al año 2022 nuestro comportamiento y cumplimiento estuvo por encima del 90% resaltando así la oportunidad que se tuvo en el agendamiento, el cual no superaba los 3 días y teniendo un promedio mensual de estudios de 2168 para una capacidad instalada de 2394 en promedio.

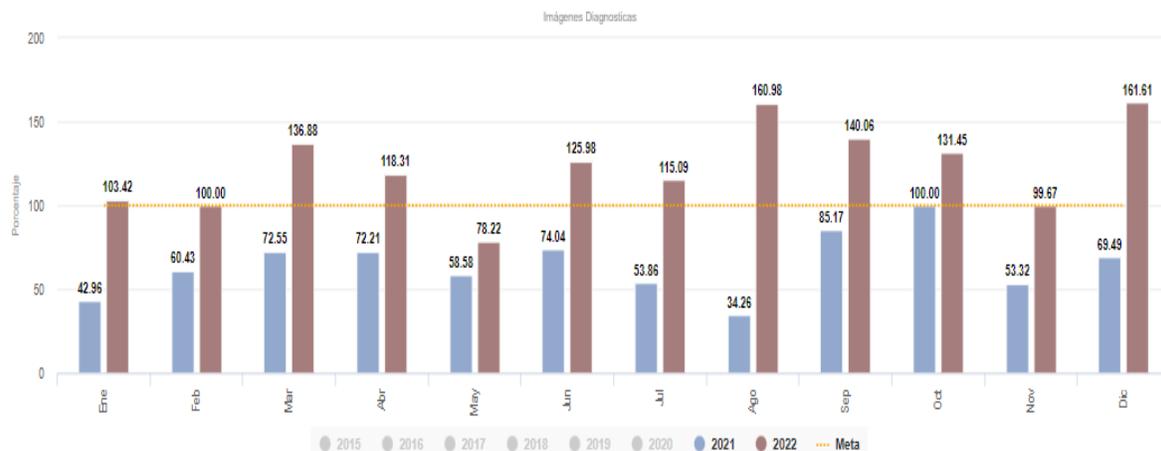
## ID – 285 Porcentaje de Cumplimiento de Metas de Productividad en Ecografía



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Según el comportamiento de este indicador nos permite identificar que, en el año 2022 la productividad aumentó de manera significativa en un 27% con respecto al año anterior, para esto es importante resaltar que se adquirió un nuevo ecógrafo lo que permitió ampliar la capacidad instalada y mejorar los tiempos de respuesta en agendamiento de los pacientes ambulatorios y la resolutivez de los pacientes hospitalizados.

## ID – 439 Porcentaje de Cumplimiento de Metas de Productividad en Medicina Nuclear



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador para el año 2022 tuvo un comportamiento muy positivo con respecto al año anterior, teniendo en cuenta que aumentamos en un 46% con los procedimientos cumpliendo las metas propuestas. Se tuvo un acumulado anual de 5431 estudios.



## Proyectos 2023

- ☑ Ampliar los servicios de apoyo diagnóstico específicamente para las modalidades de Tomografía, Ecografía y Radiología Intervencionistas.
- ☑ Implementar protocolos de resonancia de corazón en conjunto con el área de Radiología y Hemodinamia.
- ☑ Fortalecer el Servicio de Medicina nuclear en los estudios de Perfusiones Miocárdicas en conjunto con el área de Cardiología.
- ☑ Fortalecer el manejo de reportes diagnóstico a través del reconocimiento de voz, disminuyendo tiempo de respuesta.
- ☑ Fortalecimiento y desarrollo de plataforma para entrega de resultados.
- ☑ Seguir generando estrategias para continuar con los procesos interdisciplinarios en imágenes diagnósticas y con esto la optimización de tiempos y la resolutividad.



Los Nogales  
Clínica



# Laboratorio Clínico



## Objetivo General

Brindar apoyo diagnóstico de manera oportuna, confiable y segura que facilite la planeación del cuidado y tratamiento del paciente.

## Líder Responsable

Nelson Fabián Muñoz Suescún

## Principales Logros



**Tras un arduo trabajo realizado para la visita de acreditación** en el mes de Noviembre, el laboratorio clínico, el servicio pre transfusional y el laboratorio de patología se destacaron como una fortaleza institucional, con hallazgos positivos en el desarrollo del proceso.



**Crecimiento y fortalecimiento del laboratorio de patología** reduciendo significativamente los tiempos de respuesta en Clínica Los Nogales y las líneas de comunicación con los médicos especialistas de cada área. A su vez se realiza la apertura del laboratorio de patología como referente para las muestras tomadas en el Centro Policlínico del Olaya, impactando considerablemente en los tiempos de oportunidad y canales de comunicación efectivos.



**Ampliación de la tecnología y portafolio** del laboratorio de patología, en el mes de diciembre ingresaron al portafolio del laboratorio de patología las pruebas de inmuno-histoquímica, pruebas de gran valor diagnóstico en el tratamiento de nuestros pacientes, las cuales son realizadas con tecnologías de punta.



**Realización de exitosas campañas de donación** de sangre internas, dirigidas a colaboradores y familiares, realizadas con el objetivo de captar donantes en tiempo de escases y poder brindar respuesta oportuna a las necesidades de la clínica.



**Contratación con nuevos e importantes proveedores aliados** en temas de gestión del servicio pre-transfusional y pruebas especiales.



A partir del mes de agosto se inicia la contratación con Cruz Roja Colombiana como bando proveedor de hemo-componentes debido al aumento de la necesidad componentes sanguíneos y con características especiales, al igual que con Diagnóstico Especializado, encargados de realizar las pruebas especiales que nos han permitido responder oportunamente a los servicios, entre ellos, Trasplante de Medula Ósea, creando así vínculos comerciales y operativos que nos hacen más competitivos.



**Ampliación de portafolio de pruebas realizadas en el Laboratorio clínico.** Durante el año 2022 se estudió con detalle la necesidad de incluir algunas pruebas en todas las áreas del laboratorio clínico y así brindar soporte al desarrollo de las especialidades médicas presentes en la clínica, como es el caso de las pruebas de detección de carbapenemasas del área de microbiología y el perfil ferropénico del área de química sanguínea.

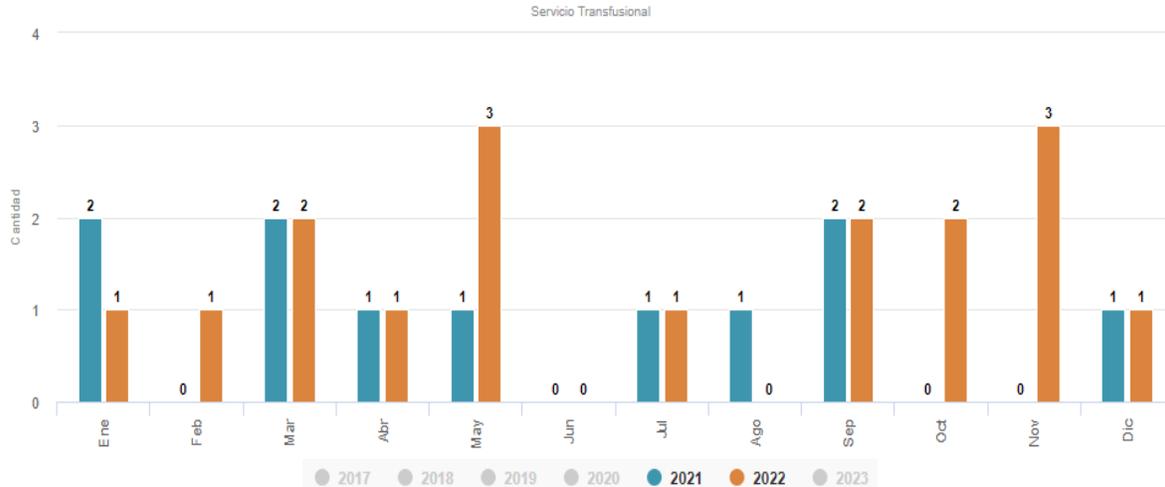


**Ajuste y actualización documental** de todos los documentos del laboratorio clínico, servicio pre transfusional y laboratorio de patología.



# Indicadores

## ID – 231 Accidentes Pos-Transfusionales

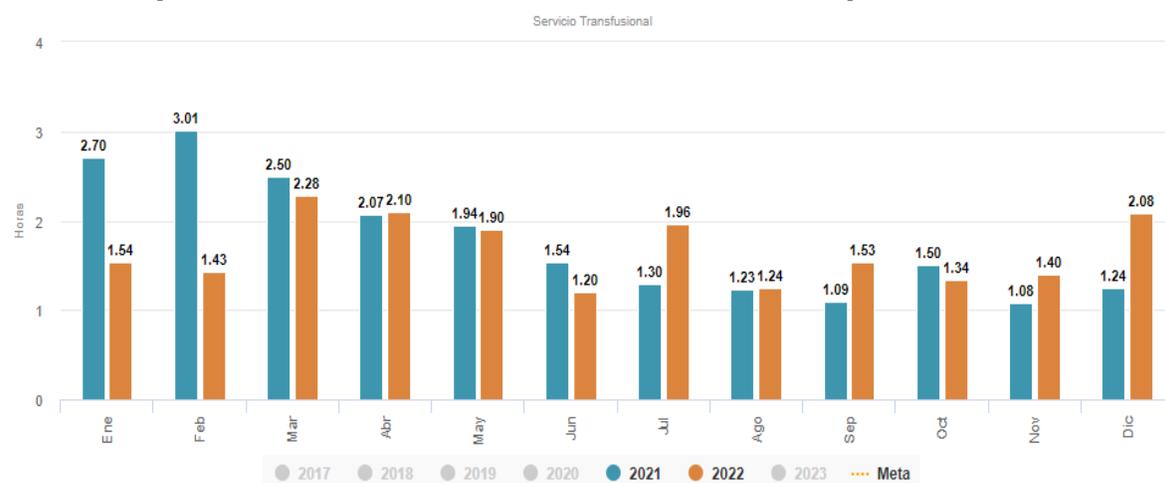


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En los años 2021 y 2022 se presentaron en total 11 y 17 reacciones adversas a la transfusión, la totalidad de las reacciones adversas presentadas se atribuyeron al cuadro clínico del paciente. Su reporte, análisis y clasificación se realizó en conjunto con seguridad del paciente y se concluyeron como Evento Adverso No Prevenible.

El aumento en el número de casos reportados se atribuye al aumento en el número de pacientes hemo-transfundidos en el año 2022 y el fortalecimiento en la cultura de reportes de seguridad del paciente.

## ID – 230 Oportunidad en la Administración de Hemo-componentes



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el año 2021 se realizó un trabajo de fortalecimiento y ejecución de puntos de control en el servicio de gestión pre-transfusional, dando como resultado una reducción del tiempo en la administración de hemo-componentes durante el periodo de tiempo de agosto y diciembre del año 2021. Asimismo en el año 2022 este tiempo se mantiene por debajo de las horas establecidas, a excepción del mes de marzo con valores de 2.28 y en el mes de diciembre con 2.08 debido a la poca disponibilidad de hemo-componentes sanguíneos por parte de los bancos de sangre de los proveedores.

## ID – 232 Cumplimiento de Tiempos de Respuesta de Laboratorio Clínico Global

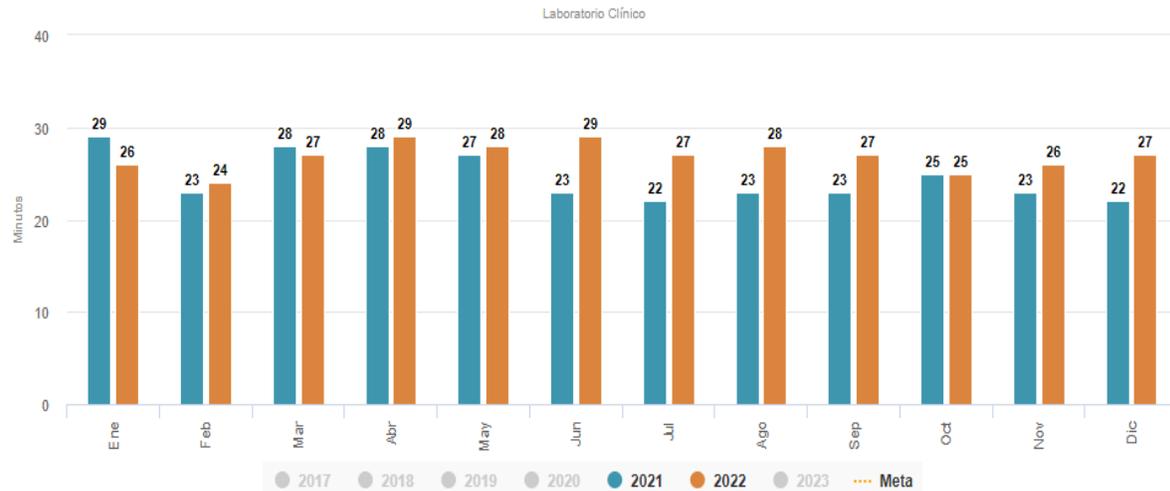


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el indicador de cumplimiento de tiempos de respuesta de Laboratorio Clínico evidenciamos que en el año 2021 y 2022 se da un 98% de cumplimiento a la meta propuesta con excepción del mes de Mayo del año 2022 debido a la contingencia tecnológica y la manualidad en todos los procesos de laboratorio clínico, sin embargo se cierra el año 2022 dando cumplimiento a la meta establecida para el presente indicador. Respecto a las desviaciones corresponden a estudios de remisión a laboratorio tercerizados.



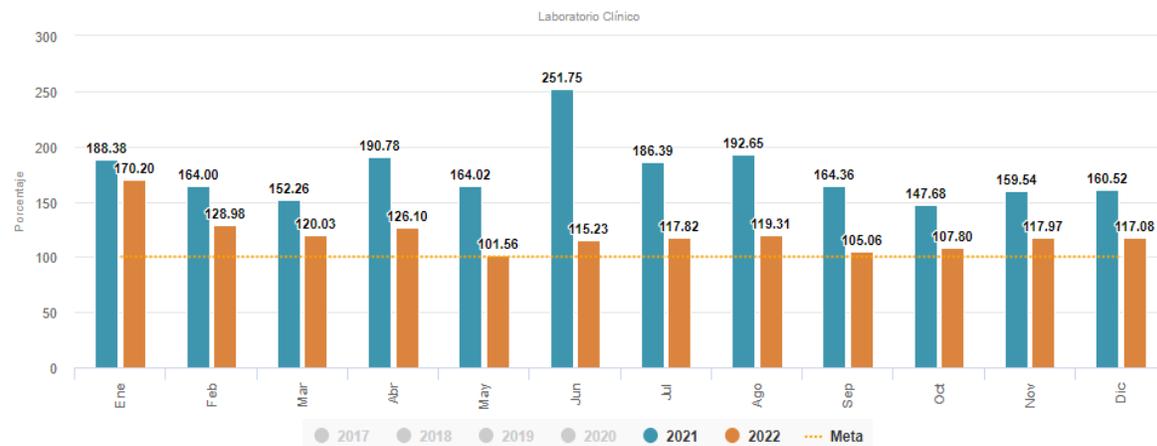
## ID – 239 Oportunidad En La Notificación De Resultados Críticos De Laboratorio Clínico



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El reporte de los datos críticos por parte del laboratorio ha sido un punto de control indispensable en la cadena de atención a los pacientes, este valor se ha ubicado en un promedio de tiempo de 26 minutos para el año 2021 y 24 minutos para el año 2022, por lo tanto se evidencia una reducción positiva de 2.4 minutos. Respecto al procesamiento de las muestras del laboratorio clínico existen pruebas que, por su tiempo en los equipos y demás requerimientos operativos requieren de al menos 20 minutos para su correcto procesamiento.

## ID – 237 Porcentaje De Cumplimiento De Metas De Productividad En Laboratorio Clínico

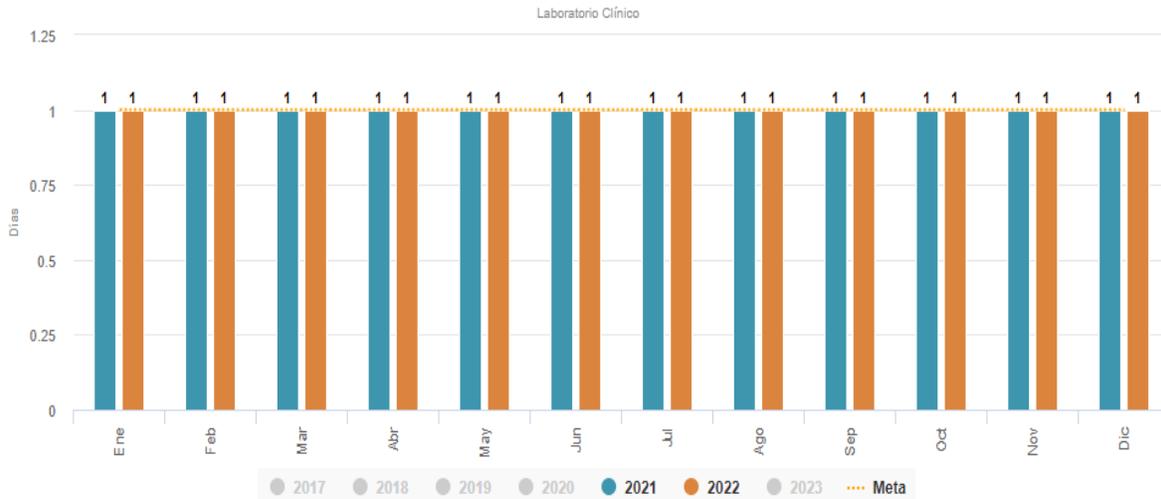


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



En el año 2021 se evidenció un mayor cumplimiento de las metas proyectadas para con respecto al año 2022, esto se debe a la emergente demanda de pruebas PCR para Covid-19 realizadas por el laboratorio durante la pandemia.

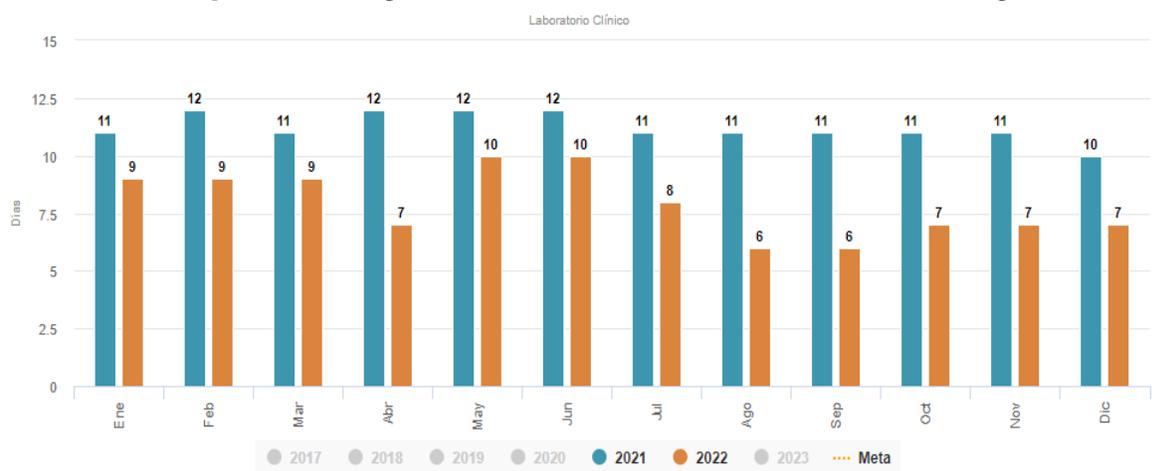
### ID – 236 Tiempo De Respuesta De Laboratorio Clínico En Consulta Externa



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El tiempo de respuesta para los estudios de consulta externa ofertados por el laboratorio clínico de la Clínica Los Nogales ha permanecido estable durante los años 2021 y 2022 ubicándose en un día los tiempos de respuesta.

### ID – 238 Tiempo De Entrega De Resultados De Exámenes De Patología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El laboratorio de patología tuvo origen en el mes de Octubre de 2021, a partir de esta fecha se dio inició al proceso de fortalecimiento de la operación, lo que ha permitido impactar en la oportunidad de la entrega de los resultados del laboratorio

a otros servicios, a su vez en el diagnóstico oportuno de las patologías y el rápido inicio de los tratamientos.

Esto permitió que, a partir del mes de enero del año 2022 se evidenciara una disminución importante en el tiempo de oportunidad empleado para el procesamiento de muestras de patología, ubicándose en un promedio de 7,6 días. Se evidencia que, en meses como agosto y septiembre la respuesta del laboratorio superó las expectativas brindando resultados en menos de 5.6 días.

En el mes de diciembre se realizó la apertura del servicio de patología como referente para las muestras tomadas en el Centro Policlínico del Olaya, ofertando y cumpliendo una oportunidad menor a 7 días, impactando también en las Rutas de Cáncer de nuestra institución aliada y también en los canales de comunicación efectivos para los servicios Intra-institucionales e Inter-institucionales.

### CV – 050 Tiempo De Respuesta Para Pruebas PCR Covid-19



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En enero del 2022 se tuvo una alta demanda de pruebas Covid-19, aproximadamente fueron procesadas más de 24.000 pruebas en este mes, sin embargo al mes siguiente este número se redujo a una tercera parte, a partir del mes de marzo este número de pruebas se fue reduciendo para cerrar el mes de diciembre con un total de 1096 pruebas procesadas.

La oportunidad de respuesta para la identificación de SarsCov-2 RT-PCR fue variable durante el tiempo de pandemia y dependiente de cada estadio de la misma, siempre dando cumplimiento a la normativa vigente para cada momento de la emergencia sanitaria.



## Proyectos 2023

- ☑ Mejoramiento de atención integral enfocado en los pacientes, su seguridad y la experiencia de servicio dentro de la toma de muestras.
- ☑ Implementación de servicios de irradiación de hemocomponentes en el área de servicio transfusional.
- ☑ Actualización de la matriz de riesgos del laboratorio clínico, patología y servicio transfusional y gestión de los riesgos.
- ☑ Creación y gestión y del programa de POCT institucional.
- ☑ Ampliación del laboratorio de Patología.
- ☑ Creación del programa Biología Molecular para TBC.



Los Nogales  
Clínica



# Nutrición



## Objetivo General

Brindar atención integral en nutrición clínica a través de la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes hospitalizados, mediante la identificación de necesidades nutricionales y la aplicación de acciones y estrategias a nivel nutricional con el fin de favorecer su rápida recuperación y propender por la atención integral y satisfactoria del usuario.

## Líder Responsable

Samantha Muñoz Cortés

## Principales logros

**Se realizaron 5.839 tamizajes durante el año 2022**, aumentando un 3% respecto al año anterior, en el cual se realizaron 5682 tamizajes.

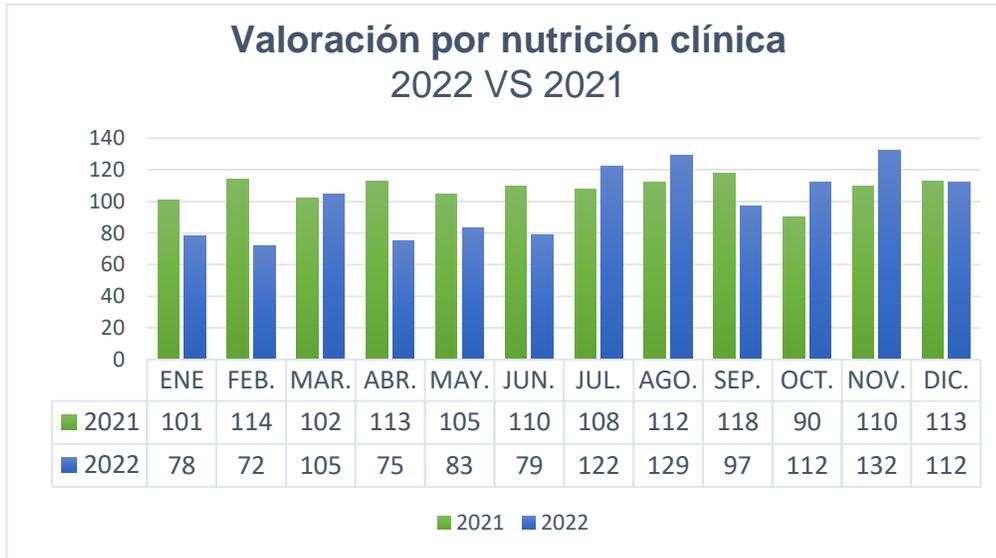


Se continúa con la realización del tamizaje nutricional durante el año 2022, el cual es realizado por la nutricionista clínica donde se identifica el riesgo nutricional en una escala de bajo, medio o alto.

### Nutrición clínica



**Se realizaron a 1196 pacientes intervenciones nutricionales**, de los cuales 22 pacientes fueron con diagnóstico de SARS-CoV-2 correspondientes al 2% del indicador.

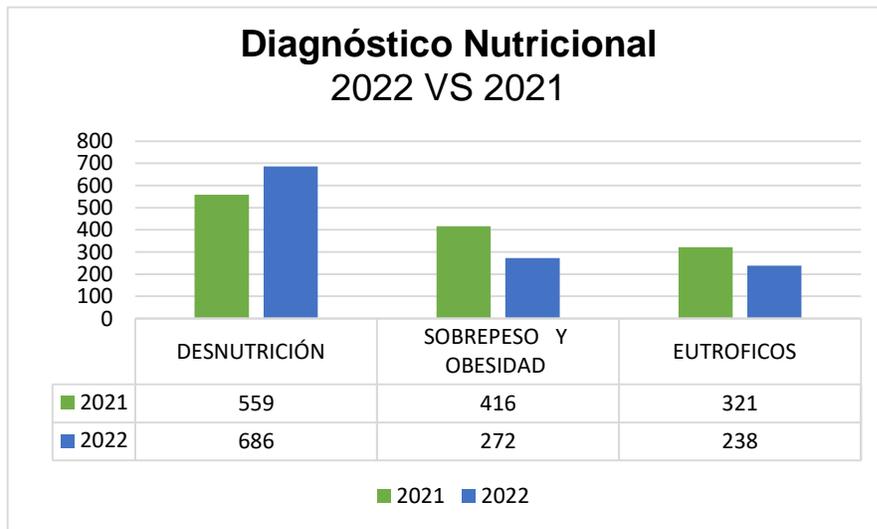


Gráfica: Valoración por nutrición clínica Fuente: Coordinación de Nutrición

### Diagnóstico nutricional a pacientes respecto a nutrición clínica

Para el año 2022 se atendieron 686 pacientes, el 57% corresponden a pacientes con desnutrición, el 23% con sobrepeso y obesidad y el 20% eutróficos.

El porcentaje de pacientes en desnutrición se mantiene, teniendo en cuenta que, gran número de pacientes valorados por nutrición clínica corresponden a patologías de hemato-oncología, siendo esta enfermedad con mayor repercusión en el estado nutricional del paciente.



Gráfica: Diagnóstico Nutricional Fuente: Coordinación de Nutrición



**100 % de los pacientes fueron valorados por nutrición clínica**, se les realizó educación nutricional y alimentaria, tanto de forma verbal como escrita. Desde Nutrición clínica se participa activamente en el programa “Cuidando Familias”. A su vez, se realizó educación nutricional del manejo de la alimentación enteral por sonda de gastrostomía y durante el año 2021 se realizaron 71 educaciones nutricionales a los pacientes que ingresaron al programa.

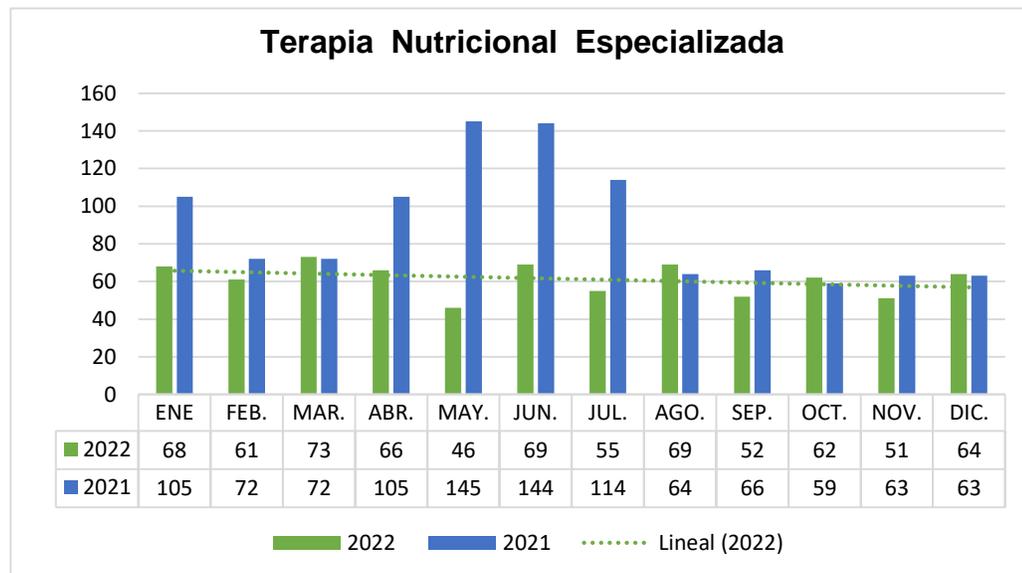


**Se realizó a 736 pacientes terapia nutricional especializada con Nutrición enteral y parenteral.** El total de los manejos realizados para el año 2022 fue de 736 pacientes, correspondientes al 72% de forma parental y

Demostrando así que la nutrición enteral predomina sobre la nutrición parenteral, lo cual es de suma importancia ya que es beneficioso para el paciente, teniendo en cuenta el uso del tracto gastrointestinal como primera opción de intervención, mejorando así el costo beneficio para la institución.



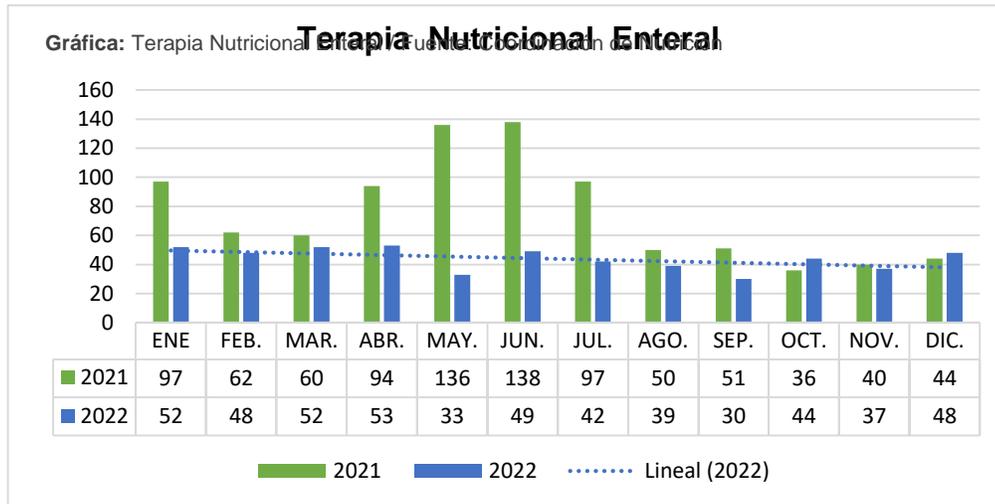
**Pacientes con terapia nutricional especializada:** La intervención realizada por soporte metabólico y nutricional en el año 2021 fue de 1072 pacientes con indicación de terapia nutricional especializada, respecto al año 2022 se manejaron 736 pacientes con terapia nutricional especializada. A observar la gráfica se evidencia un decremento del 45 % que está asociado durante el año 2022 por la pandemia de Covid-19, por lo cual disminuye el número de pacientes con terapia nutricional enteral.



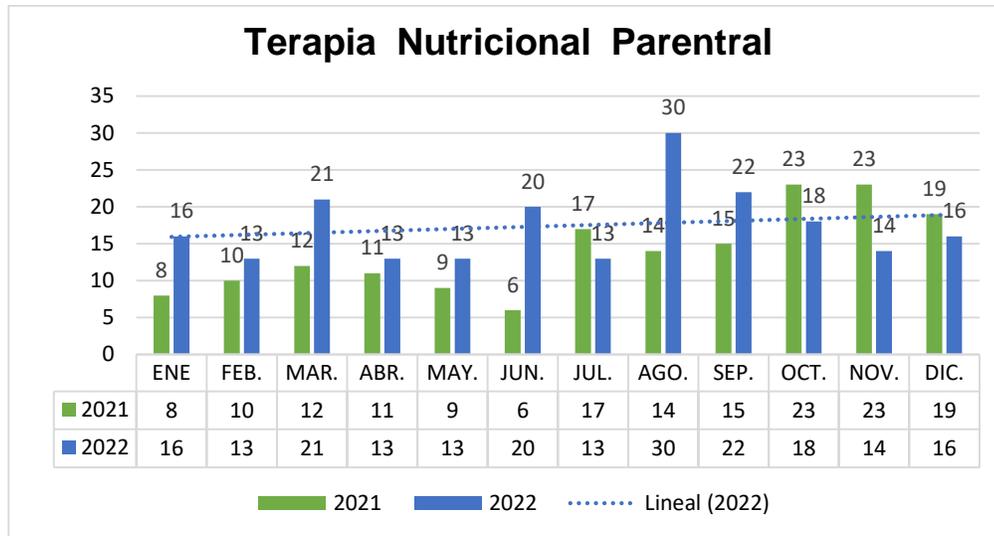
Gráfica: Terapia Nutricional Especializada / Fuente: Coordinación de Nutrición



**Terapia nutricional enteral:** Durante el año 2022 se inició terapia nutricional enteral a 527 pacientes a través de sonda gástrica. El promedio de pacientes día fue de 21 pacientes con promedio de duración por día de 9 días. Cabe resaltar que durante este año, ningún paciente en manejo con terapia nutricional enteral presentó evento por bronco aspiración.



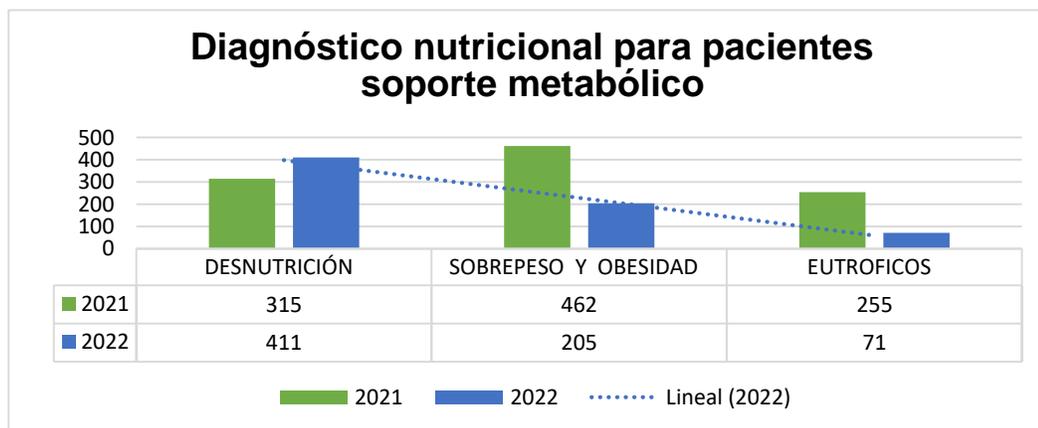
**Pacientes con terapia nutricional parenteral:** Durante el año 2022 se manejaron 209 pacientes con nutrición parenteral, con respecto al año 2021 se manejaron 167 pacientes, presentando un incremento del 25%, esto debido a que ha incrementado la complejidad de los pacientes. Así mismo especialidades como coloproctología, cirugía general, cirugía gastrointestinal y cirugía de cabeza y cuello, han indicado repleción prequirúrgica en sus pacientes.



Gráfica: Terapia Nutricional Enteral / Fuente: Coordinación de Nutrición



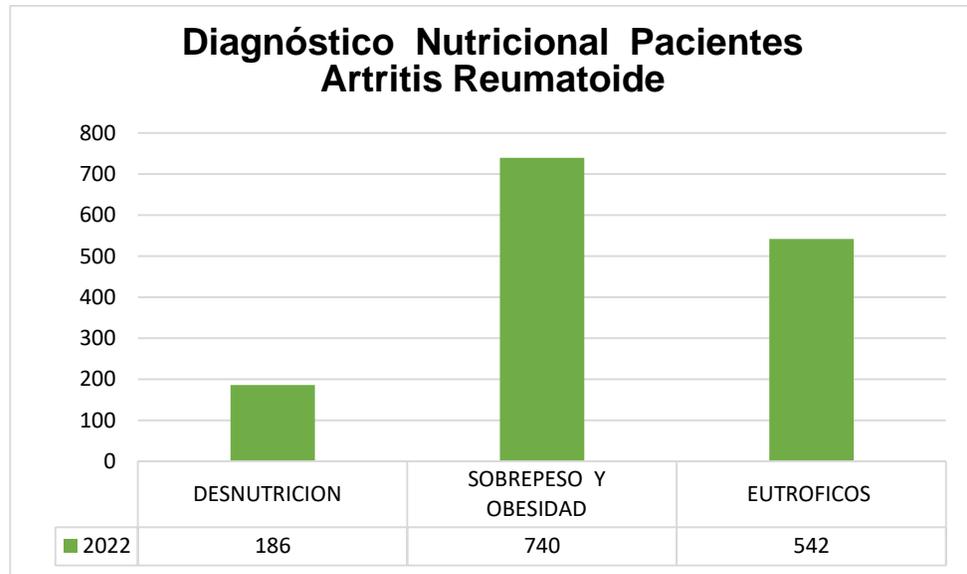
**Diagnostico nutricional pacientes manejados por grupo de soporte metabólico y nutricional:** Durante el año 2022, los pacientes valorados por soporte metabólico y nutricional presentan cambio en la tendencia con respecto al diagnóstico nutricional emitido por las nutricionistas , pacientes con desnutrición corresponde al 60 %, pacientes en sobrepeso y obesidad 30% y eutróficos corresponde al 10%.



Gráfica: Diagnóstico Nutricional Soporte Metabólico / Fuente: Coordinación de Nutrición



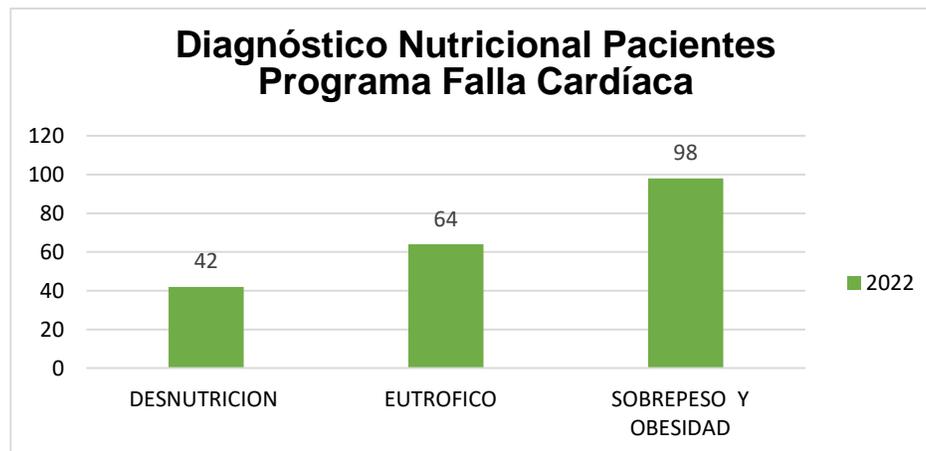
**Programa Artritis Reumatoide:** Desde el área de nutrición a los pacientes en exceso de peso se les realiza y fortalece la educación alimentaria y nutricional enfocada en cambios de hábitos, alimentación saludable, importancia de porciones adecuadas, en especial de carbohidratos. Se enfatiza en la importancia de consumir proteína de alto valor biológico para mantener la masa muscular y evitar depleción de la misma.



Gráfica: Diagnóstico Pacientes Artritis Reumatoide / Fuente: Coordinación de Nutrición



**Programa de Falla Cardíaca:** Durante el año 2022 se valoraron 204 pacientes. 42 pacientes corresponde al 21% que se encuentran en algún grado de desnutrición, 64 pacientes (31%) se encuentran en estado nutricional eutrófico y 98 pacientes (48%) están en sobrepeso y obesidad grado I, II o III.



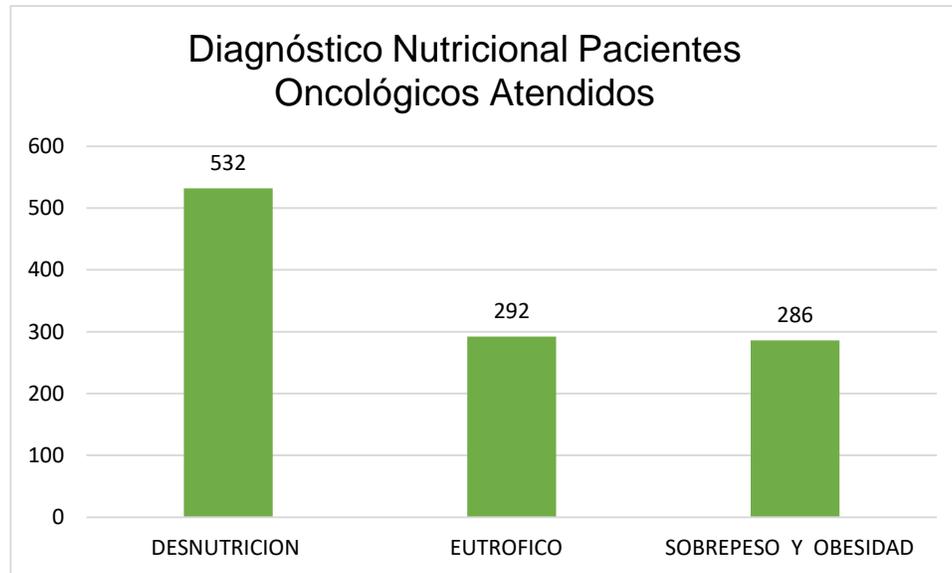
Gráfica: Terapia Nutricional Enteral / Fuente: Coordinación de Nutrición

A los paciente atendidos del Programa de Falla Cardíaca se les realizó valoración nutricional y se entregaron recomendaciones nutricionales individualizadas, haciendo énfasis en cambio de hábitos de alimentación, importancia de porciones adecuadas, disminución en el consumo de grasa saturadas, aumento en el consumo de fibra, Omega 3 y 6,

adecuada ingesta de proteína de alto valor biológico para mantener la masa muscular y evitar depleción de la misma.



**Programa de Oncología:** 1110 pacientes atendidos durante el año 2022, con diagnóstico oncológico hubo 532 pacientes, con desnutrición corresponde al 48%. 292 pacientes (26%) se encuentran en estado nutricional eutrófico y 283 pacientes (26%) están en sobrepeso u obesidad grado I, II o III.



Gráfica: Diagnóstico Nutricional Oncología / Fuente: Coordinación de Nutrición

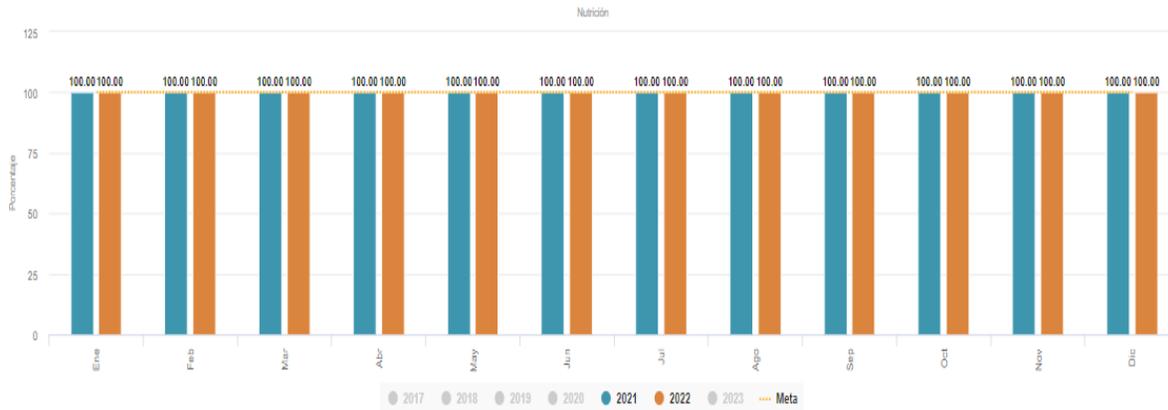
El programa de nutrición oncológica está a cargo de una nutricionista experta en el manejo de estos pacientes, quien realiza valoración nutricional completa, individualización de las recomendaciones nutricionales y plan nutricional, así mismo genera orden de control periódico para realizar seguimiento del estado nutricional.

Se realiza valoración nutricional a todo paciente en post operatorio de cirugía gastrointestinal, colon y recto, dando cumplimiento a lo establecido por el indicador de Cuenta de Alto Costo de Oncología.



# Indicadores

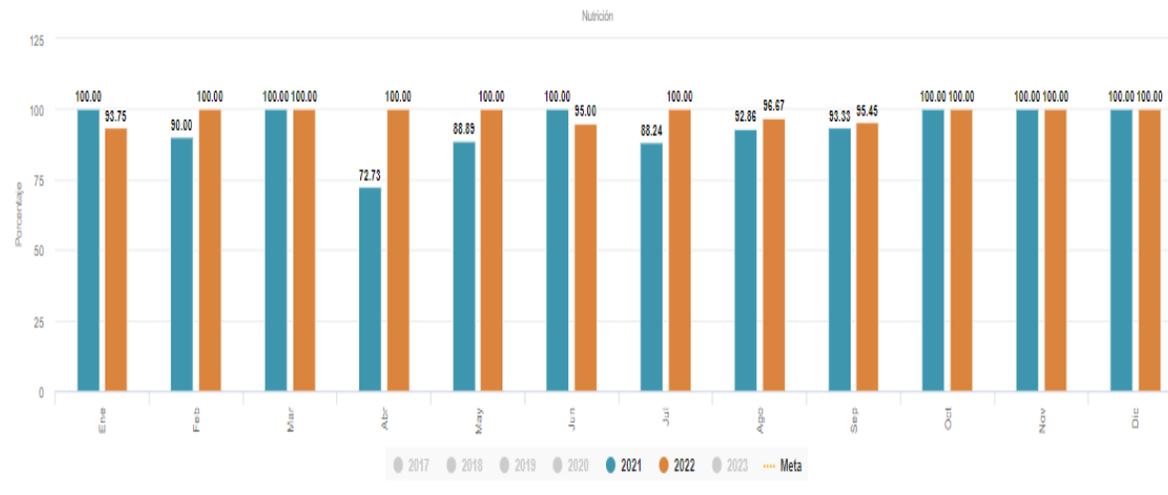
## ID – 195 Pacientes Monitorizados con Nutrición Enteral y Parental



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el año de 2021 se intervinieron con terapia nutricional especializada a 1072 pacientes y para el año 2022 736 pacientes, manteniendo la dinámica de monitoreo metabólico y nutricional diario durante la revista del grupo de soporte.

## ID – 196 Nutrición Parental Mayor a 3 Días

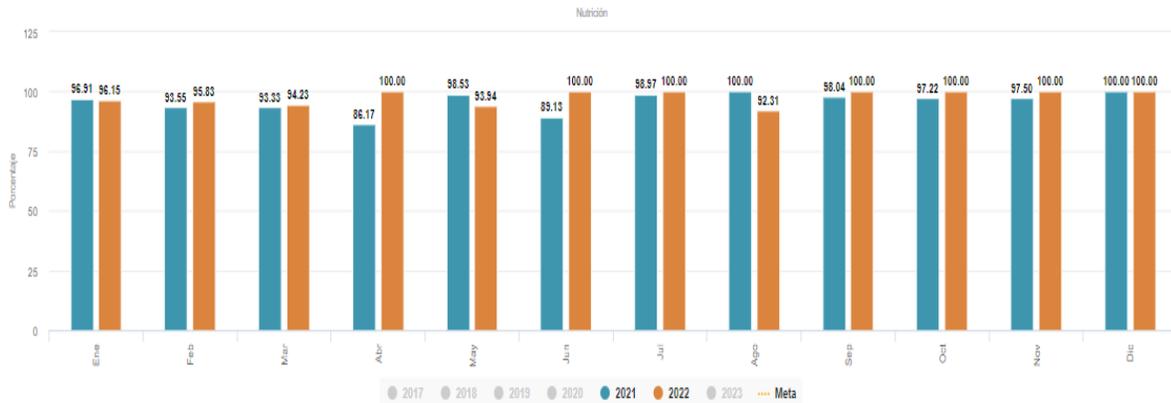


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este indicador ha mejorado con tendencia al aumento en la duración de días, debido a que ha incrementado la complejidad de los pacientes, así mismo especialidades como colonproctología, cirugía general, cirugía gastrointestinal y cirugía de cabeza y cuello han indicado repleción pre-quirúrgica en sus pacientes.



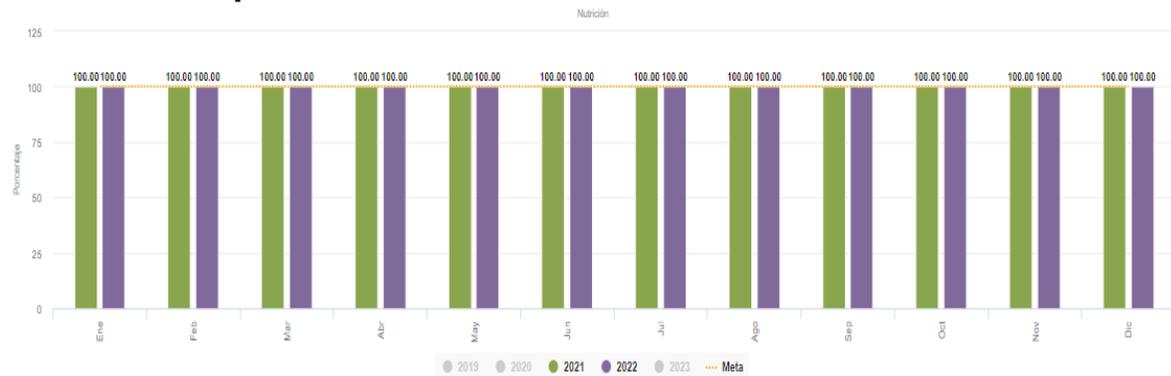
### ID – 197 Nutrición Enteral Mayor a 3 Días



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se observa que la tendencia del tiempo de la duración de la nutrición enteral ha mejorado para el año 2022 con respecto al año 2021, evidenciando así mejora en la pertinencia de las interconsultas solicitadas lo cual ha venido trabajando el grupo de soporte metabólico y nutricional con las diferentes especialidades tratantes.

### ID – 538 Cobertura de Pacientes que Reciben Educación Nutricional en el Servicio de Hospitalización



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Desde Nutrición clínica el 100 % de los pacientes tamizados y valorados reciben educación nutricional con el fin de promover estilos de vida saludable, a través de comunicación verbal y/o recomendaciones nutricionales escritas teniendo en cuenta la patología de base de cada paciente.



## Proyectos 2023

- ☑ Cuidado Intensivo: En conjunto con la coordinación de la unidad se define valoración por nutrición clínica a todo paciente que ingrese a UCI intermedia e intensiva.
- ☑ Participación en Programas Creación de indicadores para oncología falla cardiaca y artritis reumatoide.
- ☑ Tamizaje nutricional: Actualización de instructivo de tamizaje (paciente paliativo fin de vida y paciente obeso).
- ☑ Continuar con la identificación del riesgo nutricional.
- ☑ Disminución de la formulación de complementos nutricionales.
- ☑ Continuar realizando el tamizaje nutricional a todo paciente adulto que ingrese al servicio de hospitalización.
- ☑ Realizar registro de la atención nutricional en el ámbito ambulatorio y hospitalización en IT.
- ☑ Recibir capacitación en diferentes temas que fortalezcan competencias propias del área.
- ☑ Servicio de alimentación: Interventoría al servicio de alimentos , Taller de consistencias para la dieta disfagia y evaluar con el servicio de alimentos la parte gastronómica de las dietas intrahospitalarias.
- ☑ Aportar al cumplimiento y sostenimiento del sistema único de acreditación en salud.



Los Nogales  
Clínica



# Terapia y Rehabilitación



## Objetivo General

Suministrar radiación de alta energía de manera segura aliviando la sintomatología de los pacientes oncológicos y con mayor facilidad para permitirles calidad de vida.

## Líder Responsable

Yelisdiubanny Castro González

## Principales logros



**Creación de Grupo de investigación** de rehabilitación hospitalaria integral.



**Puesta en marcha del centro de rehabilitación** en marzo del 2022 y crecimiento significativo de pacientes de la cohorte de artritis.



**Acompañamiento y seguimiento** en prevención de infecciones UCI.



**Cambio de contratación personal** de Fisioterapia y Fonoaudiología.



**Mayor adherencia a los procesos** y mejores resultados de rehabilitación en los pacientes hospitalizados – Manejo integral con todas las especialidades.



# Indicadores

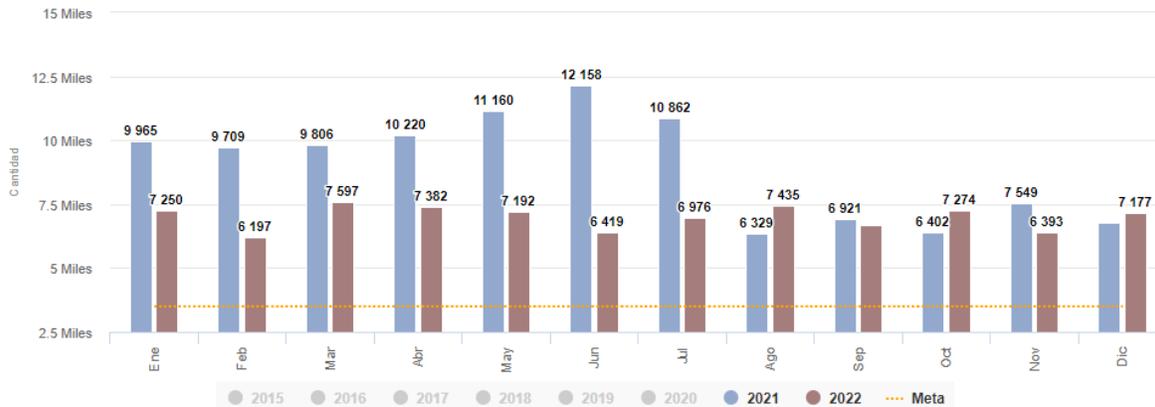
## ID - 472 Porcentaje de Satisfacción del Servicio de Rehabilitación



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2022 logramos mantener la satisfacción de los servicios en un 100% lo que indica que el comportamiento frente a la atención del paciente, calidez y humanización se brindó de acuerdo con las políticas institucionales que hoy tenemos establecido en el manual de protocolo de servicio.

## ID - 032 Número de Terapias de Rehabilitación Realizadas

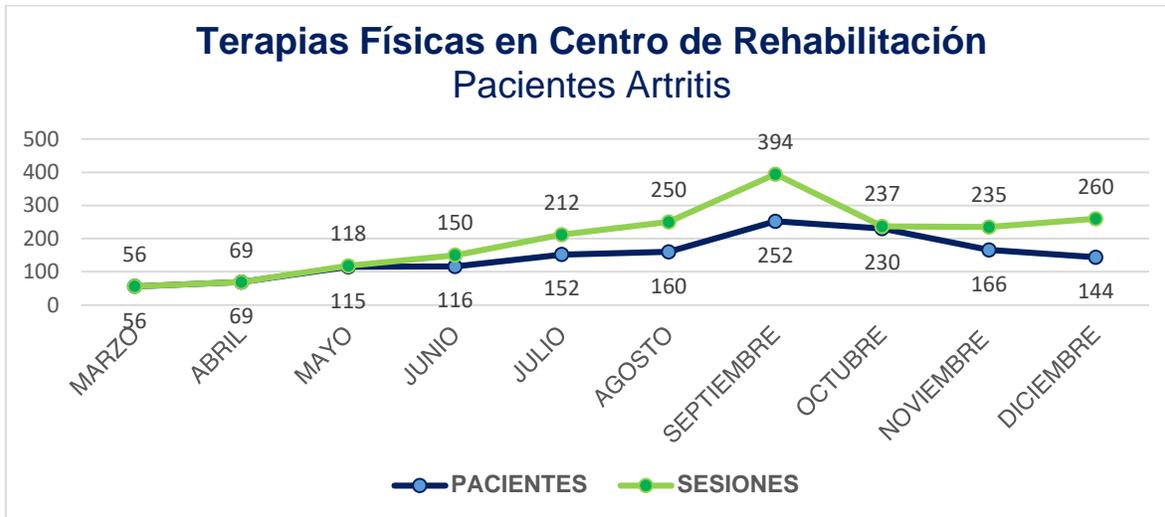


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

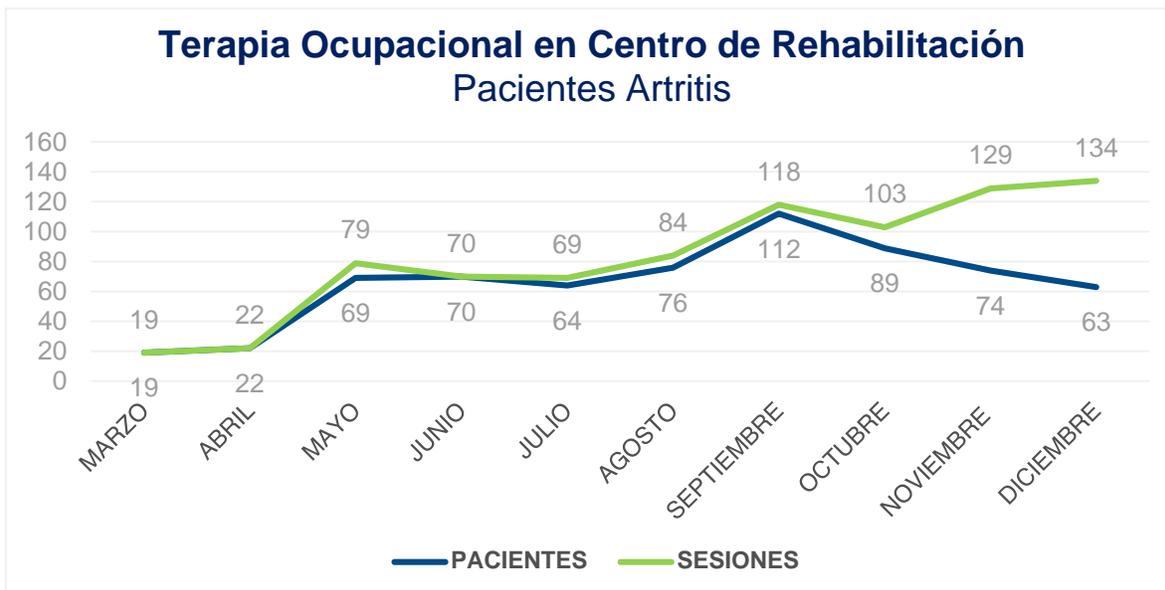
Este indicador nos permite ver el comportamiento del año 2022 claramente vemos una disminución con respecto al 2021 y esto se debe a que en este año tuvimos pacientes con COVID y el volumen representa el número de intervenciones realizadas; es importante mencionar que este tipo de pacientes presentaron



alteraciones multifuncionales y por tal motivo la rehabilitación se dio de manera intensiva.



Fuente: Coordinación de terapia y rehabilitación



Fuente: Coordinación de terapia y rehabilitación

Estos indicadores nos muestran el comportamiento del número de pacientes atendidos en el centro de rehabilitación Vs el número de sesiones recibidas con la cohorte de artritis y podemos concluir que el comportamiento es positivo. En total se atendieron en Terapia física 1457 y en terapia ocupacional 658 fueron de manejo integral obteniendo excelentes resultados en la recuperación.



## ID - 193 Número de Terapias de Fonoaudiología Realizadas



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con este indicador podemos identificar aumento en las atenciones de fonoaudiología con respecto al año anterior. El total de pacientes atendidos durante el año 2022 fue de 820 con 6156 sesiones, esto se dio por la contratación de un segundo profesional y el manejo multidisciplinario en todos los servicios hospitalarios y la integralidad de la rehabilitación.

## ID - 192 Número de Terapias Ocupacionales Realizadas



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con este indicador podemos identificar aumento en las atenciones de terapia ocupacional con respecto al año anterior. El total de pacientes atendidos durante el año 2022 fue de 1260 con 4234 sesiones, esto se dio por la contratación de un segundo profesional y el manejo multidisciplinario en todos los servicios hospitalarios y la integralidad de la rehabilitación.



## Proyectos 2023

- ☑ Seguir avanzando en la prevención de Infecciones Asociadas al cuidado de la Salud.
- ☑ Implementar el Proceso de Rehabilitación en pacientes pre y post trasplante.
- ☑ Implementar el programa de movilización temprana en pacientes hospitalizados.
- ☑ Implementar programas de acuerdo con la especialidad – Falla cardiaca, oncológicos, entre otros.
- ☑ Seguir fortaleciendo la educación al Paciente y Familia.
- ☑ Continuar con la implementación de proyectos de investigación en compañía de las universidades.



Los Nogales  
Clínica

0000  
0000  
0000  
0000



# Vigilancia Epidemiológica



## Objetivo General

Identificar, analizar y reportar las enfermedades en Salud Pública presentadas en la institución, con el fin de orientar las acciones de prevención, control e implementar planes de mejora en los eventos presentados. En las cuales se incluye el Sistema de Salud Pública (SIVIGILA), Estadísticas Vitales y las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

## Líderes Responsables

Dr. Andrés David Díaz Portilla

Jefe Diana Milena Viancha Galindo

## Principales logros

En relación con el proceso de guías de práctica clínica, durante 2022 se destacan los siguientes logros



**Actualización en totalidad de guías de manejo** y guías de práctica clínica de la institución, mediante procesos de re-adopción de guías antiguas o, por la inclusión de nuevas guías.



**Actualización de todos los manuales** en relación a la procesión de adopción y evaluación de adherencia a guías, estableciendo nuevas metas del cumplimiento de adherencia.



**Realización de múltiples procesos de retroalimentación** con el fin de afianzar planes de mejora en la adherencia a guías con los diferentes especialistas y servicios.



**Se establecieron nuevas metodologías** para la apropiación de guías de manejo, dentro de ellas se encuentran infección de vías urinarias, viruela símica, Covid-19 y neutropenia febril, con la participación del infectólogo de la clínica, el Dr. Alwin Tilanus S.



**Desarrollo de fichas de notificación de diligenciamiento** electrónico con el fin de disminuir el consumo de papel y de mejorar la calidad de los datos registrados.



**Se obtuvo en la Visita de núcleo** del Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) un promedio de evaluación del 96.2% para el año 2022 sobre el 100%. Se evaluaron subsistemas transmisibles, lesión de causa externa, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM), Sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de trabajadores del sector informal (SIVISTRA), Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) y Sistema de Salud Pública (SIVIGILA).



**Desarrollo de actividades con relación a fortalecer** la calidad del diligenciamiento de diagnósticos, para ello, se desarrolló material académico el cual fue distribuido a los especialistas y médicos generales y actualmente hacen parte de la inducción institucional desde vigilancia epidemiológica como inicio de implementación en planes de mejora.



Desde epidemiología se empezó a realizar retroalimentación a los coordinadores de los servicios de hospitalización, urgencias y UCI sobre la calidad de los diagnósticos escritos, y se continuará el control de este con una regularidad de cada 3 meses.

De igual forma, se han llevado a cabo charlas académicas en la “cena de especialistas” sobre la importancia del tema y los puntos a mejorar.



**Cumplimiento a los indicadores de oportunidad, calidad y cobertura** del 100% estando en un nivel excelente conforme al seguimiento anual de Estadísticas Vitales desde la Secretaria de Salud de Bogotá.



**Enrolamiento del 100% del personal médico** en la nueva plataforma del Registro Único de Afiliados (RUAF 2.0), la cual entro en vigor en el año 2022. Se plantea para la Institución que todo personal médico nuevo debe tener inducción por vigilancia epidemiológica para asegurar la apertura del usuario del aplicativo RUAF y el manejo de este.



### **Fortalecimiento del Comité de Ética de la Investigación (CEI).**

Por primera vez se dejó establecido todos los documentos que soportan las actividades de dicho comité. El año 2022 fue el año en el que más protocolos de investigación se presentaron con un total de 10.

Se ha incentivado los procesos de investigación mediante Comunicaciones que invitan a enviar sus protocolos y a buscar asesoría en dichos proyectos.



**Nominación en 5 categorías por la Cuenta de Alto Costo** postulados por los resultados en la gestión oncológica con relación a los resultados nacionales.



**Se logró impactar en la calidad de los datos** y la visualización de los mismos, para ello se optimizó la herramienta Appsheet de Oncología, y se creó Appsheet del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) y Fármaco-vigilancia de dicho programa. De igual forma se desarrolló la herramienta de visualización de datos (DATASTUDIO) para Oncología, PROA, Microbiología, Lavado de Manos, Paquetes de Prevención de Infecciones y Artritis Reumatoide.



# Indicadores

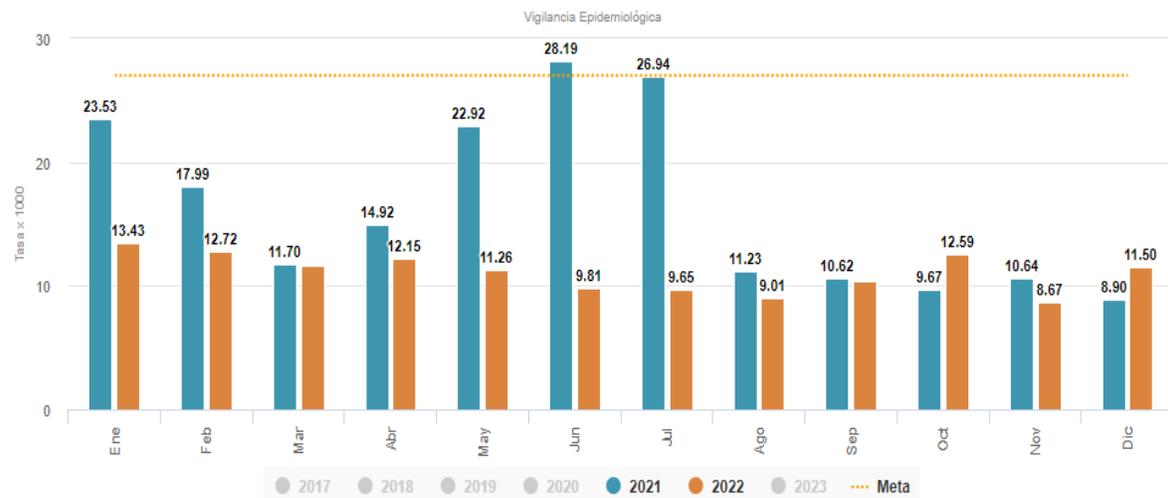
## ID – 425 Eventos de Notificación Obligatoria Sivigila que Cumplen con el Protocolo



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2022, se identifica que la oportunidad de notificación de eventos de interés en salud pública que cumple con el protocolo siempre estuvo por encima de la meta institucional del 85%. Esta meta está dada por las evaluaciones de los diferentes subsistemas de Sivigila. El promedio anual de notificación es del 94.74% de cumplimiento.

## ID – 221 Tasa de Mortalidad Global



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2022 se evidencia notablemente un descenso en la tasa de mortalidad institucional comparado con el año 2021, siempre estando por debajo de la meta. El promedio de tasa anual del 2022 fue del 11.07 por 1000 atenciones, con una suma de 564 defunciones institucionales.



**Figura 7. SemafORIZACIÓN de los resultados de evaluación a guías de práctica clínica en el año 2022**

Guía de práctica clínica	Resultado de evaluación
Apendicitis aguda	100%
Trasplante de tejidos	100%
COVID 19 Urgencias	100%
Trasplante de tejidos	100%
Uro litiasis	97.35%
Cirugía de legrado ginecológico	94.9%
Cáncer de mama	92.6%
Artritis Reumatoide	91.3%
COVID 19 UCI	89.5%
Patología Biliar Calculosa	89.47%
COVID 19 Hospitalización	88.8%
Cirugía de Condrolplastia por abrasión	81.3%
Cáncer de próstata	81.01%
Cáncer de cérvix	80.4%
Infección de vías urinarias	77.78%
Cáncer de colon y recto	75.3%
Dolor torácico Urgencias	69.5%
Cáncer gástrico	69.4%
Cefaleas Urgencias	67.07%
Dolor abdominal Urgencias	60.3%
<b>Evaluación de medicamentos de alto costo</b>	
Bevacizumab	100%
Brentixumab	100%
Daratunumab	100%
Eculizumab	100%
Eltrombopag	100%
Lenalidomida	100%
Nivolumab	100%
Palbociclib	100%
Pembrolizumab	100%
Romiplostim	100%

**Tabla:** Resultados evaluación a guías de práctica clínica año 2022 / Fuente: Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

Durante el año 2022, se evaluaron un total de 20 Guías de práctica clínica de las principales patologías de los diferentes servicios, adicionalmente se realizó una evaluación de los medicamentos que implicaron mayores gastos económicos. Dentro de sus resultados, se encontró que ninguna guía presentaba resultados críticos y que el 40% de las guías evaluadas se encontraban en un rango de excelencia.



## Proyectos 2023

*En el año 2023 se buscar la generación de información confiable que impacte en la gestión clínica de los pacientes con proyectos que busquen la prevención y control de infecciones.*

- ☑ Participar en la generación de protocolos de prevención de enfermedades y control en el caso de apareamiento de virus o enfermedades nuevas, por medio del infectólogo, el Dr. Arwin y grupo de vigilancia epidemiológica.
- ☑ Desarrollo de nuevos algoritmos de manejo que simplifiquen la información que contienen las guías de práctica clínica con énfasis a las patologías infecto-contagiosas y PROA.
- ☑ Focalizar el bilingüismo como estrategia de internacionalización y atractivo a nuevos clientes extranjeros, adicionalmente esto ayuda a la búsqueda de mejores estudios de referencia, para así generar nuevos algoritmos de manejos de enfermedades.
- ☑ Fortalecer la ruta de promoción y prevención (PyP) de forma transversal al egreso del paciente por parte de medicina, para que este, a su vez continúe en el ciclo de la atención entre niveles.
- ☑ Identificarnos como centro de referencia de control del cáncer para el Grupo Empresarial Salud Total, dando prioridad en la atención y desplegar toda la ruta en una sola institución con personal idóneo y humanista.
- ☑ Implementar Tic's Social en las instituciones del Grupo Empresarial de Salud Total, con el fin de fortalecer los procesos de gestión clínica de los pacientes oncológicos, así como, ampliar el número de pacientes a quienes se les realiza seguimiento.
- ☑ Fortalecer las herramientas de información para su aplicación en PROA, vigilancia epidemiológica y el servicio de oncología, con el fin de favorecer la interoperabilidad entre los diferentes actores.
- ☑ Iniciar las cotizaciones y evaluaciones de empresas que ofrecen el Sistema de Grupos Relacionados por el Diagnósticos (GRD).



Los Nogales  
Clinica



# Infecciones



## Objetivo General

Este programa busca optimizar la gestión del riesgo relacionado con las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), a través de la implementación de diferentes acciones y estrategias educativas, prácticas asistenciales estandarizadas y de vigilancia y control.

Identificar, analizar y reportar, las enfermedades en Salud Pública, presentadas en la institución, con el fin de orientar las acciones de prevención, control e implementar planes de mejora en los eventos presentados. (Incluye SIVIGILA, Estadísticas Vitales e IAAS).

## Líderes Responsables

Jefe Edna Lucía Velandia Olaya

Jefe Ibeth Cuevas

Jefe Verónica Gil Segura

## Principales Logros



**Se mantiene relación transversal institucional** desde el programa de vigilancia epidemiológica, ya que es un pilar fundamental para crear estrategias de control de infecciones y propagación de la enfermedad, es por ello que el programa de vigilancia epidemiológica se compone del área de control de infecciones y vigilancia en salud pública. Este programa tiene grandes experiencias exitosas a partir de estrategias implementadas las cuales incitan en la disminución de tasa de infecciones en los diferentes servicios y control de microorganismos específicos a partir de las medidas de aislamiento selectivo. En cuanto a enfermedades de eventos de interés en salud pública se tiene una excelente oportunidad de detección, notificación, inicio de tratamiento y georreferenciación del usuario para así dar continuidad a su manejo en domicilio.



**Creación de herramienta Data Estudio** para seguimiento de observaciones de higiene de manos e implementación de paquetes de prevención.



**Se ha dado continuidad al programa de control de infecciones** fortaleciendo la educación, seguimiento, verificación, y control de las estrategias.,



**Se nombró profesional de enfermería** para el cargo de Líder de Accesos Vasculares y Capital Venoso.



**Se nombró profesional de enfermería** para el cargo de Líder de Estrategia Multimodal de Higiene de Manos.



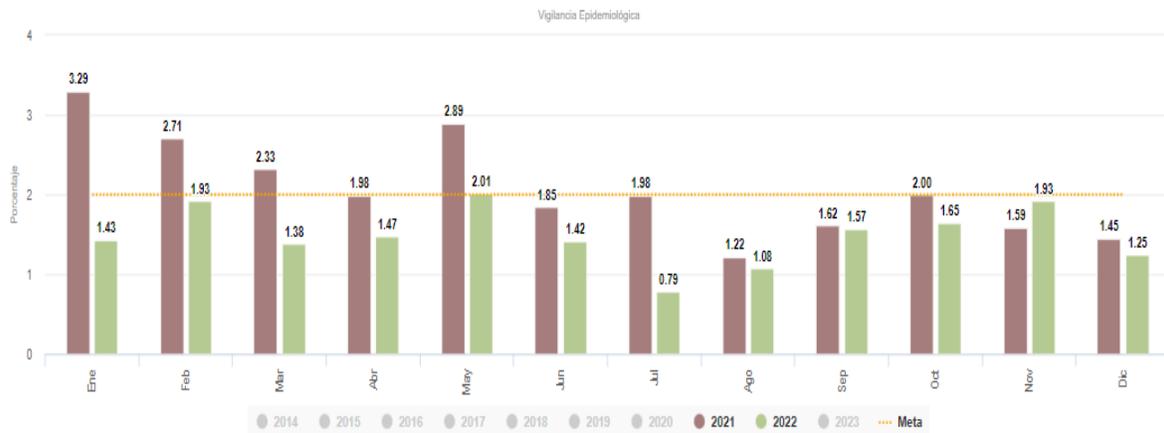
**Creación de indicadores de higiene de manos** y divulgación por servicio.



**Creación de herramienta Data Estudio** para seguimiento de observaciones de higiene de manos e implementación de paquetes de prevención.



## ID – 015 Tasa Global de Infecciones Institucional



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el comparativo anual 2021-2022 se puede visualizar que, de acuerdo al comportamiento hubo un descenso significativo en la tasa global de infecciones con una tasa global acumulada de 1.49 para 2022, la cual se encuentra dentro de la meta institucional, lo anterior se logra mediado con la gestión de las estrategias de identificación y control de infecciones.

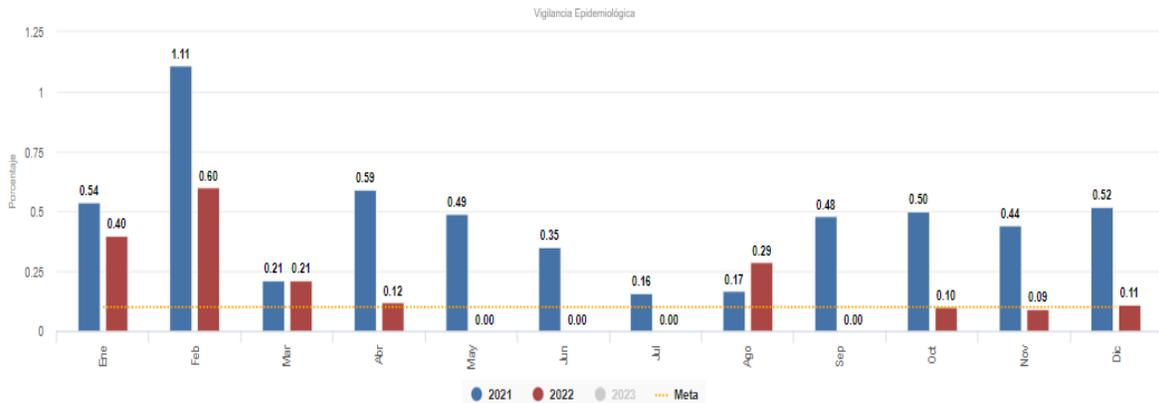
## ID – 349 Adherencia a los Cinco Momentos de Higiene de Manos Institucional



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

De acuerdo al comportamiento anual 2021-2022 se evidencia un cambio en cuanto a la adherencia de higiene de manos institucional, con un consolidado para el año 2021 de 88.2% y para el año 2022 de 80.5%, con un incremento sustancial para el último trimestre posterior a la campaña institucional de higiene de manos.

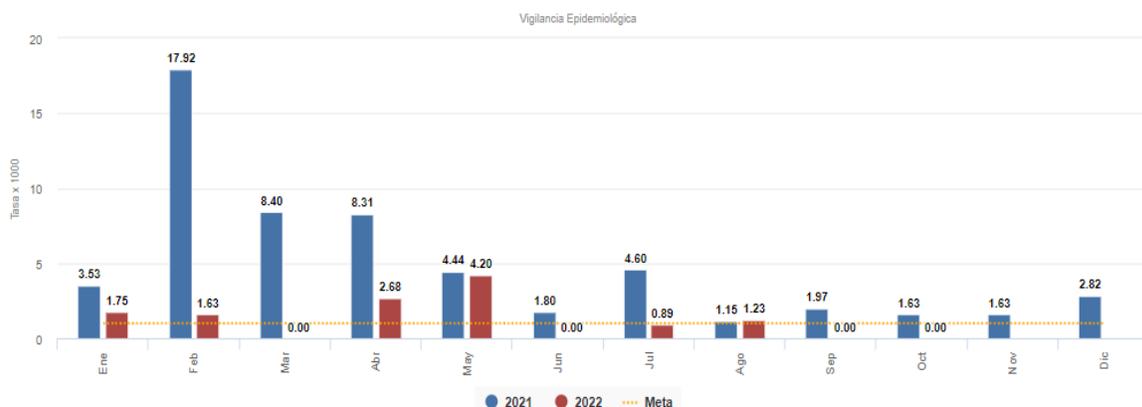
## ID – 329 Tasa de Incidencia del Torrente Sanguíneo, Asociada a Catéter Institucional



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Frente al comportamiento entre el año 2021 y 2022 se determina un descenso significativo respecto a la tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter vascular, con un acumulado para 2022 de 0.13 que se encuentra por debajo de la meta institucional, con una variación en agosto de 2022 esto debido a los pacientes con requerimiento de inotropia, sedo analgesia, acceso vascular difícil o insuficiente, por patología base del paciente y volumen de pacientes en el mes.

## ID – 328 Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter Institucional

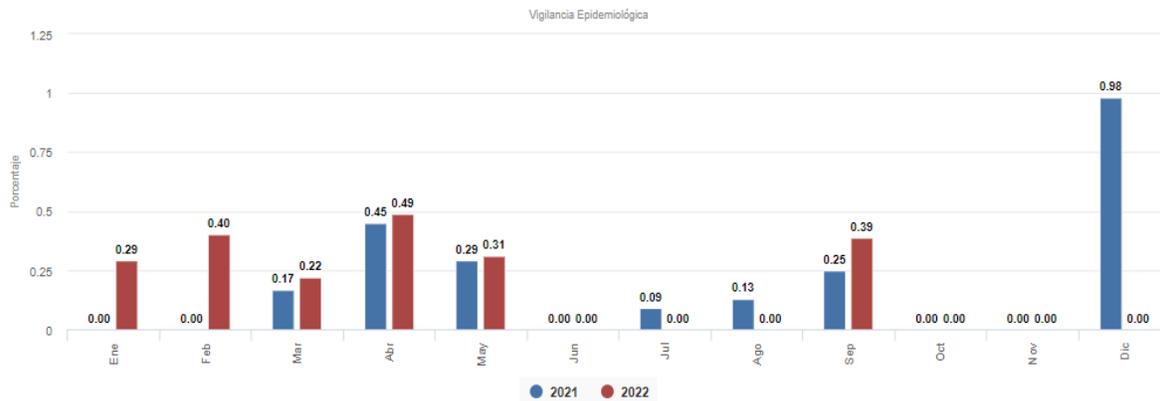


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



Dentro del comparativo 2021-2022 con respecto a las infecciones del tracto urinario asociados al dispositivo vesical se puede determinar que, de acuerdo a las estrategias de monitorización continua se ha incidido favorablemente en el control de las infecciones a éste nivel, con un cumplimiento de la meta institucional en donde para el último trimestre de 2022 no se identificaron casos de infección asociada a dispositivo vesical.

## ID – 326 Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico Institucional



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

De acuerdo con el comparativo 2021-2022 se puede determinar que, conforme a la implementación del paquete de cuidado para prevención de neumonía asociada a la ventilación, desde el último trimestre de 2022 no se han identificado eventos asociados a esta medida de cuidado, lo cual denota impacto efectivo de la estrategia de prevención asociada a este medio invasivo, con cumplimiento de la meta institucional.



## ID – 548 Porcentaje de Aislamiento por Contacto



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

De acuerdo con la comparación 2021-2022 se puede determinar que, conforme a la estrategia de monitoreo se ha logrado la pertinencia de los casos que requieren este tipo de aislamiento, con una variación porcentual del 11% y con cumplimiento de las estrategias y acciones de control para la estrategia con enfoque en bioseguridad.

## ID – 515 Tasa de Flebitis Infecciosa Asociada al Uso de Catéter Periférico

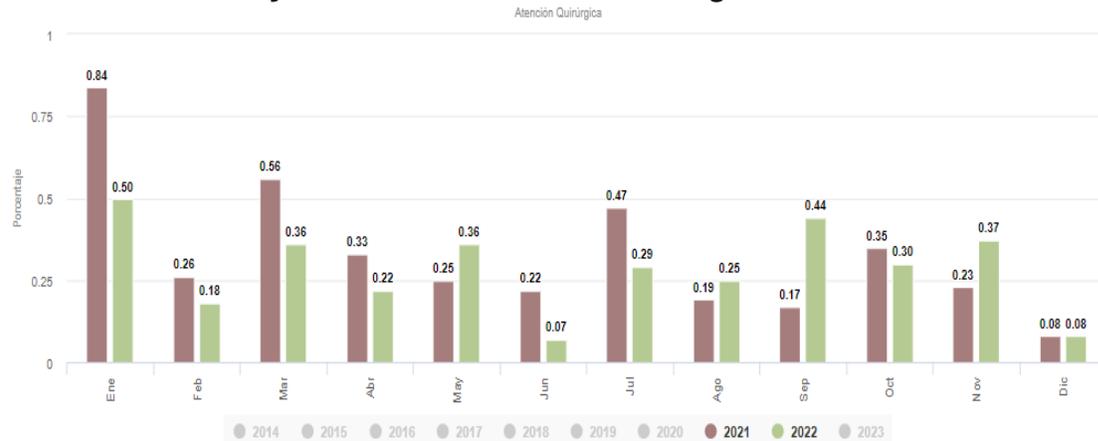


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En comparación entre el año 2021-2022 éste es uno de los indicadores trazadores en el que se pretende establecer medidas de acción de control, ya que de acuerdo con el comportamiento para el 2022 se han documentado un alza de casos que supera la meta institucional, lo anterior también mediado al aumento de la identificación y reporte mediante las estrategias de búsqueda activa del grupo de control de infecciones.



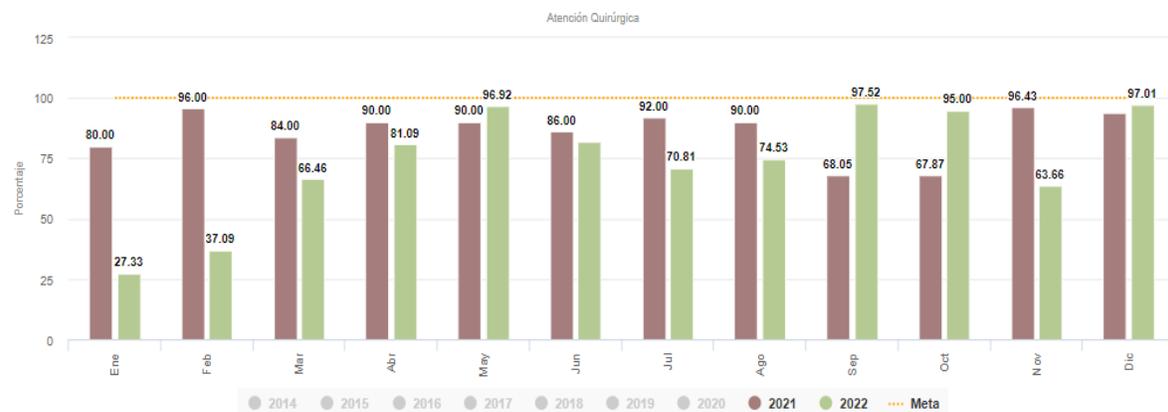
## ID – 409 Porcentaje de Infección de Sitio Quirúrgico



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el comparativo 2021-2022 se establece que, de acuerdo con el comportamiento, la institución se encuentra dentro de la meta para entes de control, con una tendencia a la baja frente a la identificación de eventos de infección del sitio quirúrgico con cirugías trazadoras tales como: colecistectomía, herniorrafía, revascularización miocárdica, en donde se realiza medición de los protocolos con especial énfasis en cirugía clasificada como limpia y limpia contaminada.

## ID – 348 Profilaxis Antibiótica



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con respecto a la medida de control de prevención de infección del sitio quirúrgico, se determina el comparativo 2021-2022 con respecto a ésta estrategia que ha sido fluctuante el indicador, con una meta del 100% que para el último trimestre de 2022



se encuentra en un promedio de 85% mediado por rangos a la baja menor de 70% de adherencia.



## Proyectos 2023

- ☑ Articular las estrategias del Plan operativo anual 2023 con el establecimiento del programa de control de infecciones para controlar las variables que pueden incidir en el control de infecciones para brindar una atención segura con calidad y mejoramiento continuo: establecimiento de las estrategias de infecciones ZERO que refuerzan los paquetes de prevención de infecciones asociadas a dispositivos.
- ☑ Aumentar en un 5% la meta de adherencia a la estrategia Multimodal de higiene de manos con monitorización mensual y constitución del plan de capacitación para líderes, observadores en cabeza de la referente de Estrategia Multimodal.
- ☑ Cumplir con la meta institucional de 0.1 de la tasa de flebitis con la implementación del programa de accesos vasculares con el desarrollo de acciones enfocadas a la gestión del riesgo en la población objeto de seguimiento.
- ☑ Actualización de la gestión documental con impacto en los diferentes subprogramas del programa de control de infecciones en el que se va a gestionar: obras, BPM, transfusión, servicios de apoyo, alimentos, lavandería, con las respectivas mediciones a través de auditoría y enfoque de mejoramiento continuo.
- ☑ Implementar el modelo de infección quirúrgica Zero, en el servicio de cirugía para impactar en la estrategia de profilaxis y cumplimiento de la meta institucional de infección del sitio quirúrgico < 1%.
- ☑ Consolidación de los indicadores de gestión pendientes por medición: prevención de IAAS de servicios de apoyo, limpieza y desinfección.





Los Nogales  
Clínica



**Farmacia**



## Objetivo General

Garantizar el cumplimiento de los procesos definidos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos dentro de la ruta del paciente, dando cumplimiento a los requisitos normativos vigentes, con enfoque en la humanización y seguridad en la atención, obteniendo resultados de impacto en el tratamiento de los pacientes y de minimización del riesgo en la atención.

## Líder Responsable

Holanda Purgarín Muñoz

## Principales Logros

### Fortalecimiento del programa de atención farmacéutica



a. **Fortalecimiento del programa A-PINCH** para seguimiento al uso de medicamentos Antibióticos, Electrolitos, Insulina, Narcóticos y quimioterapéuticos con una cobertura de pacientes del 91% - Meta 90%, se genera un mayor nivel de detecciones de eventos e incidentes asociados al uso de medicamentos promedio 10.3%.



b. **Efectividad en la reconciliación** medicamentosa en traslados de pacientes 90% %



c. **Aceptabilidad de las intervenciones** farmacéuticas por parte del personal asistencial 75%



d. **Reportes de eventos relacionados con medicamentos** por búsqueda activa 41.8%, incluyendo el seguimiento a medicamentos trazadores.



e. **Inicio seguimiento Fármaco-terapéutico** a pacientes de la corte Artritis Reumatoide e intervenciones en junta interdisciplinaria de escalonamientos terapéuticos cubrimiento del 86.7%.



**Aumento de la cultura de reporte de sucesos** relacionados con medicamentos (70% aumento en reportes) gracias a las actividades de fármaco-vigilancia activa, rondas de seguridad y medicamentos trazadores generadas por el equipo de farmacia.



**Transición para reporte de eventos** al nuevo sistema VIGIFLOW INVIMA (189 reportes por VIGIFLOW).



**Implementación de rondas a pacientes** en el servicio de UCI con el fin de realizar seguimiento a la prescripción y el escalonamiento de antibióticos 300 rondas mes.



**Elaboración de folletos educativos** para pacientes y personal de salud que incluyen: manejo de medicamentos en el hogar, uso de insulinas, uso de anticoagulantes, adherencia al tratamiento, flebitis, fármaco-vigilancia, notificación de desabastecimientos entre otros, los cuales se comparte a pacientes por medio de código QR o físico cubrimiento de pacientes con educación 75%



**Incremento en la efectividad** de las intervenciones farmacéuticas con base a los hallazgos del perfil Fármaco-terapéutico 98.1% - meta 95%.

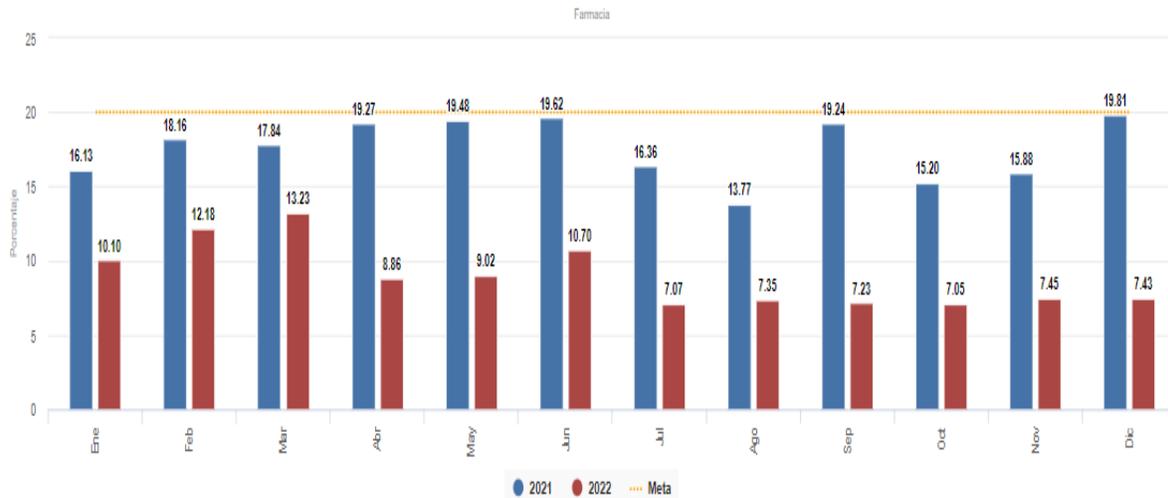


**Implementación de conciliación medicamentosa** al egreso de los pacientes cubrimiento 40% del total de los egresos del servicio de Hospitalización – meta proyectada 50% por inicio del proceso.



# Indicadores

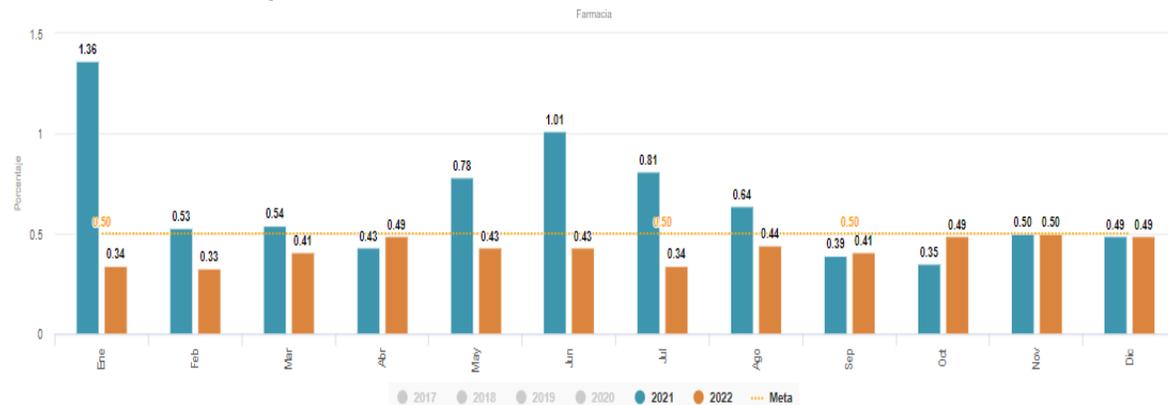
## ID – 434 Porcentaje de Participación de la Facturación de Tecnologías No PBS del Total de la Facturación



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2022 dentro del seguimiento a participación de tecnologías No PBS dentro del proceso de facturación se evidencia que no se presentó un incremento desmesurado en su prescripción ajustándose al lineamiento de no prescripción MIPRES de manera adecuada.

## ID – 045 Porcentaje de Pendientes del Servicio Farmacéutico

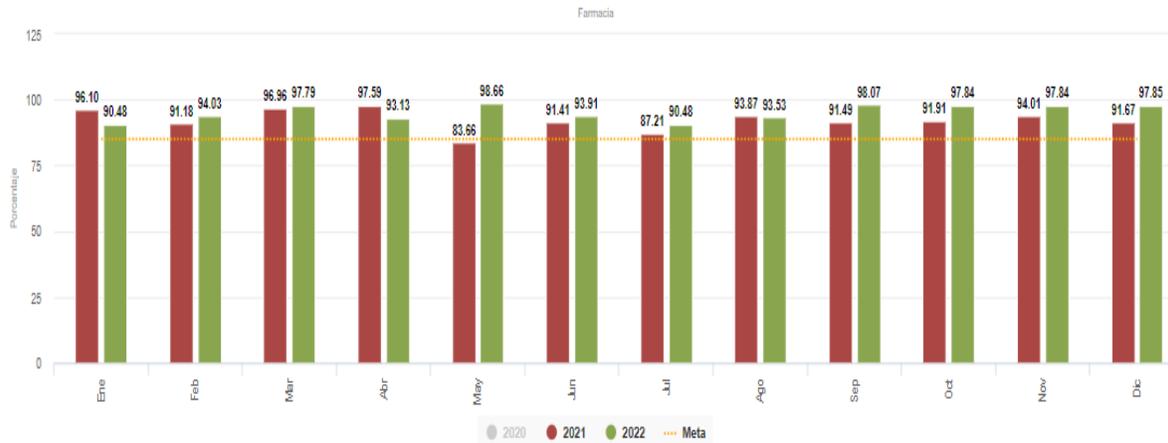


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Pese a los desabastecimientos del mercado el servicio farmacéutico optando por otras metodologías de compra se dio cubrimiento a las necesidades de los pacientes manteniéndose por debajo del margen de pendientes del total de la dispensación del mes.



## ID – 427 Efectividad de las Intervenciones Farmacéuticas



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El servicio farmacéutico presenta una efectividad de las intervenciones farmacéuticas del 97.85%, lo cual indica que las intervenciones cuentan con un buen soporte técnico y adecuada revisión de las historias clínicas para identificar las necesidades del paciente.

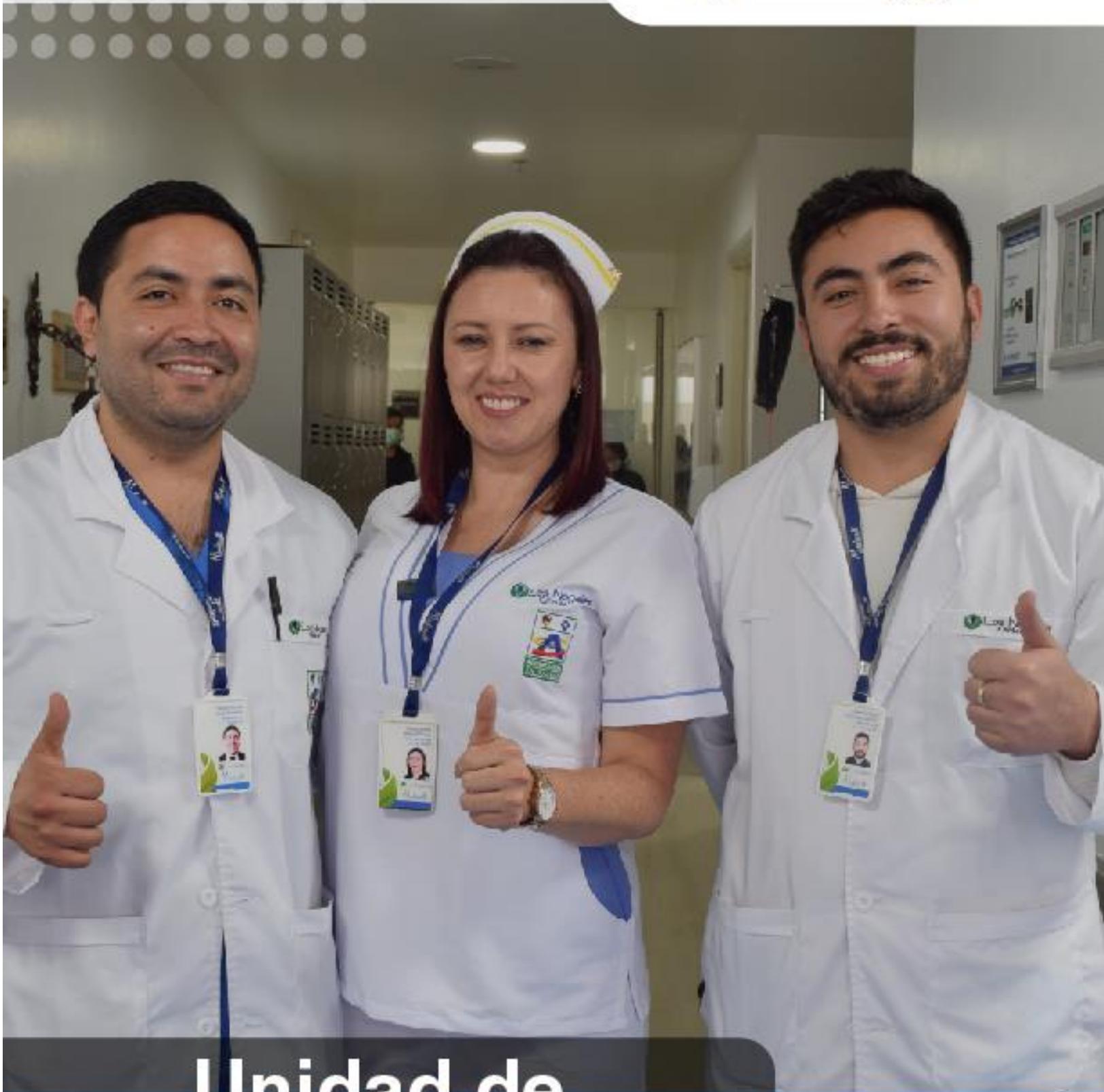


## Proyectos 2023

- ☑ Creación de la central de mezclas.
- ☑ Reestructuración y Reconciliación Medicamentosa en IT Salud.
- ☑ Fortalecimiento del programa de fármaco-vigilancia de manera Proactiva.
- ☑ Educación a personal asistencial.
- ☑ Apertura convenio de docencia y servicio
- ☑ Disminución de las flebitis.
- ☑ Implementar programa de Administración Segura de Medicamentos



Los Nogales  
Clínica



**Unidad de  
Oncología**



## Objetivo General

Brindar atención oportuna, eficaz y humanizada, basada en los más altos estándares de seguridad al paciente oncológico y su familia durante las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.



## Líderes Responsables

Jefe Diana Bernal Torres  
Dr. Andrés David Díaz Portilla

## Principales Logros



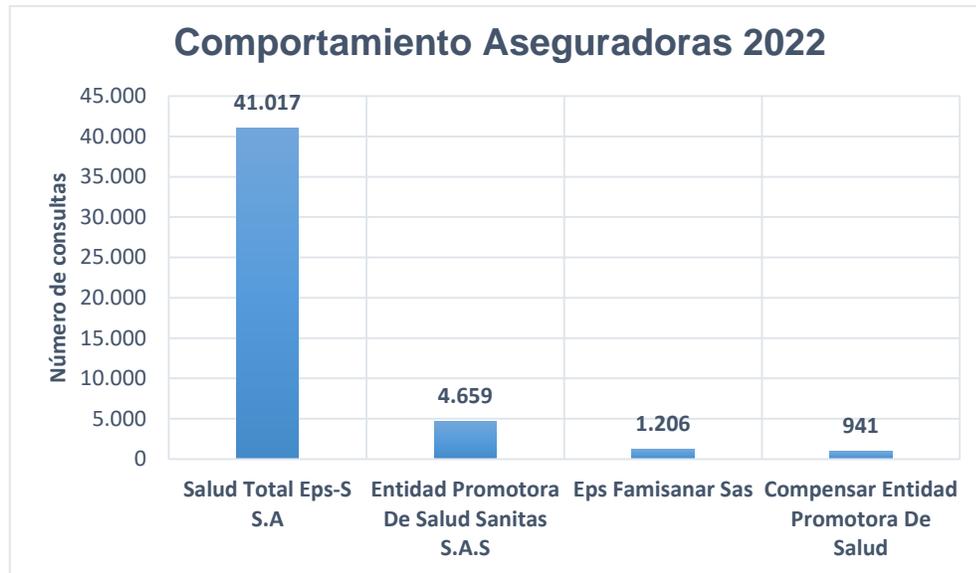
**Se logró ampliar el talento humano** pasando de tener 40 a 43 especialistas, permitiendo aumentar en un 3% las consultas con una variación de 1.471 consultas durante el año 2022.



Gráfica: Comparativo anual consultas especialidades / Fuente: Coordinación de Oncología



Las principales aseguradoras son Salud Total EPS-S, 41.017 Sanitas EPS, 4.659 Famisanar EPS, 1.206 Compensar EPS, 941



Gráfica: Comportamiento aseguradoras 2022 / Fuente: Coordinación de Oncología

**El comportamiento en la sala de administración de quimioterapia en relación al año 2021 incrementó en un 18% con 2.181 quimioterapias.**



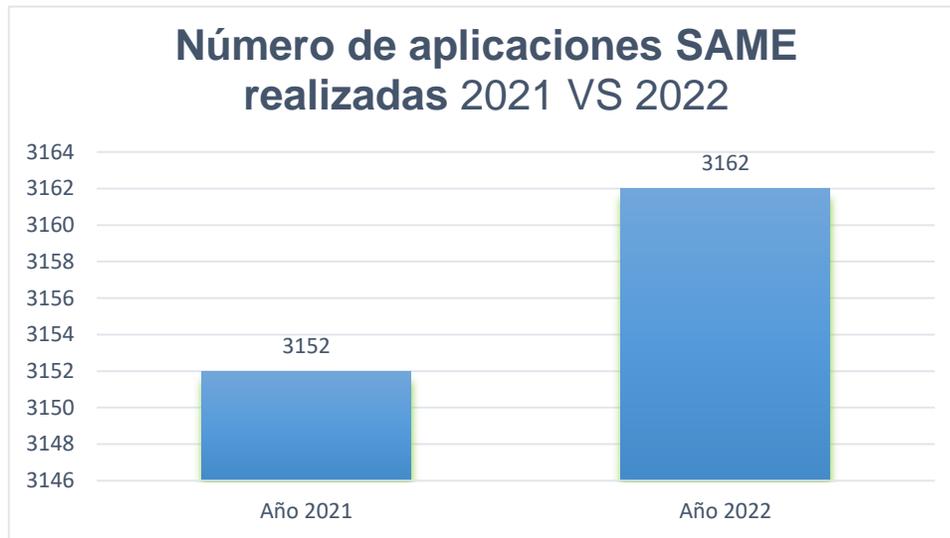
**La unidad cumplió con la ejecución presupuestal** asignada para el 2022, con un total de 4.058 pacientes, teniendo en cuenta que se fortaleció el proceso de geo-referenciación con Centro Policlínico del Olaya.



Gráfica: Comportamiento aseguradoras 2022 / Fuente: Coordinación de Oncología



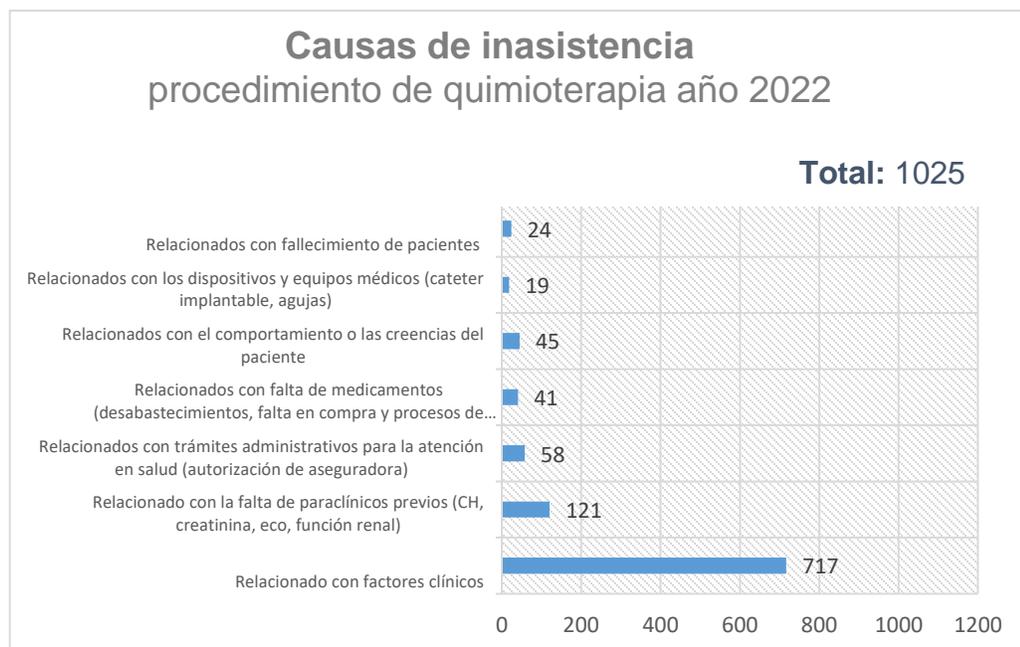
**El comportamiento en el Servicio de Aplicación de Medicamentos Especiales (SAME) para el año 2022 fue muy similar al 2021, con una diferencia de 10 aplicaciones.**



**Gráfica:** Comportamiento aseguradoras 2022 / Fuente: Coordinación de Oncología



**Se evidencia que la principal causa de inasistencia a la quimioterapia programada para el 2022 estuvo relacionada con factores clínicos en un 43% y la segunda causa fue por falta de toma o reporte de laboratorios.**



**Gráfica:** Causa de inasistencia servicio quimioterapia año 2022 / Fuente: Coordinación de Oncología

## En lo corrido del año



**Se logró captar al 100 % de los pacientes incidentes** de las 8 cohortes priorizadas, se evidenció también la disminución en 50% de los días en oportunidad de tratamiento de enero de 2021 a diciembre de 2022. Se logró una disminución del 70% en la oportunidad de primera atención por el médico tratante de enero de 2021 a diciembre de 2022.

Cohorte a evaluar	Oportunidad desde la sospecha a diagnóstico			Oportunidad desde la sospecha a tratamiento			Oportunidad desde el diagnóstico a la primera valoración médica			Oportunidad desde la primera valoración médica al primer			Oportunidad desde el diagnóstico al primer tratamiento		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Mama	SIN DATO	SIN DATO	21.79	SIN DATO	78.1	61.54	37.3	15.15	11.58	23.4	42.18	31.58	60.7	57.25	43.22
Cervix	SIN DATO	SIN DATO	60.4	SIN DATO	95.4	96.92	36	21.6	11.59	51	46.7	29.86	86	71.55	41.19
Prostata	SIN DATO	SIN DATO	92.6	SIN DATO	SIN DATO	143	SIN DATO	28.78	33.97	SIN DATO	40.24	33.88	SIN DATO	67.41	62.26
Colon y recto	SIN DATO	15.3	12.89	SIN DATO	SIN DATO	46.68	SIN DATO	22.6	21.45	SIN DATO	40.06	31.79	SIN DATO	59.4	52.76
Gastrico	SIN DATO	24.4	13.68	SIN DATO	SIN DATO	53	SIN DATO	21.98	15.22	SIN DATO	34.39	46.35	SIN DATO	53.46	61.28
Pulmon	SIN DATO	SIN DATO	29.73	SIN DATO	SIN DATO	75.54	SIN DATO	7.58	5.89	SIN DATO	36.93	35.71	SIN DATO	44.93	41.5
Melanoma	SIN DATO	SIN DATO	46	SIN DATO	SIN DATO	124.33	SIN DATO	14.2	36.46	SIN DATO	63.88	65.9	SIN DATO	77.94	103.04
Linfoma	SIN DATO	SIN DATO	23.95	SIN DATO	SIN DATO	49.52	SIN DATO	19.14	13.64	SIN DATO	25.14	20.75	SIN DATO	43.14	34.89
Leucemias agudas	SIN DATO	SIN DATO	12.31	SIN DATO	SIN DATO	18.79	SIN DATO	1.65	0.28	SIN DATO	6.41	4.88	SIN DATO	7.89	5.1

Tabla: Oportunidades de acuerdo a la cohorte / Fuente: Coordinación de Oncología



**Se desarrolla el Tablero de Manejo de Información (TMI)** lo cual permite realizar una evaluación en tiempo real sobre la gestión de los pacientes con cáncer.

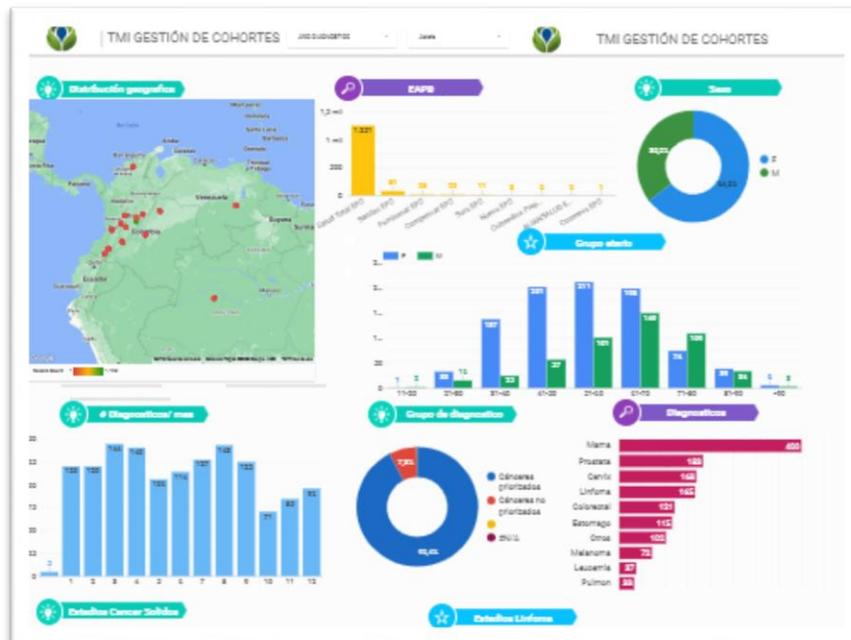


Tabla: Información oportunidades según la cohorte / Fuente: Coordinación de Oncología





**Se retomaron las actividades educativas** dirigidas al paciente, familia y cuidadores. Con el apoyo del equipo multidisciplinario (trabajo social, Psicología y nutrición) aprovechando espacios como sala de quimioterapia, salas de espera y espacios de cuidadores se logró educar un total de 8.171 personas en temas como:

- a. Mitos y realidades sobre hábitos Nutricionales
- b. Estrategias nutriciones
- c. Apoyo emocional
- d. Redes de apoyo
- e. Fortalecimiento de autoestima
- f. Relajación Mindllnes
- g. Gestión Emocional
- h. Inducción quimioterapia

**Se retoma el programa para cuidadores con alianza de Oncowllenes con los siguientes objetivos**

- a. Promover la humanización en el servicio de salud del paciente oncológico a través del bienestar, la relajación y la belleza.
- b. Potencializar los valores: autoestima, confianza y seguridad del paciente y su familia promoviendo la auto-sanación como aspecto clave en el proceso de recuperación.
- c. Contribuir positivamente en la transición física y emocional de los pacientes para que tengan una mejor asimilación de los tratamientos.

**Frente a la gestión de los cánceres priorizados se logró obtener un gran reconocimiento al ser nominados en las siguientes categorías:**

- ✓ IPS con mejor gestión global del cáncer
- ✓ Mejor gestión de Cáncer de mama
- ✓ Mejor gestión de Cáncer de cuello uterino
- ✓ Mejor gestión de Linfoma No Hodgkin
- ✓ Mejor gestión de Leucemia Mieloide Aguda

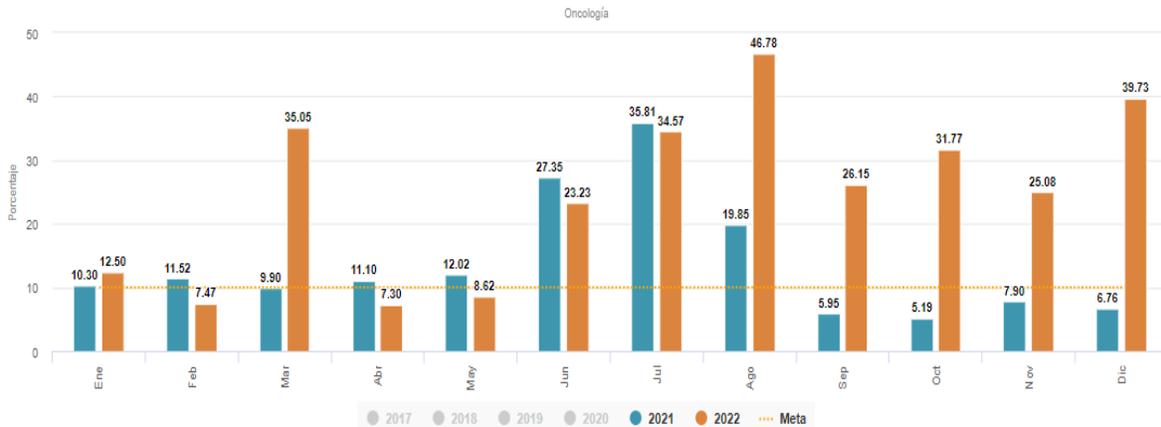


**Aumentó en un 20 % la cobertura de especialidades** de apoyo trabajo social, nutrición y psicología.



# Indicadores

## ID – 327 Cancelaciones en Pacientes Programados para Quimioterapia Ambulatoria



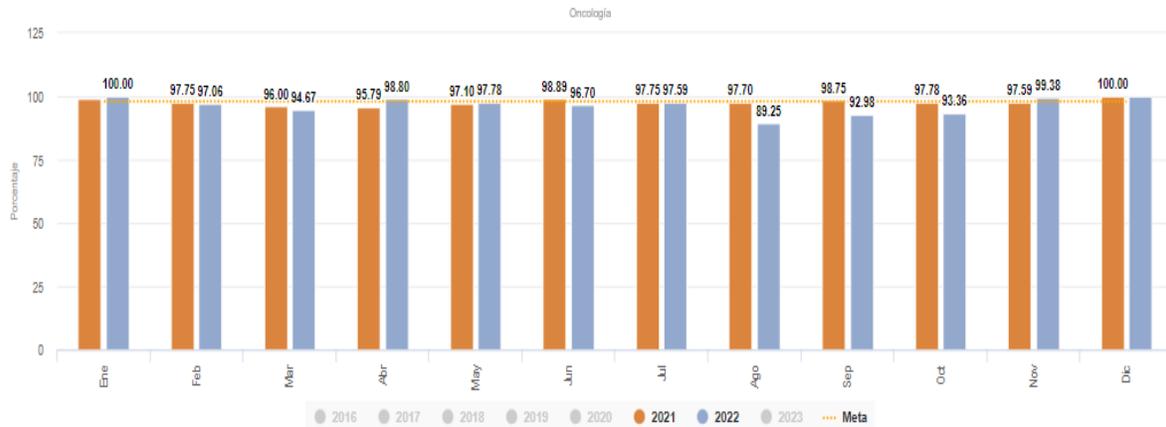
Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se realiza un análisis anual del indicador donde se evidencia una tendencia constante en relación con las cancelaciones relacionadas a diferentes causas:

Se categorizaron siete factores que influyen en la causa de inasistencia al procedimiento de quimioterapia, siendo factores clínicos la principal causa por la complejidad del paciente. Así mismo por motivo de falta de paraclínicos previos: CH, creatinina, eco, función renal. Trámites administrativos para la atención en salud y autorización de aseguradora. Falta de medicamentos, desabastecimientos, falta en compra y procesos. Comportamientos o creencias del paciente. Dispositivos y equipos médicos: catéter implantable y agujas. Por último, fallecimiento del paciente.



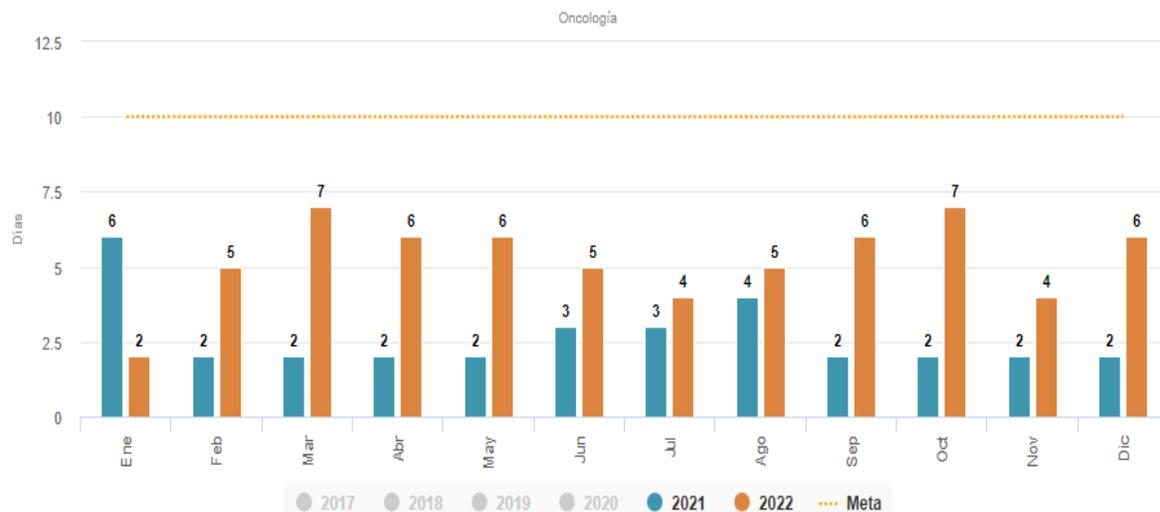
## ID – 124 Porcentaje de Satisfacción del Servicio de Oncología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia un comportamiento superior al 97% de satisfacción en los usuarios encuestados, sin embargo, la falta de disponibilidad de consultas es la causa de insatisfacción.

## ID – 295 Oportunidad de Inicio de la Quimioterapia Desde la Formulación en Consulta del Especialista Hasta el Inicio de la Misma



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el 2022 el indicador de días para inicio de quimioterapia se cumplió al 100 % con la meta propuesta.



## Proyectos 2023

- ☑ Estar nominados en 7 cohortes y obtener 2 premios (colon y linfoma).
- ☑ Posicionar la unidad de Oncología por medio de diferentes estrategias como lo son: Pagina Web – Boletín de cuidadores - Módulo de educación virtual para pacientes, familiares y profesionales de la salud.
- ☑ Alinear las estrategias del POA 2023 con todo el programa de seguridad del paciente y trabajar de forma integrada con esta área con el fin de optimizar la gestión y la cultura de seguridad para nuestros pacientes.
- ☑ Aumentar en un 5% la satisfacción de los usuarios en el servicio Oncología, por medio XCustomer ya que nos permitirá gestionar de manera inmediata los seguimientos y evitar detractores en el área de Oncología.



Los Nogales  
Clínica

HALCYON

# Unidad de Radioterapia

arian



## Objetivo General

Suministrar radiación de alta energía de manera segura aliviando la sintomatología de los pacientes oncológicos y con mayor facilidad para permitir una mejor calidad de vida.

## Líderes Responsables

Dr. Juan Carlos Galvis  
Yeliskiubanny Castro González

## Principales Logros



**Puesta en marcha del servicio de radioterapia** desde el 22 de enero del 2022.

### Educación y capacitación continua



a. **Proyecto de cáncer** de próstata Hipofraccionado.



b. **Proyecto Márgenes** en cáncer de próstata.



c. **Proyecto LATTICE**



d. **Proyecto optimización** de dosis sobre descendente anterior.



## Reconocimiento en investigación y acto académico



a. **Presentación a grupo Halcyon** Latinoamérica sobre experiencia técnica Lattice.



b. **Presentación a grupo Halcyon** Latinoamérica sobre experiencia LADCA.



c. **Presentación a grupo PTW** Latinoamérica sobre experiencia RUBY QA.



d. **Colaboración académica** UCLA sobre cistitis por radiación.



e. **Proyecto** Lattice.



f. **Proyecto** márgenes.



g. **Proyecto** Kyoto.



h. **Proyecto** Comisionamiento Halcyon.



i. **Proyecto de planeación** con imágenes de Cone Beam-CT



j. **Proyecto verificación** no planicidad, pendientes para haces FFF.

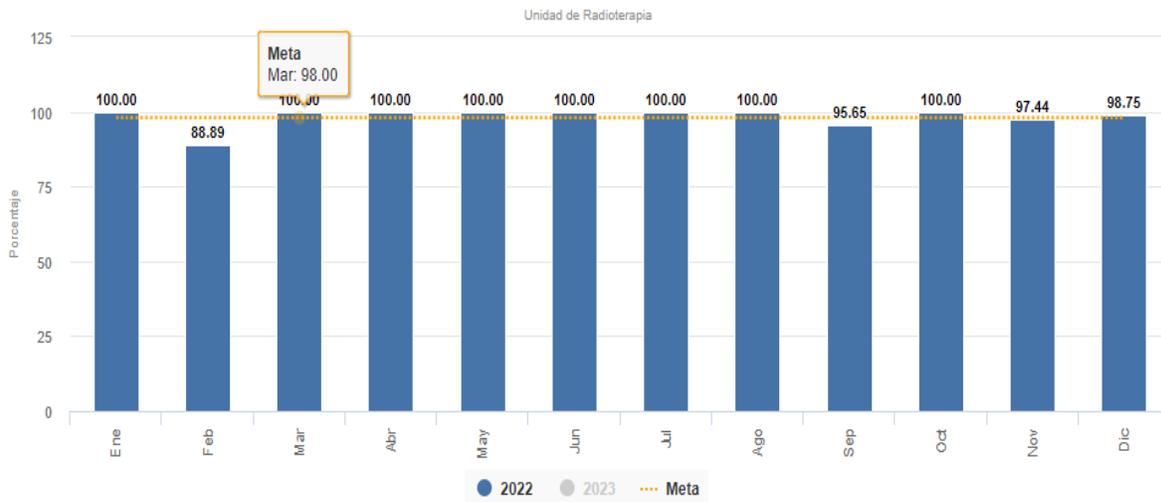


**Optimización de tiempos** desde el agendamiento hasta el inicio de tratamiento, generando promesas no superiores a las 72 horas.



# Indicadores

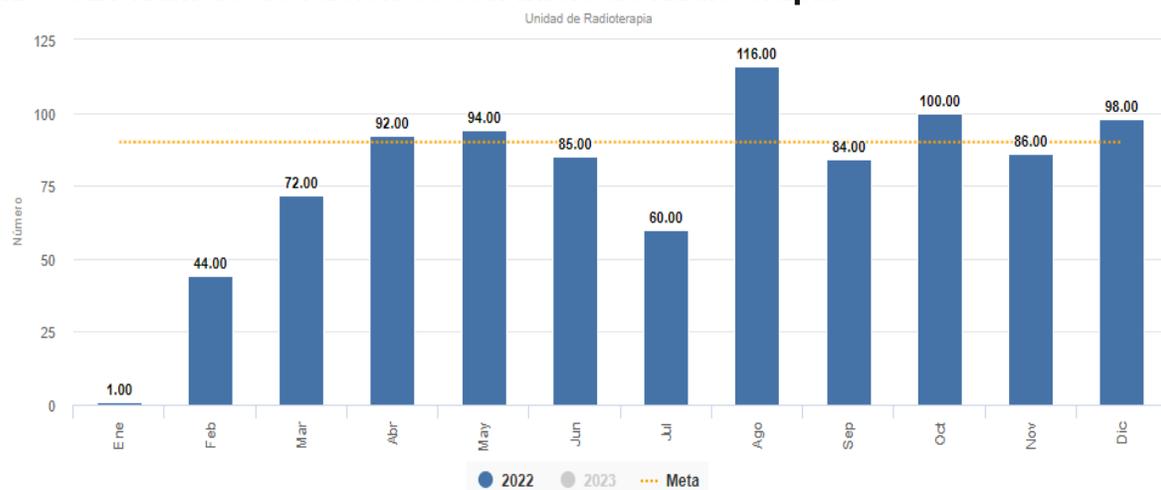
## ID – 687 Porcentaje de Satisfacción del Usuario en el Servicio de Radioterapia



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2022 logramos mantener la satisfacción de los servicios en un 98% lo que indica que el comportamiento frente a la atención del paciente, calidez y humanización se brindó de acuerdo con las políticas institucionales establecidas en el manual de protocolo de servicio.

## ID – 621 Número de Pacientes con Inicio de Radioterapia



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



Este indicador nos permite ver el aumento significativo de pacientes que iniciaron tratamiento mes a mes durante el año 2022. De acuerdo con el comportamiento se trataron en el año 873 pacientes, de los cuales el 13,6% corresponden a paliativos y el 86,4% son curativos.

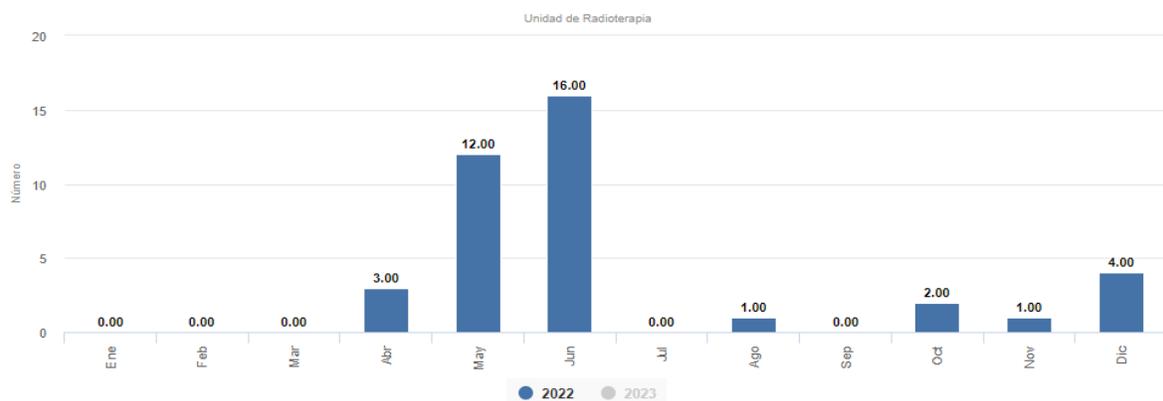
### ID – 622 Número de Pacientes que Finalizan Radioterapia



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con este indicador podemos identificar que 711 pacientes finalizaron tratamiento, lo que corresponde al 81,4% de los pacientes y el 18,5% abandonaron y fallecieron por otras causas referentes a su patología.

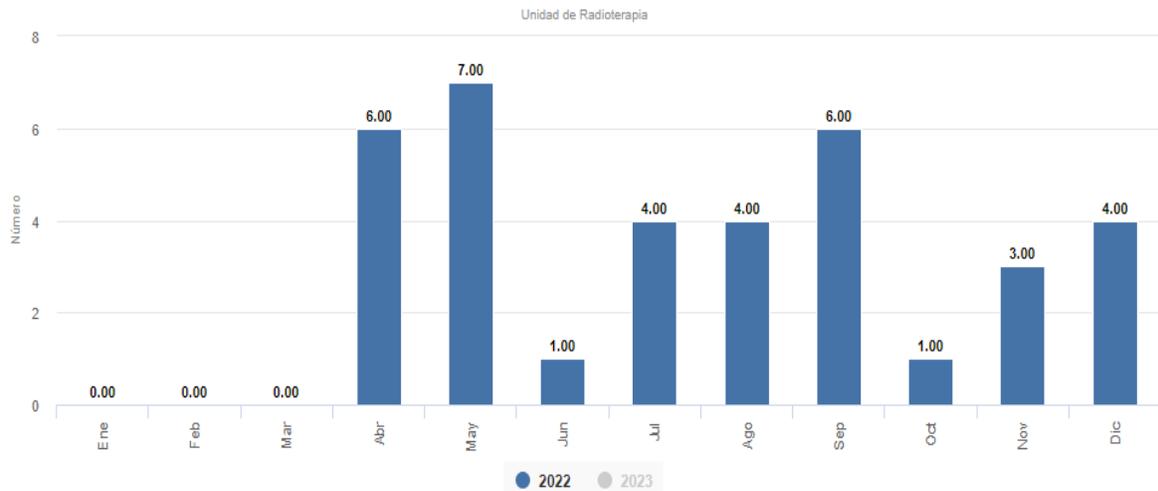
### ID – 632 Numero de Sesiones con Técnicas SBRT



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



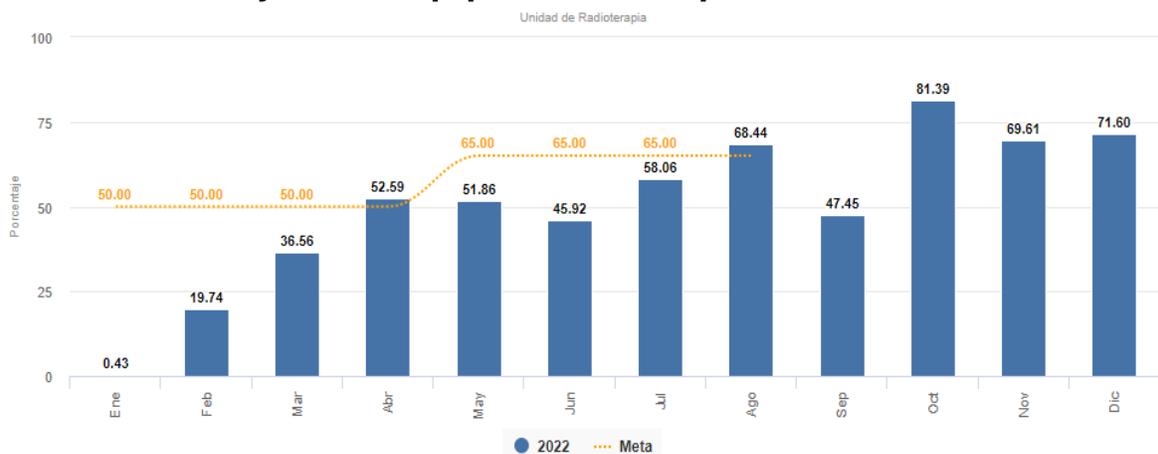
## ID – 631 Numero de Sesiones con Técnicas SRS



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con los indicadores de radio-cirugía podemos mencionar que, en SRBT y SRS se trataron 75 pacientes en total bajo las técnicas de hipo-fraccionamiento con resultados muy positivos y con cero eventos adversos.

## ID – 635 Porcentaje de Uso Equipo de Radioterapia



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Este año el indicador nos mostró su comportamiento y ocupación del equipo y podemos determinar que, en promedio fue del 50,1% teniendo en cuenta que nuestra meta de atención diaria es de 137 pacientes para un agendamiento de cada 7 minutos.



## Proyectos 2023

- ☑ Continuar creciendo y fortaleciendo el servicio de radioterapia con nuevas técnicas.
- ☑ Seguir trabajando en los proyectos de investigación y demás actualizaciones a nivel mundial.
- ☑ Capacitación y crecimiento profesional a Tecnólogos, Enfermería, Físicos Médicos, Oncólogos Radioterápicos.
- ☑ Ser centro de referencia y capacitación para Varian Latam.
- ☑ Establecer los protocolos de procedimiento en salud para Radioterapia.
- ☑ Mejorar los tiempos de oportunidad.
- ☑ Automatización de procesos con Eclipse y Aria.
- ☑ Ofrecer tratamientos de mayor precisión incluyendo SGRT.



Los Nogales  
Clínica



# Unidad de UTPH

Unidad de Transplante de Progenitores Hematopoyéticos



## Objetivo General

Brindar una atención humana, segura y oportuna basada en el modelo de atención para la persona que ingresa a trasplante de progenitores hematopoyéticos.

## Líderes Responsables

Dra. Claudia Viviana Paredes Henao  
Jefe Natalia Marín Pinzón

## Principales Logros



**La unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos** se habilita durante el mes de junio 2022, así como inscripción en la Red Nacional de Trasplantes (Instituto Nacional de Salud).



**Se realiza implementación 100%** de Salud I.P.S.



**Se realiza a partir del mes de agosto 2022** un total de 9 trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos y 35 estudios pre trasplante corte diciembre 2022.



**Se realizan un total de 51 consultas** de valoración primera vez por el grupo de trasplante de médula ósea.

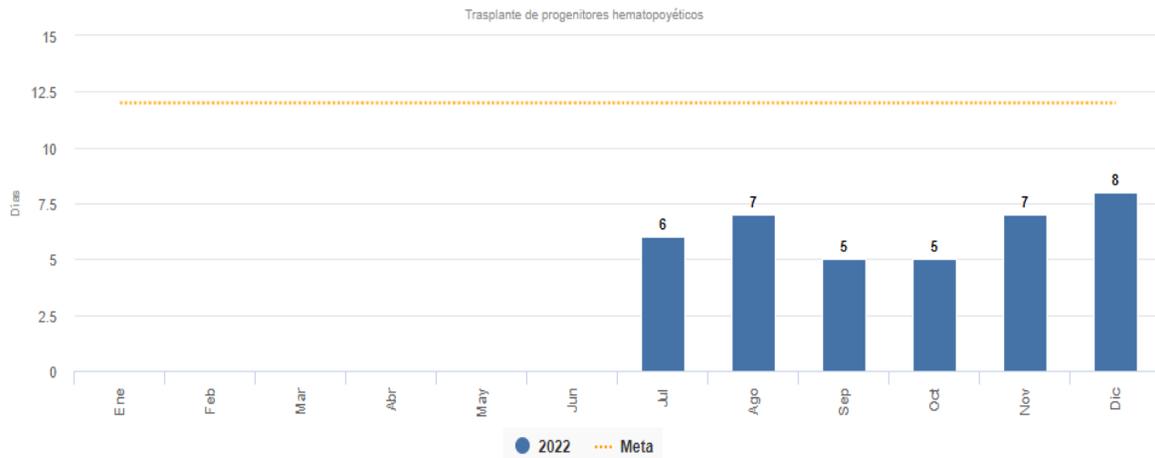


**Tiempo de oportunidad para ingreso** desde consulta de valoración primera vez a primera fase de trasplante (movilización) 60.35 días, lo cual impacta en disminución de riesgo de progresión de la enfermedad y disminución de administración de segunda línea de quimioterapia.



# Indicadores

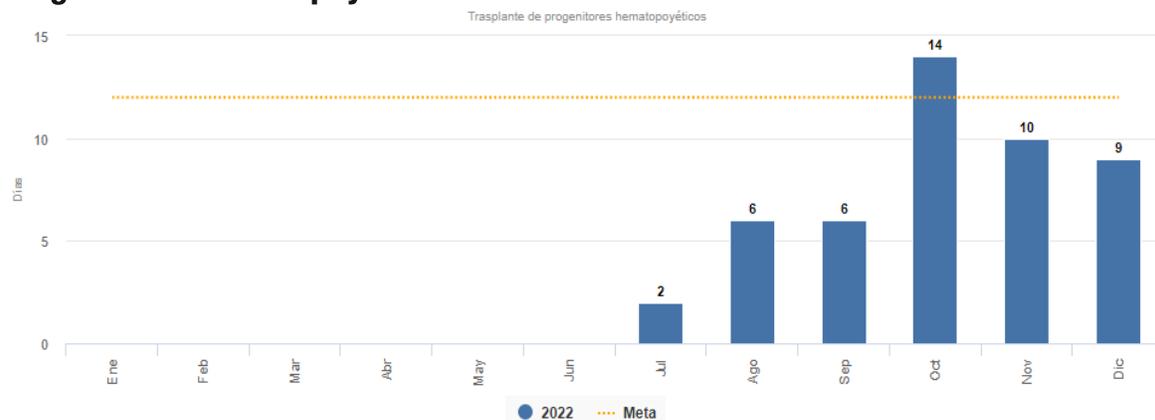
## ID - 650 Tiempo Promedio de Espera Para Asignación de Citas de Primera Vez en la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el año 2022 se realizan un total de 51 consultas de valoración de primera vez por grupo de trasplante de progenitores hematopoyéticos con una oportunidad promedio de atención al mes de diciembre de 8 días, evidenciando un cumplimiento de la meta establecida.

## ID - 649 Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Citas Para la Realización de Estudios Pre-Trasplante en la Unidad De Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



Durante el año 2022 se realizaron un total de 35 estudios pre-trasplante de médula ósea a partir del mes de julio. Durante el año se cuenta con una oportunidad promedio de ingreso para el mes de diciembre de 9 días, dando un cumplimiento a la meta establecida de 12 días. Se presenta durante el mes de octubre una inoportunidad de 14 días dado que el 80 % de los usuarios provienen de fuera de Bogotá, para lo que se implementa plan de mejora en solicitud de traslados con anterioridad.



### **ID - 648 Tasa de Mortalidad en los Primeros 100 Días Pos-Trasplante en la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos**

Durante el año 2022 se realizan un total de 9 trasplante de médula ósea a partir del mes de agosto. La mortalidad en los primeros 100 días al mes de diciembre es de 0 dando cumplimiento a la meta establecida.



### **ID - 676 Tasa de Reingreso de Pacientes en Etapa de Pos-Trasplante en Menos de 15 Días de la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos**

Durante el año 2022 se realizaron un total de 9 trasplantes de médula ósea. El primer egreso se presenta en el mes de septiembre y la tasa de reingreso en los primeros 15 días de este es de cero.



## Proyectos 2023

*Pensando en la salud y bienestar de nuestros pacientes y sus familiar, para el 2023 los proyectos de la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos son los siguientes:*

- ☑ Para el tercer semestre del 2023 se dará inicio de trasplantes alogénicos 100 % compatibles.
- ☑ Aumentar la satisfacción del usuario y su familia de la Unidad de Trasplante de Progenitores

Hematopoyéticos desde la consulta de valoración de primera vez hasta sus controles pos-trasplante por medio de la sensibilización de los colaboradores de la unidad.



Los Nogales  
Clínica



# Unidad de Urología



## Objetivo General

Ofrecer atención integral por la especialidad a pacientes con patología urológica de alta complejidad, con el fin de brindar tratamiento diagnóstico y terapéutico a los pacientes tanto oncológicos como no oncológicos, con calidad y oportunidad en la atención.

## Líder Responsable

Dr. Cesar Augusto Andrade Serrano

## Principales Logros



**Aumento en oportunidad** de consulta.



**Servicio de cirugía** más productivo.



**Aumento en la realización** de procedimientos.



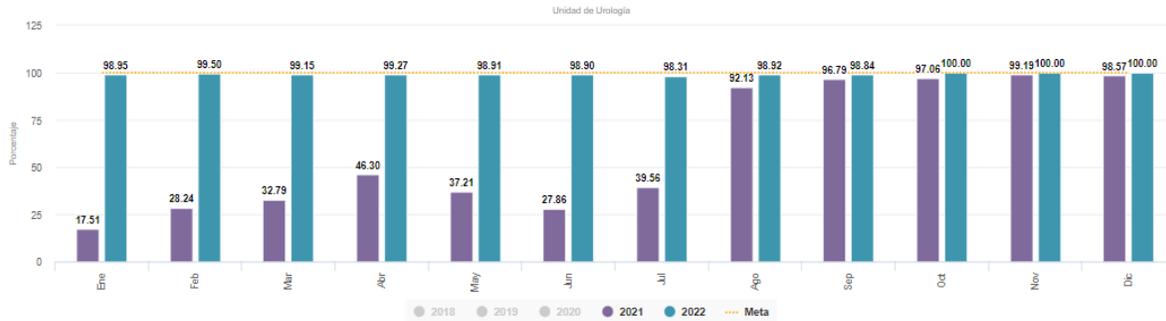
**Convenio docente asistencial** con Universidad el Bosque.



**Crecimiento del equipo** médico de la unidad.



## ID - 040 Porcentaje de Pacientes Educados en el Servicio de Urología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En cuanto al porcentaje de paciente educados en la unidad de urología durante el año 2022 se tiene como meta el 100%, se evidencia que en los primeros meses del año no se logra llegar a la meta, sin embargo, se implementa el llamado a los pacientes agendados para procedimientos para confirmar preparación para procedimiento, logrando la educación a los pacientes antes y después del procedimiento.

## ID - 041 Cancelación de Procedimientos de Urología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En cuanto al porcentaje de cancelación de procedimientos realizados en la unidad de urología se tiene como meta menor al 5% comparando el año 2021, en el cual el porcentaje de cancelación estaba muy por encima e incluso los primeros meses del año 2022, se establecen estrategias con el fin de disminuir éste porcentaje, dentro de ellas se encuentra el realizar constantes capacitaciones al personal del Call center y realizar llamado para confirmación de preparación para procedimiento, así como confirmación de fecha y hora de cita.



## Proyectos 2023

- Implementación de clínicas subespecialidades dentro de la unidad de urología para la optimización de la atención en salud.
- Aumento de procedimientos quirúrgicos de alta complejidad realizados por personal capacitado.
- Capacitación consultorio azul.
- Educación continuada con personal de posgrado y supra especialidad.
- Cirugía de próstata mínimamente invasiva
- Mantener meta de cero quejas
- Oportunidad en asignación de citas para consulta, procedimientos y cirugía.
- Oportunidad en atención al paciente hospitalizado (promesa de servicio).
- Fortalecimiento trato humanizado.



Los Nogales  
Clínica



# Unidad de Gastroenterología



## Objetivo General



Conformar un grupo de carácter multidisciplinario que permita a la Clínica Los Nogales, contar con una Unidad de gastroenterología al servicio de los pacientes y sus familias en casos agudos y crónicos en pacientes oncológicos priorizados y no oncológicos con objetivos de diagnóstico, curativos o paliativos, con atención de alta calidad en contexto hospitalario y ambulatorio.

## Líder Responsable

Dr. Mario Abadía

## Principales logros



**Mejoramiento en la experiencia del paciente** y reducción de PQRS, dando solución al requerimiento del usuario y fortaleciendo el trato humanizado.



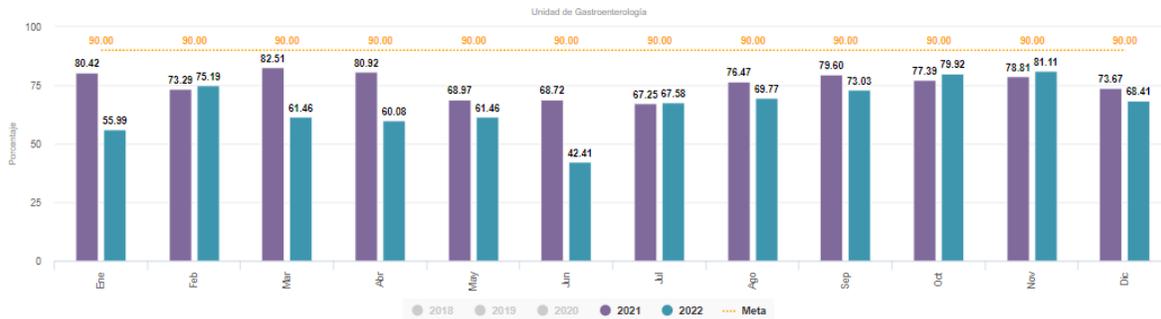
**Optimización del personal auxiliar de enfermería**, realizando la organización de Turnos que permitan el aprovechamiento de la capacidad instalada al 100%



**Capacitación continua al personal de Enfermería**, la cual permite mayor seguridad y empoderamiento en la realización de procedimientos y uso adecuado de los equipos endoscópicos.



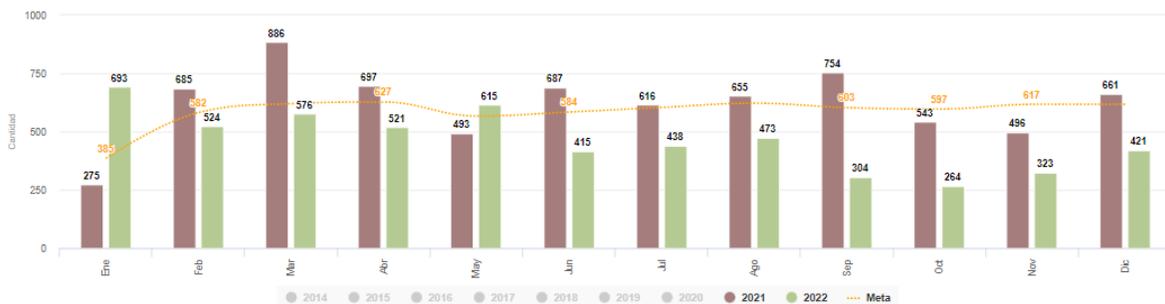
## ID - 330 Porcentaje de Procedimientos de Gastroenterología Realizados Bajo Sedación



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el año 2021, se evidencia un promedio de cumplimiento del 75,67% de la meta propuesta y para el año 2022 un cumplimiento del 68,37% para los procedimientos que se deben realizar bajo sedación. Desde la unidad de gastroenterología se desarrollarán estrategias que permitan para el año 2023 aumento en este porcentaje.

## ID - 455 Total Procedimientos de Gastroenterología Realizados



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

De acuerdo con el resultado de los indicadores con relación al porcentaje de cumplimiento en realización de procedimientos en la unidad de gastroenterología, se relaciona un declive para los meses de mayo y junio, que denotan en el indicador debido al cambio constante del grupo de gastroenterólogos.



## ID - 559 Porcentaje de Complicaciones en Gastroenterología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

De acuerdo con los resultados establecidos evaluados en los procedimientos realizados en la unidad de gastroenterología, se evidencia que en el año 2022 se presentaron dos complicaciones asociadas a la patología propia del paciente, en las cuales se realiza análisis desde seguridad de paciente, plan de mejora y se establecen las medidas correctivas con el fin de prevenir próximas complicaciones.

## ID - 038 Porcentaje de Pacientes Educados en el Servicio de Gastroenterología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En cuanto al porcentaje de paciente educados en la unidad de gastroenterología, durante el año 2022 se tiene como meta el 100%, se evidencia un notable fortalecimiento en el tema de educación al paciente en cuanto a la preparación y cuidados pre y post y realización de procedimientos, previniendo la aparición de efectos secundarios o complicaciones a la hora de realizar el procedimiento al paciente.

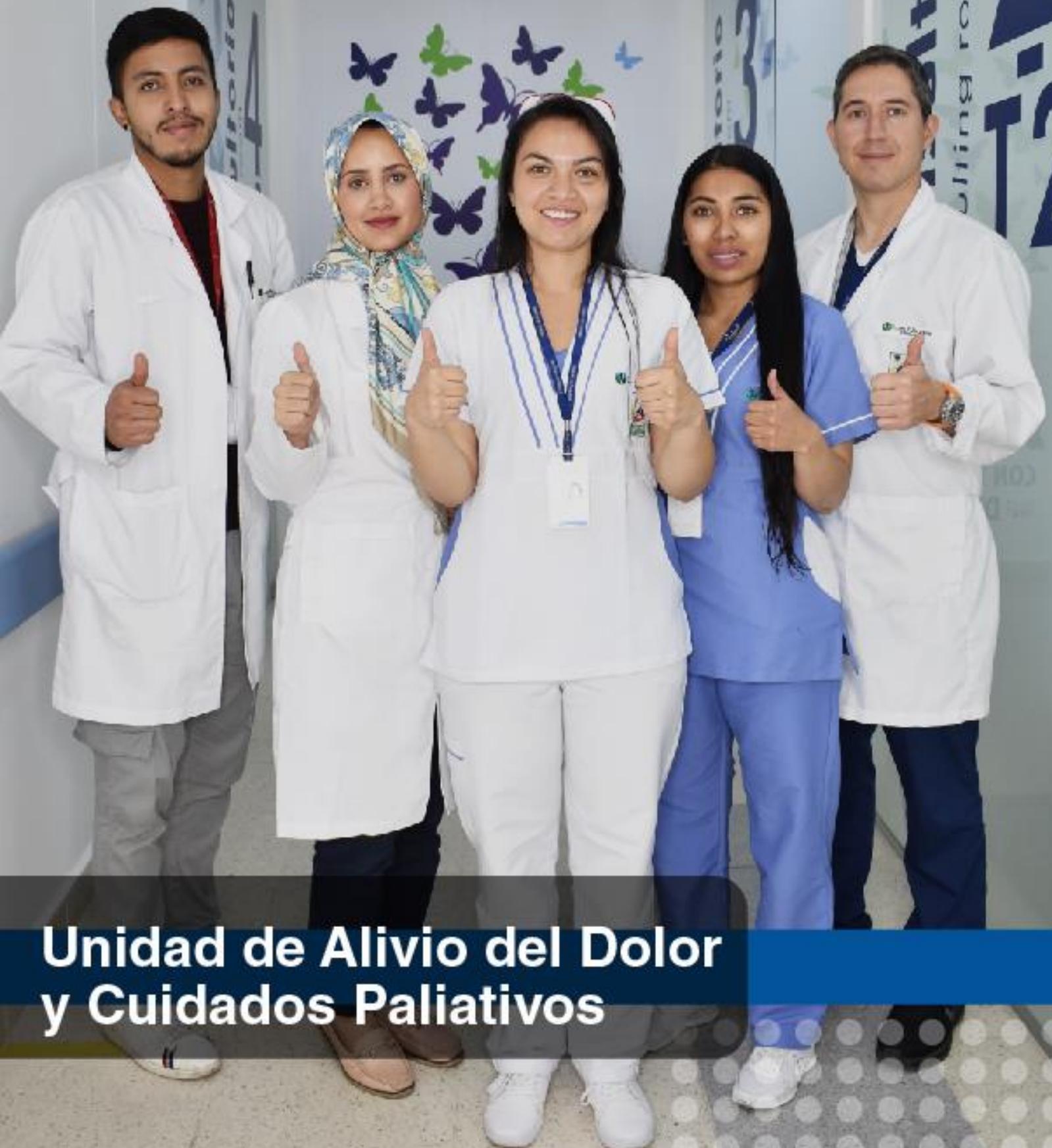


## Proyectos 2023

- ☑ Fortalecimiento del Grupo de Especialistas de gastroenterología.
- ☑ Capacitación al personal asistencial de la Unidad Call Center sobre indicaciones y preparación.
- ☑ Capacitación y re-entrenamiento al personal de enfermería de la unidad de gastroenterología (cuidado de equipos, preparación y asistencia de procedimientos).
- ☑ Fortalecer trato humanizado en la unidad, brindar medidas de confort y bienestar en el pre y post procedimiento.
- ☑ Optimizar oportunidad de respuestas del PQRS interpuesto por el paciente.
- ☑ Ofertar nuevos servicios de gastroenterología que impliquen la calidad de la prestación y la cobertura.
- ☑ Adquisición y fortalecimiento de la tecnología y equipamiento de la unidad



Los Nogales  
Clinica



# Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos



## Objetivo General

Consolidar un grupo de carácter multidisciplinario que permita a la Clínica Los Nogales, contar con una Unidad de Alivio de Dolor y Atención en Cuidados Paliativos para el control de síntomas agudos y crónicos en pacientes oncológicos y no oncológicos con objetivos curativos o paliativos, con atención de alta calidad en contexto intrahospitalario y ambulatorio.

## Líder Responsable

Dr. Rafael Enrico Valencia Gómez

## Principales Logros



**Aumento de la oportunidad** en consulta.



**Aumento en la realización** de procedimientos en la unidad



**Implementación y fortalecimiento** de protocolo código Lila.

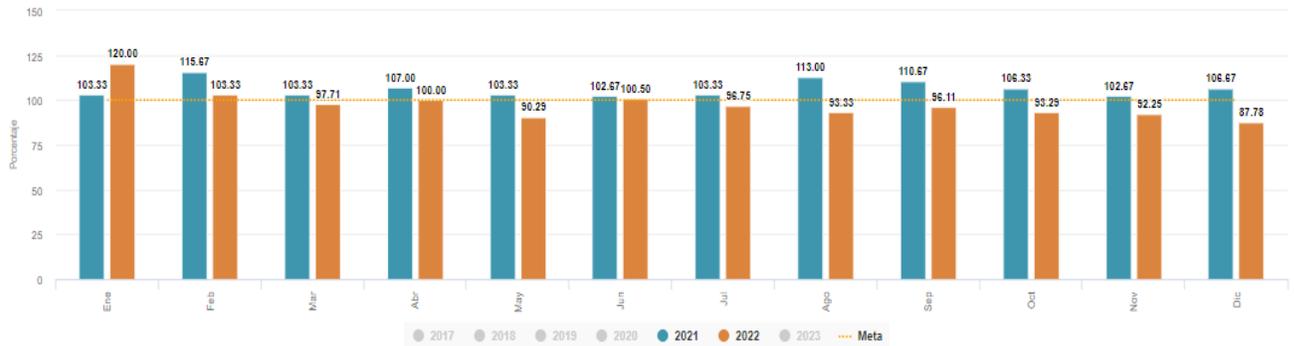


**Socialización e implementación** de la guía de Sedación Paliativa.



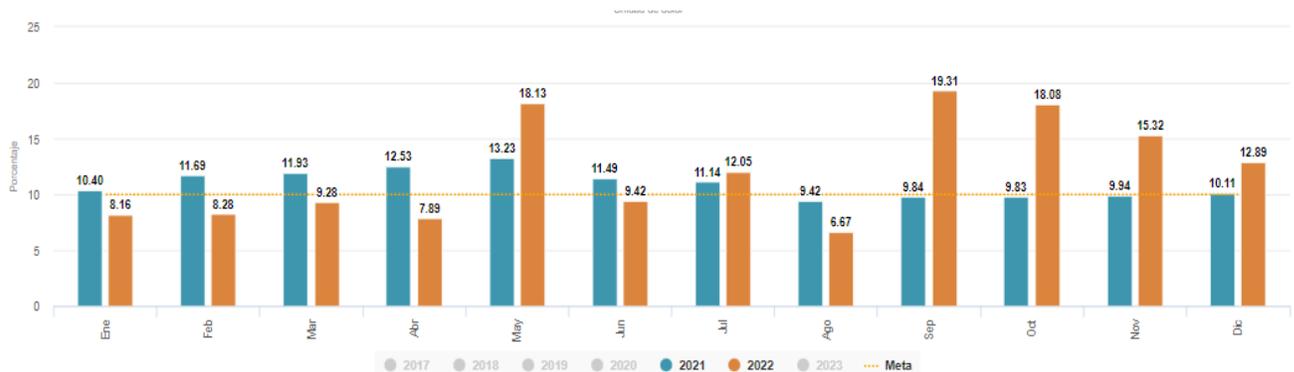
**Capacitaciones constantes** a personal médico y de enfermería.

## ID - 299 Cumplimiento en la Realización de Consultas en la Unidad de Dolor



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

## ID - 298 Ausentismo a Consulta de Alivio de Dolor



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En cuanto al cumplimiento en la realización de consulta en la unidad de dolor y cuidados paliativos se observa que los primeros meses del año 2022 se logra estar por encima de la meta, así mismo el porcentaje de ausentismo se encuentra dentro de la meta, sin embargo, en algunos meses se evidencia un aumento en el porcentaje de ausentismo a consulto debido al también aumento en oportunidad de consulta, al existir mayor facilidad en acceso a consulta el ausentismo aumenta proporcionalmente. Se crearon estrategias como lo es el llamado a confirmación de citas, lo que permite disminuir el porcentaje de inasistencia.



## ID - 342 Porcentaje de Pacientes Educados en la Unidad de Dolor



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador de porcentaje de paciente educados en la unidad de dolor y cuidados paliativos nos muestra que durante el año 2022 se tiene como meta el 100%, se evidencia que no se logra llegar a la meta, sin embargo, en comparación con el año 2021 se han implementado estrategias con el fin de realizar educación continua oportuna a los pacientes.



## Proyectos 2023

- ☑ Implementación de Técnicas Avanzadas de Intervencionismo Analgésico realizados en la unidad de dolor (Inicio procedimientos bajo Radiofrecuencia). Mayor Productividad.
- ☑ Incremento en el número de agendas consulta externa – garantizar mayor oportunidad acceso – Manteniendo la promesa de Servicio – Empleando la Máxima Capacidad Instalada de la Unidad.
- ☑ Implementación junto con Área de Urgencias – Modelo de Atención Hospital Día.
- ☑ Fortalecimiento de adherencia a protocolo código lila – protocolo Sedación Paliativa.
- ☑ Fortalecimiento en uso y manejo de herramientas farmacológicas para control de síntomas.
- ☑ Mantener meta de cero quejas.
- ☑ Oportunidad en asignación de citas para consulta y procedimientos.
- ☑ Oportunidad en atención al paciente hospitalizado.
- ☑ Fortalecimiento trato humanizado.



Los Nogales  
Clínica



# Unidad de Cardiología



## Objetivo General

Gestionar un modelo de atención basado en la misión de la institución en busca de la satisfacción del usuario: competencia del personal, seguridad de la atención y desempeño de los procesos mediante la prestación de un servicio humanizado teniendo en cuenta el uso de las instalaciones y una adecuada privacidad para los pacientes y su familia.

## Líder Responsable

Dr. Jhon Liévano Triana  
Jefe Tatiana Muñoz Velandia

## Principales Logros



**Apoyo a la actividad médica continuada**, mediante reunión médica mensual del último viernes de cada mes.



**Creación de la Clínica de Falla Cardíaca.**



**Adquisición del Ecógrafo Philips Affiniti 70** con sonda transesofágica tridimensional.



**Se da inicio al Programa de Hospitalización/Día en Falla Cardíaca.**



**Mejoría en la oportunidad** para primera vez, seguimiento y ecocardiogramas de falla cardíaca.



**Entrega de folletos de Cardio-Oncología** de la Sociedad Colombiana de Cardiología, con la participación de la Dra. Heidy Roncancio, Cardióloga de Clínica Los Nogales.



**Orientación los pacientes del Programa de Falla Cardíaca** para la atención en las diferentes disciplinas



# Indicadores

## ID – 132 Oportunidad de Atención de Holter en Pacientes Hospitalizados

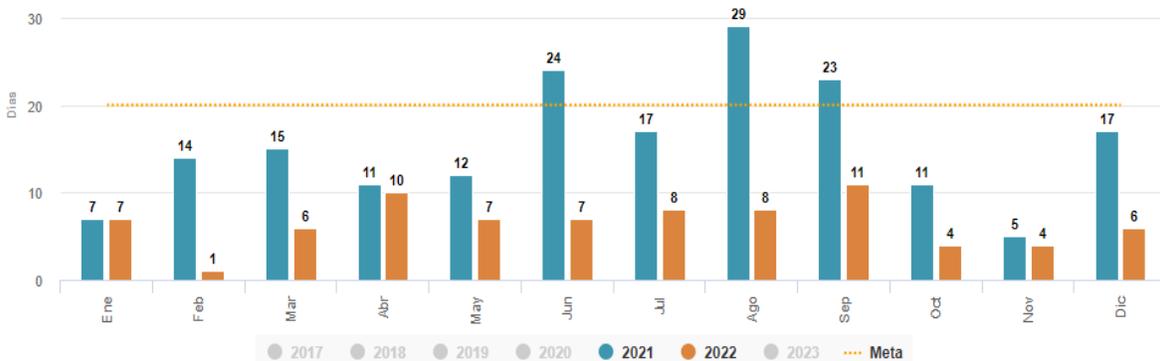


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La oportunidad de atención de Holter en pacientes hospitalizados tuvo una disminución en comparación al año anterior ya que las lecturas se están realizando en menor tiempo y se tuvo la implementación de otro cardiólogo que brinda soporte a las lecturas.

Se evidencian incrementos en la oportunidad a mediados de año, secundario a la necesidad de suplir otros procedimientos, causando un aumento en los días en los que se realiza la atención.

## ID – 322 Oportunidad de Asignación de Citas de Medicina Especializada de Primera Vez en Cardiología

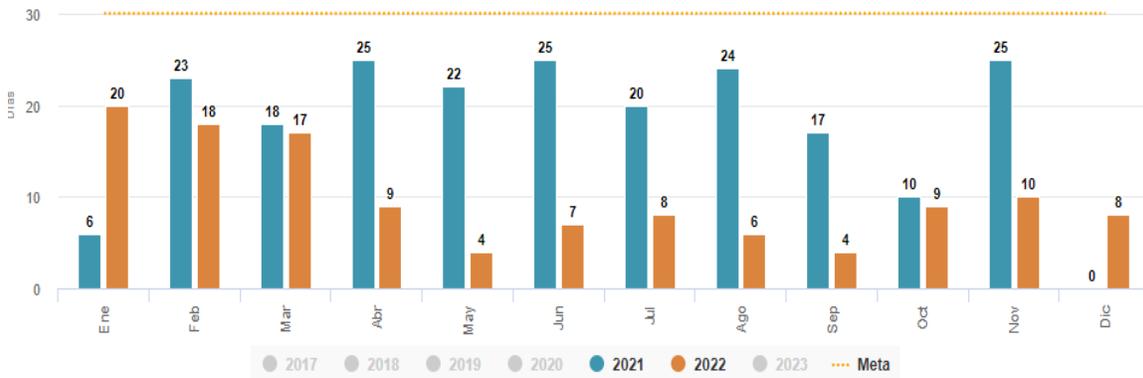


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



En el indicador se evidencian grandes variaciones durante el año, de las cuales se tuvo en cuenta varias modificaciones realizadas, sin embargo, en comparación con el año anterior se presenta disminución en los días de asignación.

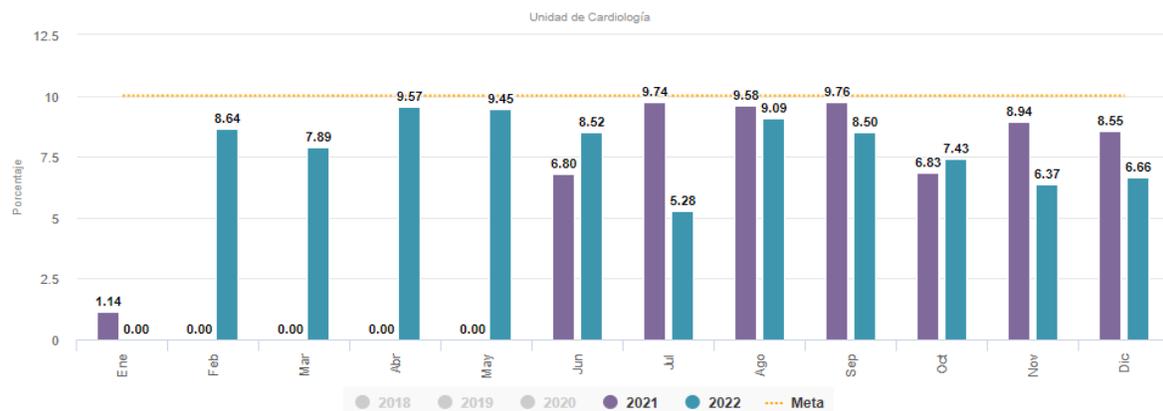
### ID – 323 Oportunidad de Asignación de Citas de Medicina Especializada de Control de Cardiología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Referente al indicador de oportunidad de asignación de citas por control de cardiología se evidencia una variable estable, siendo inferior a la línea de meta, la cual se mantiene desde el año pasado, a su vez, se evidencia disminución en la cancelación de citas este año.

### ID – 324 Porcentaje de Inasistencia a Consulta de Cardiología



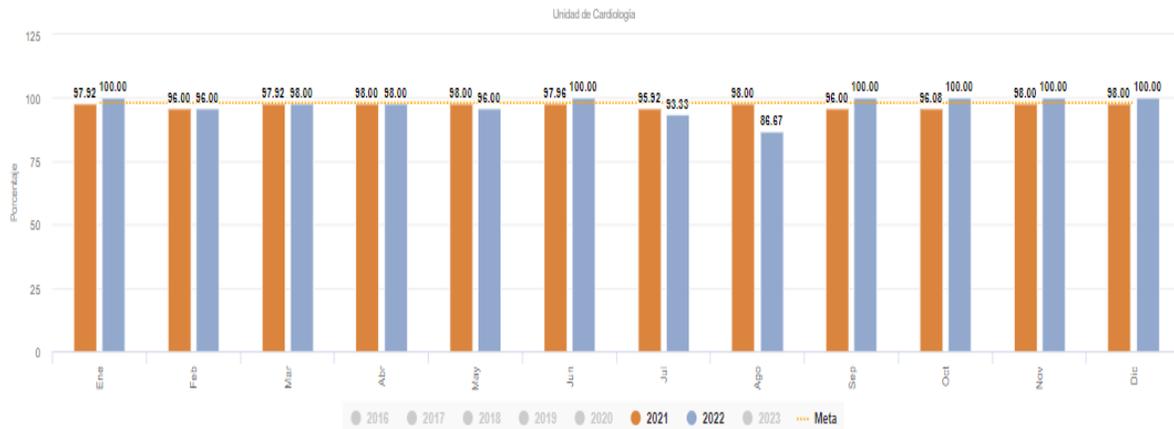
Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El porcentaje de inasistencia a consulta de cardiología evidencia un aumento en la línea de meta, mostrando el cumplimiento en el diligenciamiento de las encuestas,

la variación al mes de agosto refleja el cambio de la metodología a formato virtual, lo cual ha sido un impedimento en la adaptación de los pacientes.

Es importante resaltar los impedimentos y dificultades que tienen los usuarios referentes al servicio por la implementación digital, ya que no todos los usuarios cuentan con dispositivos móviles, acceso a internet o conocimientos tecnológicos.

## ID – 419 Porcentaje de Satisfacción en La Unidad de Cardiología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El porcentaje de satisfacción en la unidad de cardiología evidencia una variable estable en el comparativo realizado mes a mes en los años de 2021 y 2022 respectivamente.



## Proyectos 2023

- ☑ Alinear las estrategias del Plan Operativo Anual (POA) con todo el programa de seguridad del paciente y trabajar de forma integrada con esta área, para lograr la optimización en la gestión y la cultura de seguridad para nuestros pacientes.
- ☑ Optimizar el uso de la capacidad instalada.
- ☑ Fortalecer el proceso de atención para la mejora de oportunidades y tiempos de atención.
- ☑ Ser un referente en el país en manejo de cardiopatía estructural.
- ☑ Aumentar la producción académica en publicaciones, participación en estudios multicéntricos e investigación original.
- ☑ Realizar mayores ayudas visuales.
- ☑ Creación del programa de Cardio-Oncología.



Los Nogales  
Clínica



# Cirugía Cardiovascular



## Objetivo General

Proveer servicios de cirugía cardiovascular a pacientes adultos, alineados con el direccionamiento estratégico de Clínica Los Nogales, Integrando los servicios de Cardiología, Hemodinamia, Anestesia Cardiovascular y Cuidados Críticos para generar los mejores resultados o desenlaces en salud basados en las guías de práctica clínica y el continuo mejoramiento de la atención de nuestros pacientes.

## Líder Responsable

Dr. Francisco Mauricio Rincón Tello

## Principales Logros



**Aumento del número** de pacientes - procedimientos.



**Disminución** de mortalidad.



**Programa de cirugía** cardíaca de mínima invasión.



**Aumento de la productividad**, costo efectividad.

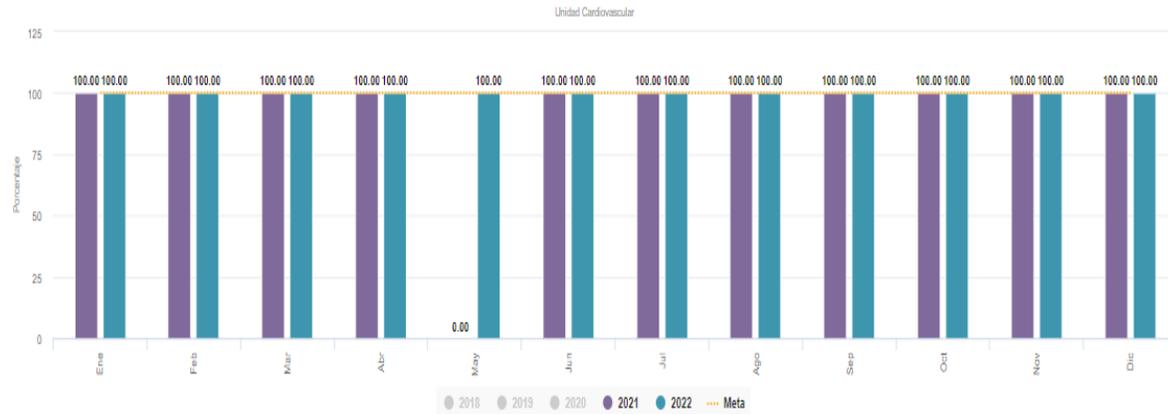


**Producción** intelectual continua.



# Indicadores

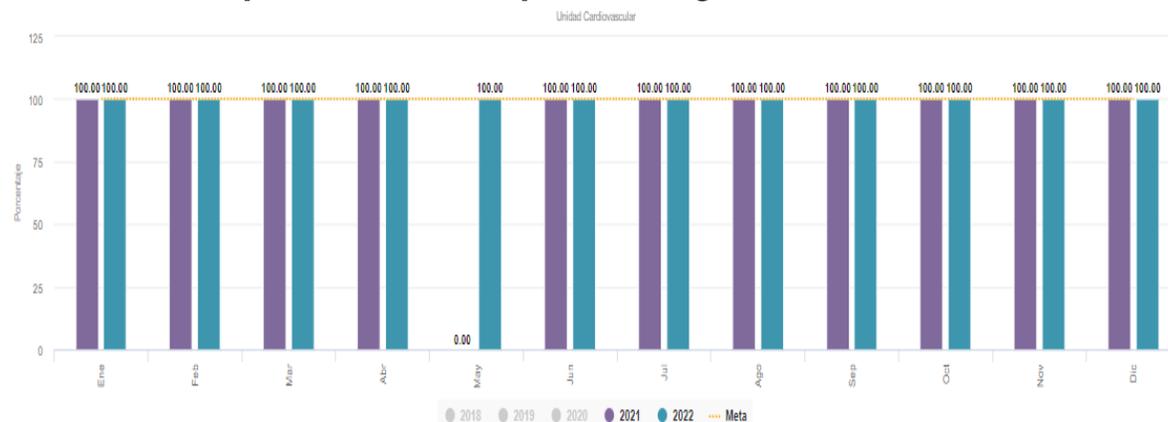
## ID – 478 Proporción de Pacientes Remitidos a Rehabilitación Cardíaca



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El 100% de los pacientes que egresaron del programa de cirugía cardiovascular durante el año 2022 y el 2021 fueron remitidos a programa de rehabilitación cardíaca de primer nivel de atención para dar continuidad en rutas de integración con asegurador, logrando la reinserción satisfactoria del paciente a la vida cotidiana.

## ID – 479 Prescripción de BETA Bloqueador al Egreso

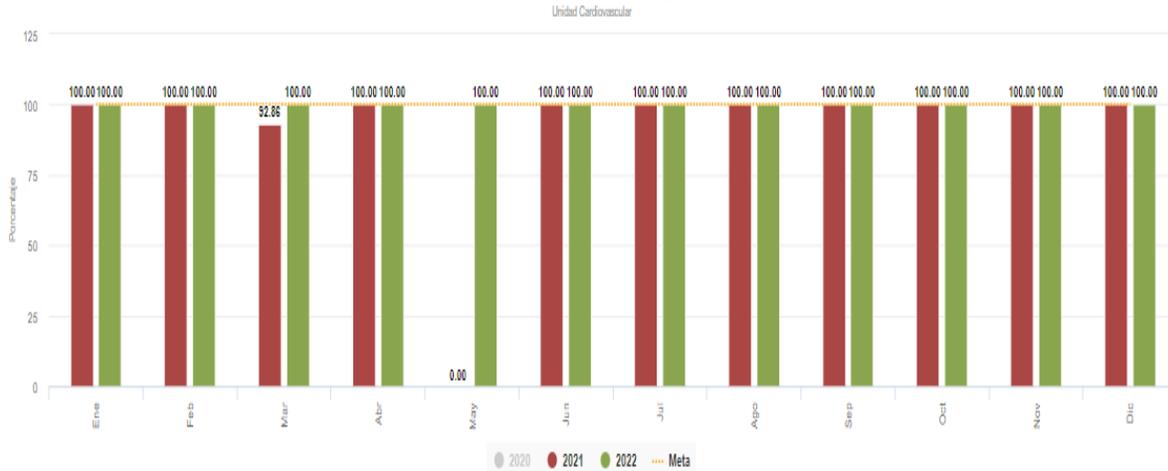


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se obtuvo cumplimiento al paquete de instrucciones de seguridad al paciente del 100% de los usuarios que egresaron del programa de cirugía cardiovascular durante el año 2022 y el 2021 con profilaxis anti arritmica, se mitigó arritmias en pos operatorio mediato y tardío que puedan ocasionar re ingresos y complicaciones a nuestros pacientes. Cabe destacar que el presente indicador es propuesto en las sociedades internacionales de cirugía cardiaca en términos de calidad. La ausencia

de datos en el mes de mayo del 2021 se debe al pico de contagios en COVID 19, lo que detuvo el conteo de los datos en ese periodo de tiempo.

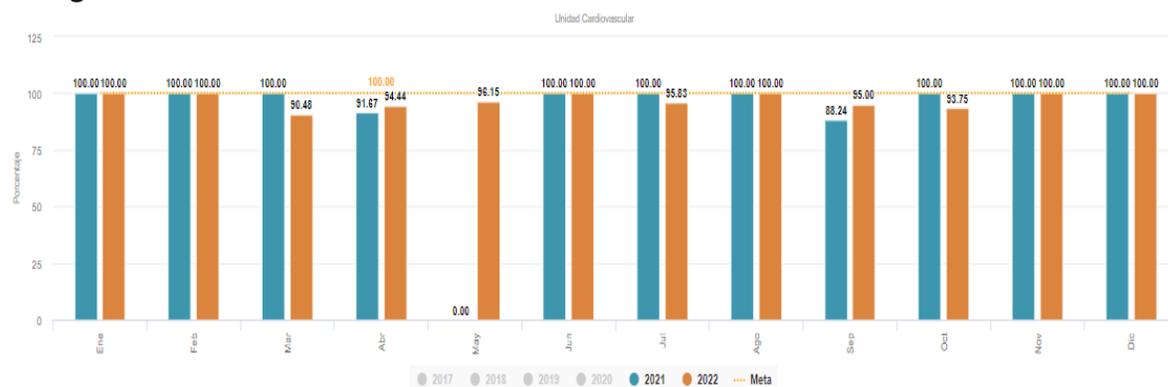
### ID – 137 Adherencia Tratamiento Farmacológico



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Realizamos seguimiento telefónico de los pacientes operados del corazón. Al 1, 3, 6 y 12 meses de operados. El objetivo principal es evaluar adherencia de tratamiento farmacológico, actividad física, asistencia a controles médicos. Se evidencia cumplimiento del 100% de pacientes con adherencia adecuada. En el caso de encontrar alguna desviación en este seguimiento se realiza intervención inmediata.

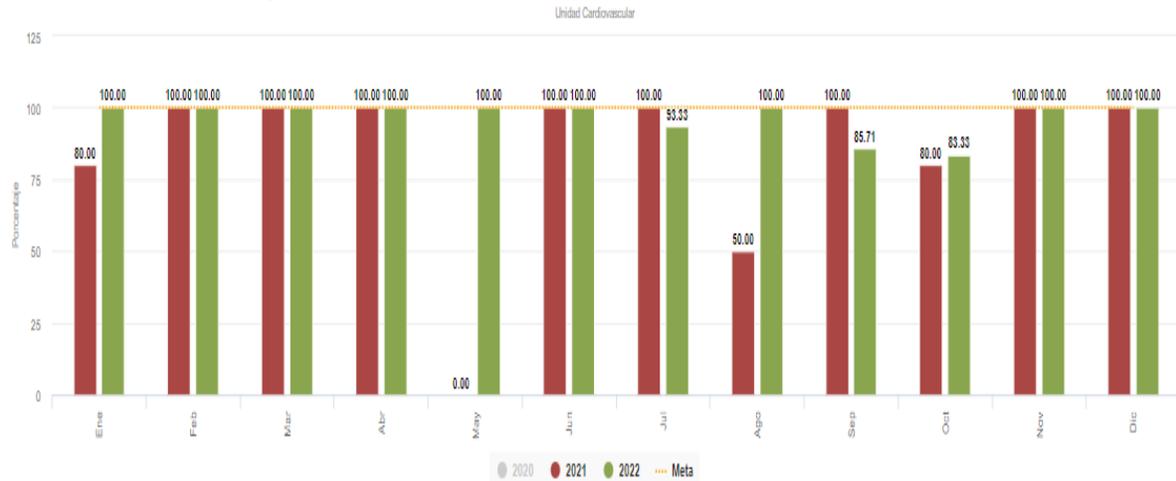
### ID – 307 Porcentaje de Pacientes que Reciben Educación en el Servicio de Cirugía Cardio-Vascular



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Realizamos educación permanente a los pacientes y grupo familiar con intervención directa por el personal de enfermería, medicina y terapia de rehabilitación alrededor de la intervención quirúrgica. Esto se realiza para lograr asegurar así una mejor atención, experiencia del paciente y familia así como el entendimiento de su enfermedad y cuidados a seguir.

## ID – 518 Porcentaje de Éxito en Revascularización Miocárdica



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En esta grafica se muestra la efectividad clínica con pacientes re-vascularizados quirúrgicamente. El indicador rojo corresponde al año 2021 y el color verde al año 2022. En mayo del año 2021 se observa un descenso abrupto que está relacionado a pandemia por Covid-19 debido a la prioridad brindada a pacientes que requerían UCI para atención de esta patología, el presente mes no se realizó operación a pacientes. Por último se evidencia mejoría en el año 2022.



## Proyectos 2023

- ☑ Mantener y registrar absolutamente todos los indicadores del programa que actualmente están establecidos.
- ☑ Mejorar el reporte y los análisis de los eventos que se presenten en el área.
- ☑ Mantener y generar un fortalecimiento en la oportunidad de los usuarios.
- ☑ Seguir optimizando y mejorando el conocimiento y capacitación del personal.



Los Nogales  
Clínica



# Unidad de Falla Cardíaca



## Objetivo General

El principal objetivo es impactar de manera significativa en la calidad de vida de nuestros pacientes con diagnóstico de falla cardíaca y su entorno familiar logrando el control de la enfermedad.

## Líderes Responsables

Dr. Sergio Fuentes París  
Jefe Marisol González

## Principales Logros



**Toma de electrocardiograma por parte del servicio** logrando de esta forma ser más oportunos con las ayudas diagnósticas.



**Socializar y educar al personal de la clínica** sobre el Programa de Falla Cardíaca.



**Citas con especialidades en trabajo social**, psicología y nutrición garantizándole la cobertura de nuestros pacientes.



**Jornadas de educación de enfermería** en compañía de Rehabilitación Cardíaca.



**Realización de actividades científicas** y participación en Juntas Médicas.



**Oferta y oportunidad a pacientes de alta complejidad** hospitalizados/ ambulatorios.



**Fortaleza institucional** ante la acreditación del Icontec.

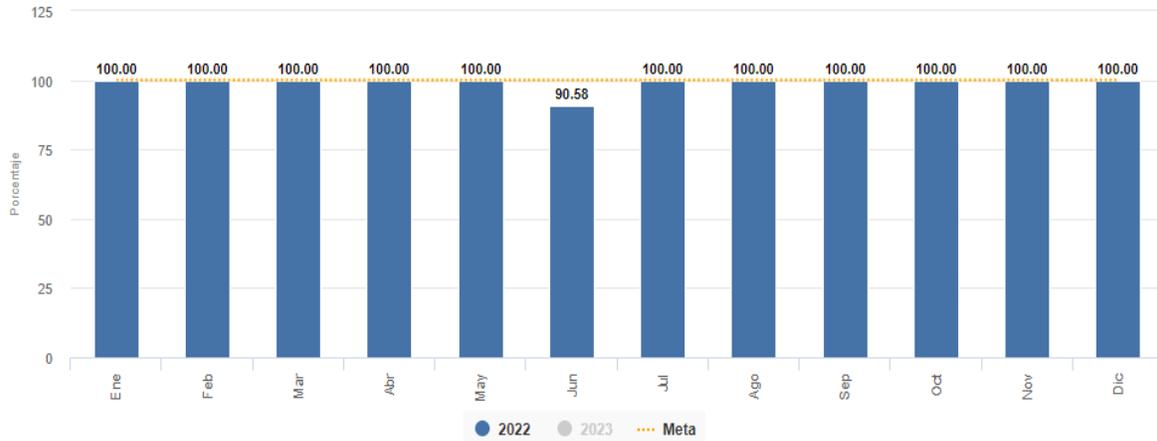


**Implementación de Plan de Mejoramiento** de la evolución de calidad de vida de nuestros pacientes con la escala de Minnesota. Realizando evaluación al inicio del programa y a los 6 meses del programa



# Indicadores

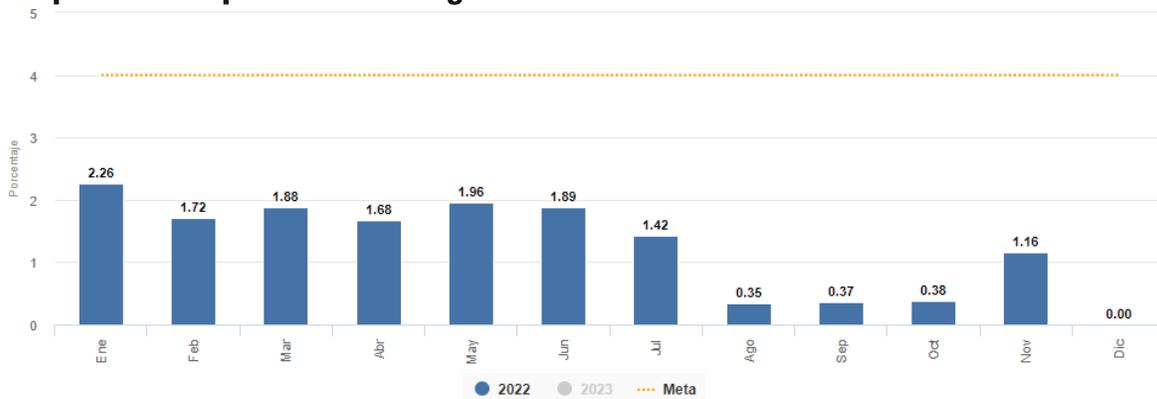
## ID – 617 Cobertura de Pacientes que Reciben Educación en el Programa de Falla Cardíaca



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se observa que el total de los pacientes incluidos en la cohorte, hasta el momento han sido educados en un 100 %, gracias a la gestión realizada en el primer momento cuando tiene su consulta por primera vez con el especialista, el paciente pasa con la enfermera y se realiza educación, se da continuidad de estricto seguimiento telefónico para la identificación de signos de alarma y ratificación de citas de control.

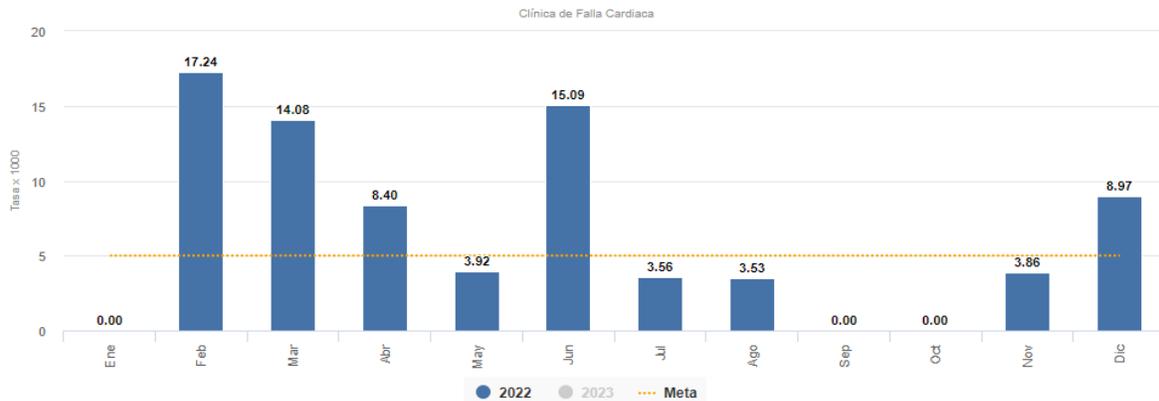
## ID – 620 Porcentaje de Pacientes del Programa de Falla Cardíaca que Son Hospitalizados por Esta Patología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia que, con la educación y seguimiento de los pacientes se ha logrado significativamente disminuir los re-ingreso hospitalarios de los pacientes con Falla Cardíaca logrando una tendencia estable en el cumplimiento de los pacientes.

## ID – 641 Tasa de Mortalidad en el Programa de Falla Cardíaca



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

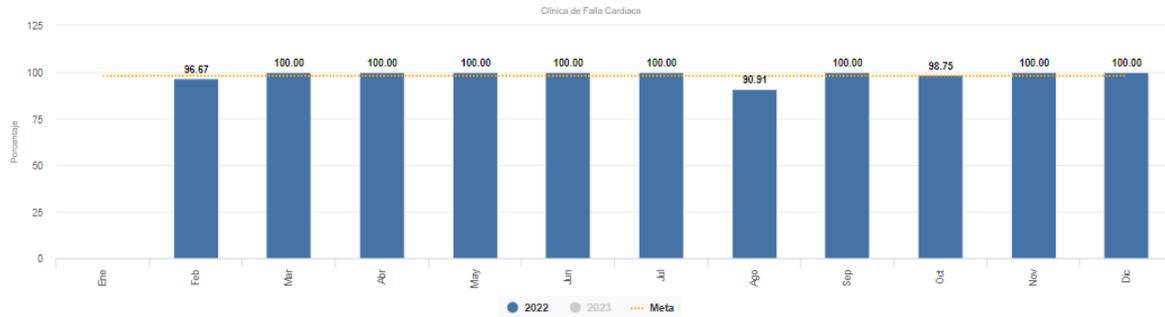
Mortalidad	# de pacientes que mueren desde el inicio del programa	# total de pacientes del programa desde el inicio	Porcentaje
	23	329	6,99%

Tabla: Tasa de mortalidad / Fuente: Coordinación de Falla Cardíaca

Se hace análisis del indicador (Tasa de mortalidad en el Programa de Falla Cardíaca) que dentro del numerador tiene en cuenta: pacientes del Programa de Falla Cardíaca fallecidos cuya causa de muerte está relacionada con la patología, por la cual ingresó al programa en el periodo (Falla Cardíaca) y pacientes del Programa de Falla Cardíaca fallecidos por otras causas de muerte en el periodo.



## ID – 686 Porcentaje de Satisfacción del Usuario en el Servicio de Falla Cardíaca



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

La satisfacción de la unidad se encuentra alineada con la meta institucional del 98%, logrando satisfactoriamente incluso a superarla. Se evidencia oportunidad de mejora en la comunicación y el trato humanizado. Cabe resaltar que este indicador no es alimentado por el servicio sino por gestión del servicio y no se encuentran datos de noviembre y diciembre.



## Proyectos 2023

- Mantener los indicadores de calidad y gestión.
- Disminuir los ingresos hospitalarios.
- Ampliar la capacidad instalada y aumentar la consulta de primera vez para completar la cohorte.
- Disminuir días de instancia hospitalaria.

Bienvenidos  
al programa



Artritis.

Artritis  
Reumatoide



## Objetivo General

Garantizar la atención integral a las personas con diagnóstico de artritis reumatoide mediante la detección temprana, tratamiento precoz y rehabilitación para preservar su estado de salud.



## Líder Responsable

Dr. Sebastián Giraldo  
Jefe Daniela Suns

## Principales Logros



**Incremento exponencial del número de usuarios en cohorte.** Actualmente contamos con 1749 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide recibiendo atención integral a corte 31 de diciembre de 2022.



**Se realizaron más de 1000 valoraciones** para confirmación de diagnóstico de artritis reumatoide, haciendo tamizajes iniciales a la población enviada por el asegurador.



**Optimización de terapias** impactando en el adecuado y racional uso del recurso en salud.



**Intervención multidisciplinaria** con Psicología y Trabajo Social, fortaleciendo el autocuidado y el apoyo al cuidador logrando empoderamiento de nuestros usuarios y familias.



**Clínica de pacientes** mediante actividades dirigidas por nuestro equipo de trabajo para pacientes y cuidadores, con el fin de garantizar independencia física y disminuyendo el riesgo de discapacidad parcial y/o permanente.



**Intervención por Nutrición y Deportología** disminuyendo el impacto que genera la obesidad y la desnutrición en la salud articular, haciendo uso racional de suplementación nutricional.



**Participación de medicina del deporte**, terapia física y terapia ocupacional en pro de mejorar la salud articular, disminuyendo intervenciones quirúrgicas, tales como: reemplazos articulares tempranos, infiltraciones o uso de órtesis sin indicación clara.



**Elaboración de protocolos de investigación** de estudios descriptivos con el fin de visualizar la cohorte a nivel local y regional.



**Fortalecimiento de las relaciones** asegurador - prestador, teniendo participación activa de los procesos en salud, incluyendo escalonamientos terapéuticos (Juntas Médicas).



**Valoraciones secuenciales por el equipo** de químicos farmacéuticas haciendo intervenciones en reacciones adversas medicamentosas, polifarmacia y adherencia.

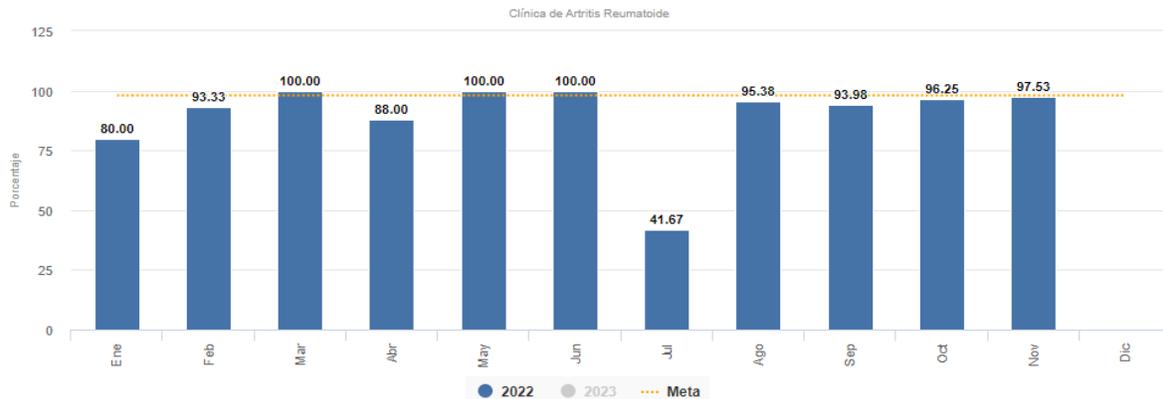


**Se garantizó el primer reporte** a la Cuenta de Alto Costo para Artritis Reumatoide, con más de 1.000 usuarios y sus respectivas variables en el mes de junio 30 de 2022.



# Indicadores

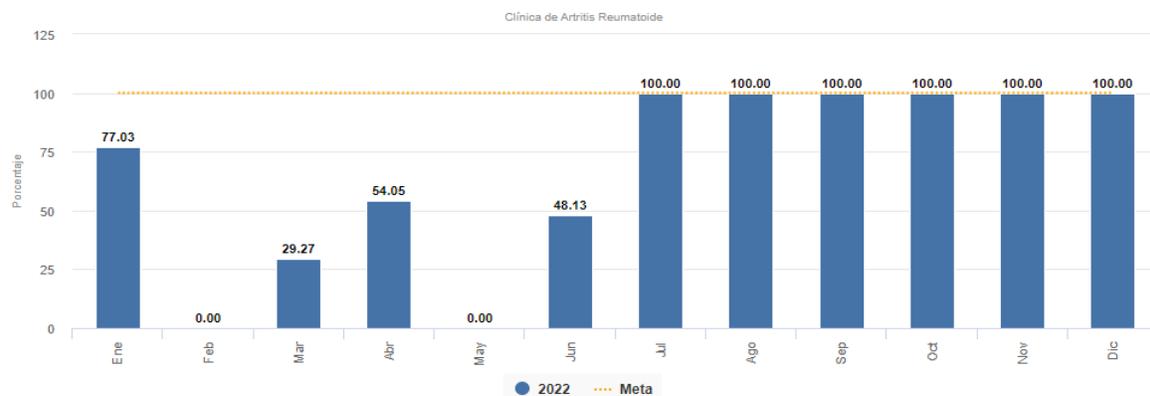
## ID – 685 Porcentaje de Satisfacción de Usuario en el Servicio de Artritis Reumatoide



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el año 2022 la satisfacción del programa de Artritis redondeo entre el 80% y 100%, los pacientes al realizar la encuesta indicaban que las puntuaciones que asignaban se debían a demoras para la toma de laboratorios y el proceso de facturación.

## ID – 679 Cobertura de Pacientes que Reciben Educación en el Programa de Artritis Reumatoide

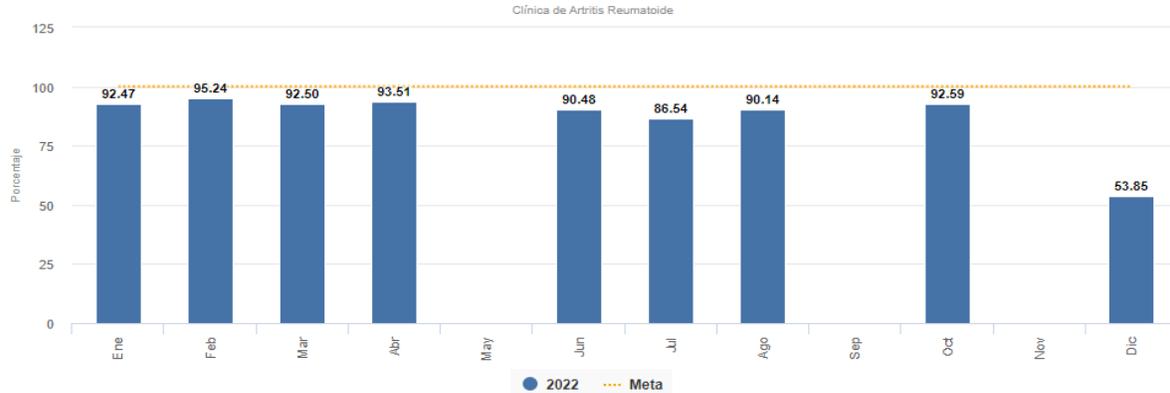


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el I semestre del 2022 la cobertura de educación se realizaba en la totalidad de pacientes que asistían a consulta de reumatología, sin embargo, no se obtiene evidencia de esta como diligenciamiento de formato de socialización a pacientes, o, no contaban con nota por parte del personal de enfermería. A partir del mes de julio se implementaron estas dos actividades como evidencia, a su vez, se brinda educación a los pacientes sobre generalidades del programa de Artritis Reumatoide.



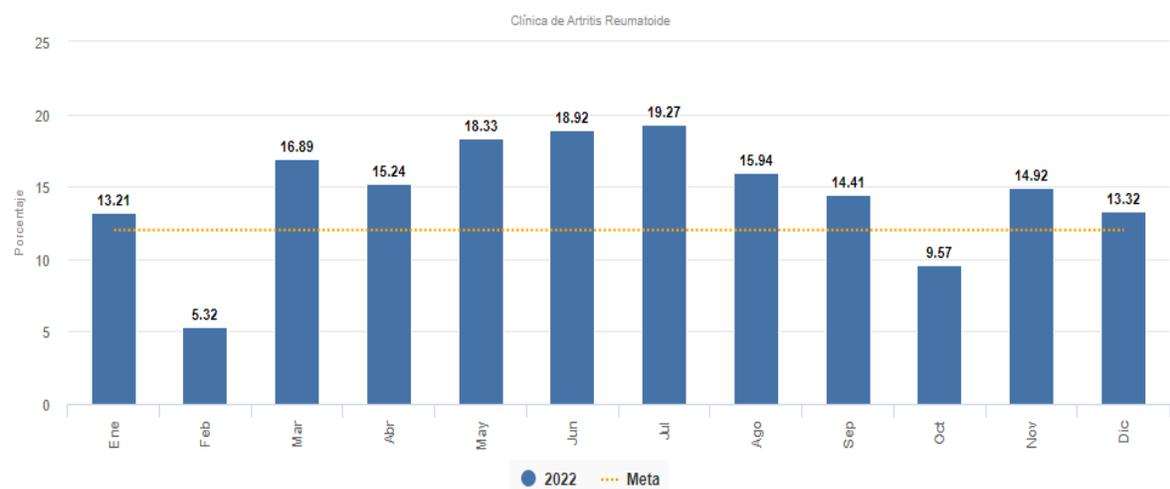
## ID – 681 Porcentaje de Adherencia al Tratamiento Médico Farmacológico del Programa de Artritis Reumatoide



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el año 2022 el indicador de adherencia al tratamiento es evaluado por el químico farmacéutico del programa de artritis reumatoide a través de la encuesta de Morisky Green. En lo respectivo a este año el número de pacientes valorados mensualmente es distinto, pese a que en la valoración el paciente demuestre que es adherente, si una pregunta de este cuestionario es desfavorable, automáticamente el paciente no es adherente. El porcentaje de adherencia se encuentra entre el 80% al 100%, menos en el mes de diciembre, el cual está sobre el 53.85%.

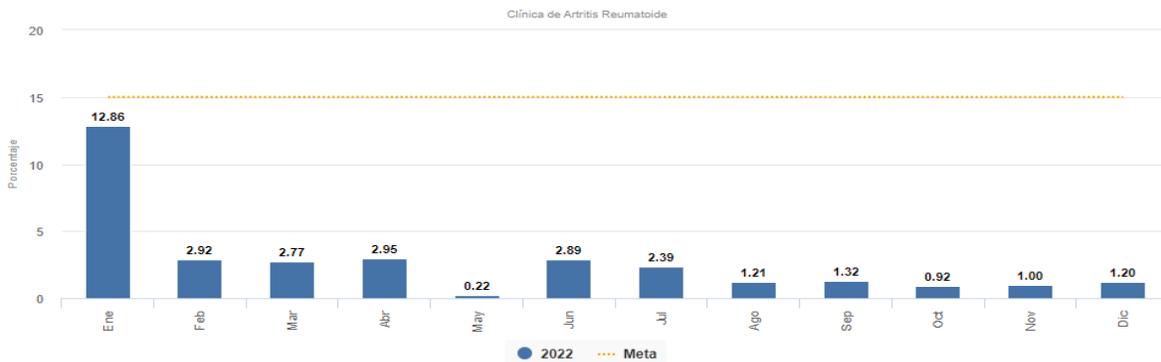
## ID – 678 Porcentaje de Inasistencia a Consulta de Especialista (Reumatología) en el Programa de Artritis Reumatoide



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el 2022 el porcentaje de inasistencia sobrepasa la meta de manera negativa. Las causas de inasistencia de los pacientes son por motivos de: no permiso en el trabajo, enfermedades respiratorias, enfermedades no respiratorias y resistencia al ingreso del programa. Se tomaron medidas como la confirmación de cita el día anterior y gestión de cita a través de IT Salud IPS, para generar un recordatorio de cita a través de mensaje de texto un día antes.

## ID – 682 Porcentaje de Pacientes con Actividad Alta de la Enfermedad que Pertenecen al Programa Artritis Reumatoide

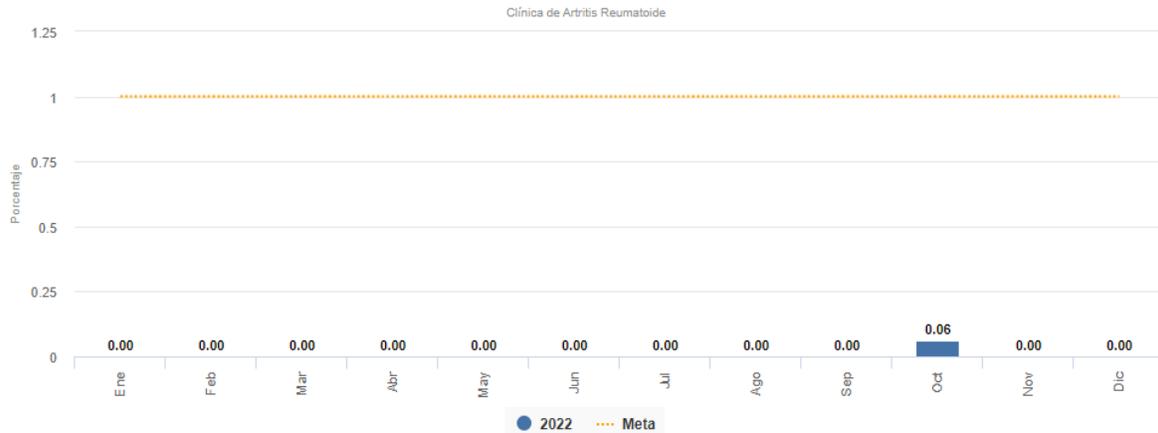


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el 2022 se cumple con la meta en pacientes con actividad alta de la enfermedad y se evidencia en el indicador por debajo del 15%. Sin importar que el número de pacientes aumente de manera mensual, el indicador se mantiene entre el 0% y el 3%, lo que nos indica que los pacientes con antecedente de artritis reumatoide logran tener su patología controlada.



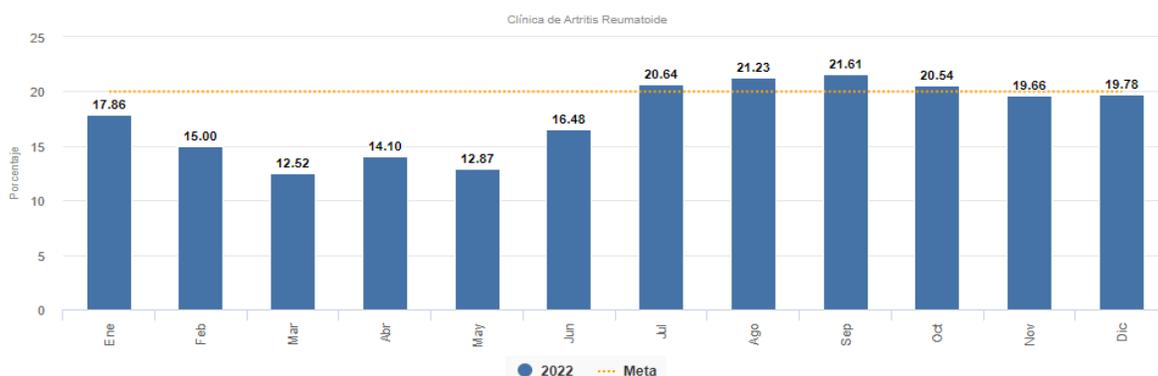
## ID – 680 Porcentaje de Pacientes del Programa Artritis Reumatoide que son Hospitalizados Por Esta Patología



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el 2022 los pacientes del programa de artritis reumatoide no fueron hospitalizados causa de esta patología. Hubo una excepción en el mes de octubre donde se registró el ingreso de una paciente en el servicio de urgencias, la cual estuvo en seguimiento institucional por agudización de dolor articular, fue valorada por reumatología y se dieron recomendaciones, su estancia fue de 3 días y la paciente egresa de la institución con vida.

## ID – 683 Porcentaje de Uso de Medicamentos Biológicos Modificadores de la Enfermedad en el Programa de Artritis Reumatoide

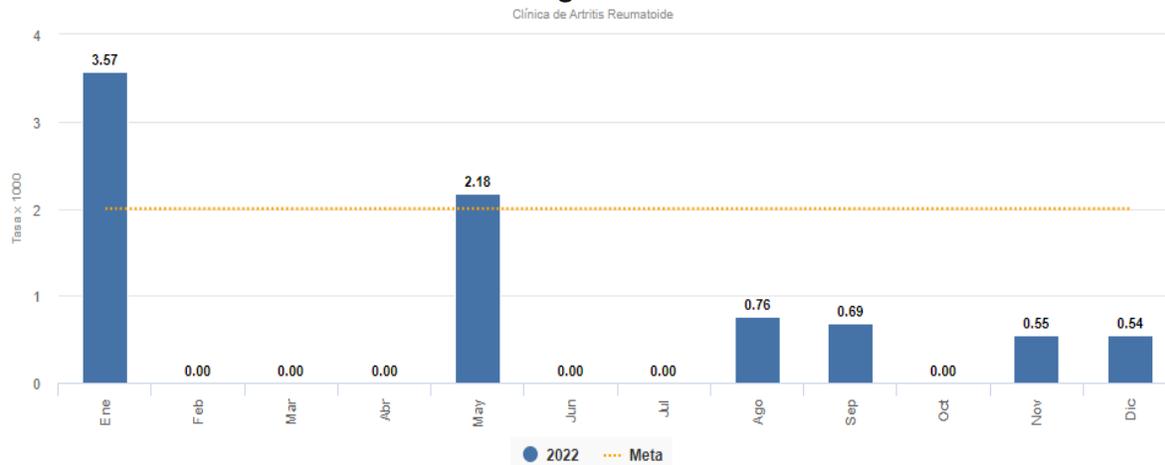


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el 2022 el indicador de medicamento biológico en los pacientes que hacen parte del programa de artritis reumatoide varia mensualmente, debido al número de ingresos de estos mismos y al ajuste del tratamiento de los pacientes llevados a Junta Médica, de los cuales se les aprobó este tratamiento.



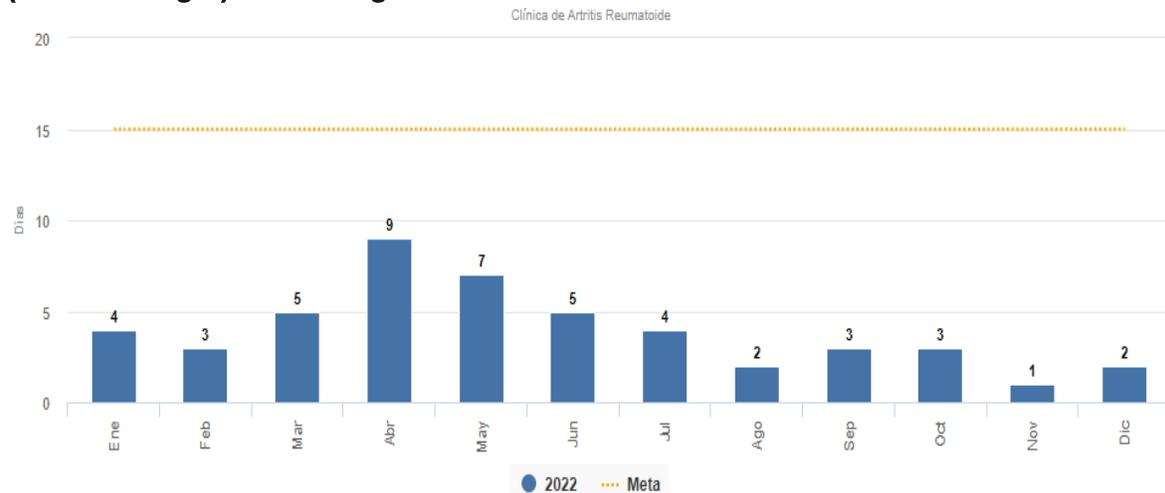
## ID – 684 Tasa de Mortalidad en el Programa de Artritis Reumatoide



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el 2022 se tuvo el fallecimiento de 14 pacientes, los cuales hacían parte del Programa de Artritis Reumatoide. Estos fallecimientos se deben a causas distintas a su patología referente a artritis reumatoide.

## ID – 677 Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Citas de Especialista (Reumatología) en el Programa de Artritis Reumatoide



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el año 2022 se cumple con la meta de oportunidad en las citas de primera vez con reumatología en el Programa de Artritis Reumatoide. La meta se logra gracias a la gestión realizada en la programación y distribución de las citas.



## Proyectos 2023

- ☑ Ejecutar y obtener resultados de los protocolos de investigación con el fin de hacer presentaciones en modalidad de poster, artículo o ponencia en escenarios locales y regionales.
- ☑ Fortalecer temas de humanización generando espacios de educación continuada de todo el equipo donde se puedan socializar escenarios de empatía y compasión con nuestros pacientes y sus familias.
- ☑ Generar el segundo reporte de la cuenta de alto de costo con más de 2000 usuarios en cohorte, haciendo los respectivos seguimientos trimestrales para optar por ser nominados como IPS líder en la cuenta de alto costo por buena gestión en reporte y seguimiento.



Los Nogales  
Clínica

os Nogales | Torre 2  
Clínica



**Infraestructura**



## Objetivo General



Preservar los activos de la clínica Los Nogales, prolongar la vida económica de los bienes y evitar un prematuro envejecimiento o deterioro de estos, a través de un sistema de mantenimiento integral; con el fin de ofrecer un ambiente seguro y confortable a los pacientes y demás colaboradores de la clínica

## Líder Responsable

Ing. José Cervantes Codina

## Principales Logros



**Implementación de rondas administrativas**, creando formatos de revisión y chequeo de los espacios físicos de la clínica y capacitando al personal de mantenimiento sobre su uso para crear una gestión predictiva de mantenimiento del área.



**Integración de todos los equipos industriales** del edificio Torre II al cronograma de mantenimiento preventivo anual, para correcto seguimiento sobre su funcionamiento y operación.



**Desarrollo de proyectos de ampliación de infraestructura** por medio de obras civiles de alto impacto, como la ampliación de apoyo diagnóstico, ampliación de salas de cirugía y de la unidad de cuidados intensivos.



**Ampliación del laboratorio de Patología** adaptando zonas para pasar de 27m<sup>2</sup> a 83m<sup>2</sup>, lo cual permite un aumento en la capacidad de procesamiento de muestras.



**Creación de la sala de rehabilitación física** ubicada en sótano 1 Torre I, con un área de 103m<sup>2</sup> destinados a mejorar la oferta de servicio de la institución.



**Construcción de la Unidad de Trasplante de Medula Ósea** ubicada en el piso 7 de la torre II, conformada por 7 habitaciones, 1 sala de procedimiento y 1 laboratorio de procesamiento celular.

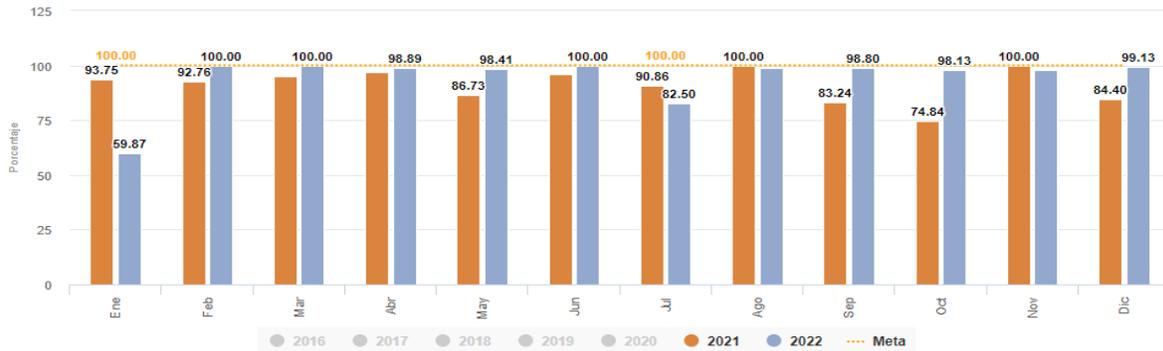


**Ejecución de la licencia de intervención** y ocupación del espacio público en zonas circundantes a la clínica los Nogales, generando aumento en las zonas verdes implementando y creando zonas con acceso a personal con discapacidad.



# Indicadores

## ID – 028 Respuesta en las Solicitudes Recibidas de Mantenimiento de Ambiente Físico (Proceso)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia un comportamiento más estable en el año 2022 para el indicador de respuesta de solicitudes de mantenimiento recibidas por la mesa de ayuda. Para el año 2022, se logró tener en 10 meses de los 12 meses evaluados un cumplimiento superior al 95%, a diferencia del año 2021 donde este resultado se obtuvo en 5 meses de los 12 meses analizados.

## ID – 029 Porcentaje de Cumplimiento al Plan de Mantenimiento Preventivo de Infraestructura (Proceso)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Durante el año 2022, se logró el cumplimiento a la ejecución del plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura en 10 meses de los 12 meses analizados, teniendo un comportamiento con tendencia al alta durante el desarrollo de todo el año.



## Proyectos 2023

- ☑ Obtener Licencia de Construcción Torre III.
- ☑ Finalización de los proyectos de ampliación actuales.
- ☑ Obtener la Aprobación del Plan Maestro de Zona Franca Torre 3 (Capítulo Técnico).
- ☑ Demolición de las casas de la autopista y construcción de parqueaderos.
- ☑ Actualizar el sistema documental y organizacional del área.
- ☑ Implementación de software de mantenimiento.
- ☑ Desarrollar el Plan de Gestión de Habitaciones y espacios.
- ☑ Análisis y desarrollo del Manual de renovación de tecnología.
- ☑ Desarrollar planes de capacitación y formación enfocados al personal del equipo.
- ☑ Construcción de taller mecánico especializado de mantenimiento.
- ☑ Plan de gestión de habitaciones y espacios físicos.



Los Nogales  
Clínica



**Gestión de TIC**



## Objetivo General



Analizar, diseñar, desarrollar, implementar, mantener la operatividad de la plataforma, garantizando seguridad, confiabilidad y oportunidad de la información mediante la administración efectiva de los recursos tecnológicos brindando soluciones eficaces a las necesidades de los objetivos institucionales con el fin de soportar la toma de decisiones basadas en hechos y datos.

## Líder Responsable

Ing. Víctor Julio Gómez Carvajal

## Principales Logros



**Avance implementación** del proyecto IT SALUD IPS al 90,42 %.



**Cumplimiento de la lista chequeo** enviada por Salud Total por motivo de ataque cibernético al 97.79%.



**Apoyo tecnológico en el proyecto IMEXH** (cambio de operador de imágenes diagnósticas).



**Inicio proyecto Seguridad SOC – SIEM** para monitoreo de 10 dispositivos de la clínica.



**Actualización de tecnología** en la Torre 1 para el proyecto de Llamado de Enfermería.



**Apoyo en el proyecto TIC – SOCIAL**, unificación rutas (Cuentas de Alto Costo, resultados de patologías, resultados de mamografía y ecografías, mama, cérvix, próstata y colon)



**Fortalecimiento documental:** Plan de contingencia, Actualización Plan de Contingencias, procedimiento Backups, proceso de seguridad informática.



**Cambio de correo** institucional a Office 365

### Fortalecimiento seguridad informática



a. **Restricción de ingreso a internet** en los computadores de la clínica.



b. **Restricción puerto de seguridad y USB** en los computadores de la clínica como medida de seguridad cibernética.



c. **Actualización Firmware de los PC**, servidores y dispositivo activos.



d. **Actualización Antivirus** Trend Micro.



e. **Actualizaciones de políticas de seguridad** a los servidores virtuales.



f. **Creación del servidor WSUS** (Para actualizaciones automáticas de parches).



g. **Adquisición de licencia del puerto** de seguridad Https para páginas web e intranet.



h. **Optimización de 223 pc** (hardware y software).

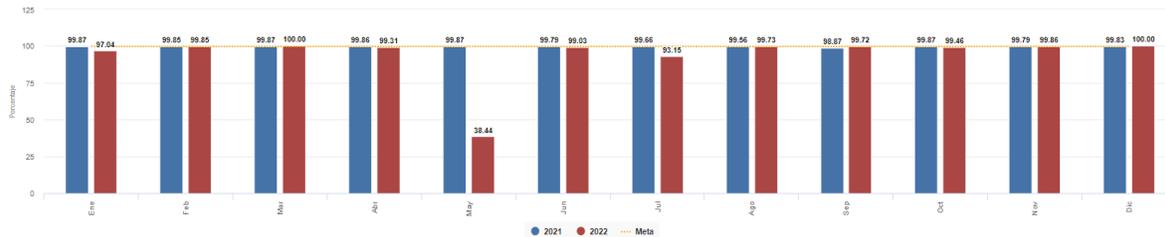


i. **Adquisición de 40 pc** para cambiar los computadores más obsoletos.



# Indicadores

## ID – 063 Disponibilidad de Servicios Core

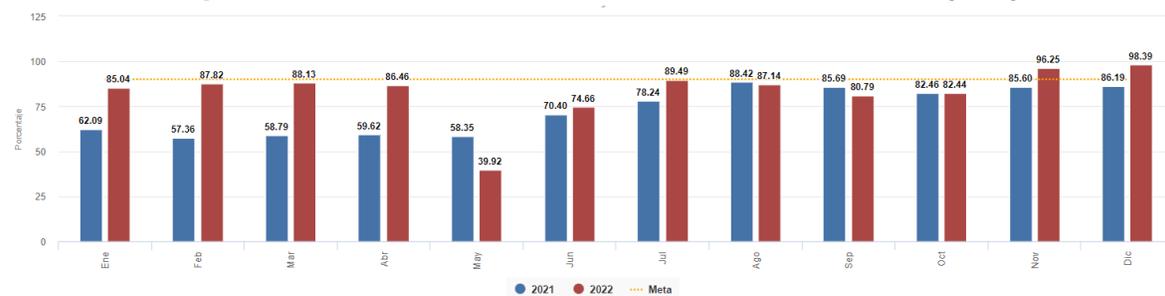


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir el porcentaje de disponibilidad de los servicios Core (servidores principales del negocio), con el servicio prestado por el área de sistemas de la clínica en el centro de cómputo con una meta establecida del 100% de disponibilidad del servicio.

Se presenta una variación importante entre el año 2021 y 2022 (De enero a diciembre) en el mes de mayo, solamente prestando un servicio de servidores del 38.44%.

## ID – 603 Cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicios (SLA) de TICS

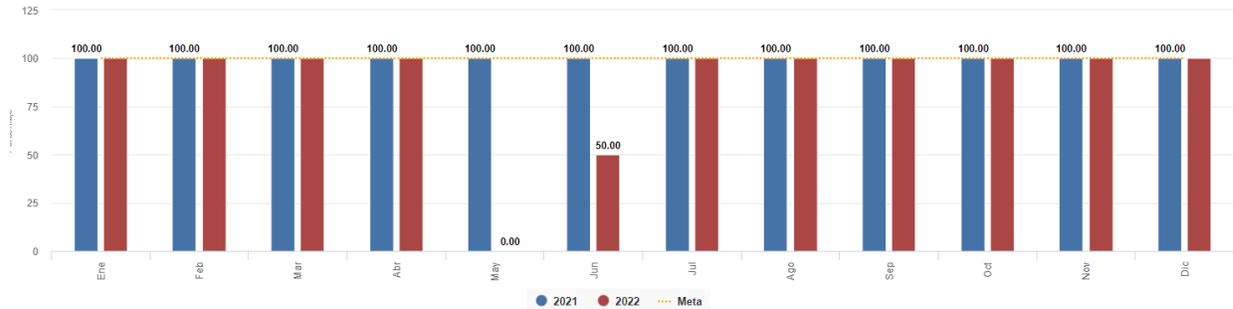


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir el porcentaje de servicio de acuerdo con los niveles SLA del cliente interno con el servicio prestado por el área de sistemas de la clínica, con una meta establecida del 100%.



## ID – 131 Efectividad de Copias de Backup en Bases de Datos Core



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir eficacia de los Backups de uso adecuado de sistemas por medio de la herramienta Veeam Backup el cual se realiza de forma diaria al restaurar un servidor alterno. Se logra el cumplimiento de la meta establecida al 100%.

## ID – 602 Cumplimiento de Reportes y Tableros de Control

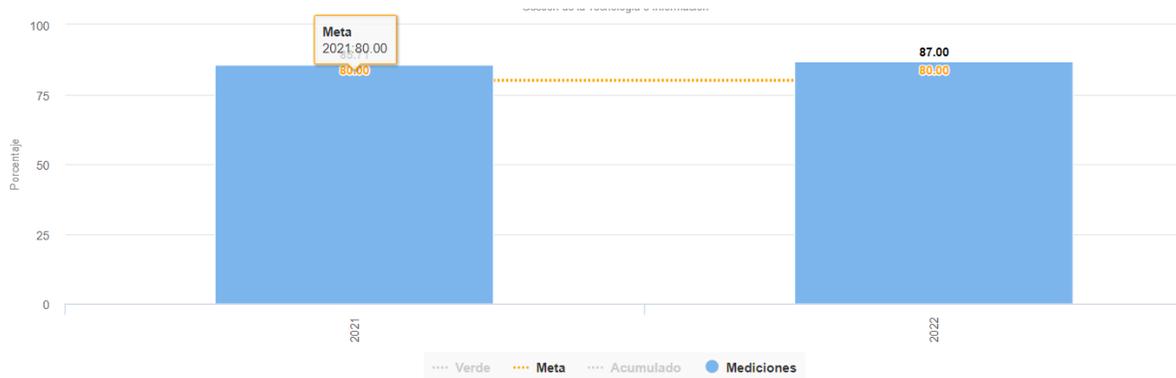


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir eficacia de la solicitud de reportes y diseño de estos en las herramientas de IT Salud IPS y CNT, con una meta establecida del 100%. La indisponibilidad del recurso humano se presentó debido a que el personal estaba dedicado a la restauración de los equipos afectados y los procesos internos de seguridad informática.



## ID – 601 Satisfacción de Servicios Tecnológicos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir el porcentaje de satisfacción del cliente interno con el servicio prestado por el área de sistemas de la clínica, con una meta establecida del 100%. Se presentó una mejora durante el año 2022 correspondiente al incremento en el porcentaje de cumplimiento del 7% respecto al año anterior, se evidencia una mejora en la percepción del servicio tecnológico de acuerdo con las encuestas realizadas, llegando al cumplimiento del 87 %



## Proyectos 2023

- Culminar con la Implementación al 100% IT Salud IPS.
- Fortalecimiento de la Seguridad Informática.
- Diseño Central de Información (Implementar Repositorio Local - Data Warehouse, creación de Tableros de Control Consulta externa, Hospitalización y Urgencias y Reportes Propios - Diseño en BI).
- Iniciar la Implementación de la Política de Cero Papel (Implementar Software Gestión Documental: SEVENET).
- Implementar 4 Herramientas Tecnológicas (Migración Servidores a la Nube, Implementación WIFI Público, Cambio PC (132), Actualización Switchs Torre 1).
- Fortalecer Sistemas de información Institucionales (Construcción Software InHouse, Construcción APP Nogales, Actualización Página Web, actualización Intranet, Implementación Don Doctor, implementación AMS).
- Apoyar tecnológicamente la puesta en marcha de Torre 3.
- Crear Alta Disponibilidad (servidores, canal principal, Firewall, CORE Principal).



Los Nogales  
Clinica



# Tecnología Biomédica

## Objetivo General



Apoyar tecnológicamente todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en las diferentes unidades funcionales de la clínica Los Nogales con tecnología vigente para lograr una atención segura y satisfacción de las partes interesadas.

## Líder Responsable

Ing. Angélica Franco Ruiz

## Principales Logros

El proceso continuo de mejoramiento nos permitió desarrollar durante el año 2022 diferentes proyectos de crecimiento y renovación tecnológica, además de labores significativas en procesos de capacitación al personal interno.



**Aumento del 40.3%, en el número de personas capacitadas** en tema relacionados con tecnología biomédica.



**Fortalecimiento de la búsqueda activa** de casos de tecno-vigilancia, con la identificación del 90% de los casos de tecno-vigilancia en 2022, por medio de rondas de revisión de tecnología en los diferentes servicios.



**Desarrollo de proyectos de ampliación de servicios** que permiten una mejora en la oportunidad de atención de pacientes. Durante el 2022 se desarrollaron 4 proyectos principalmente: apertura de los servicios de Trasplante de Médula Ósea y Radioterapia, y la ampliación de la capacidad instalada de cirugía e imágenes diagnósticas con la adquisición de un nuevo tomógrafo, dos ecógrafos y un microscopio quirúrgico.



**Mejora del 3,56% en la satisfacción del cliente interno**, relacionado con el soporte prestado por el área de tecnología biomédica.

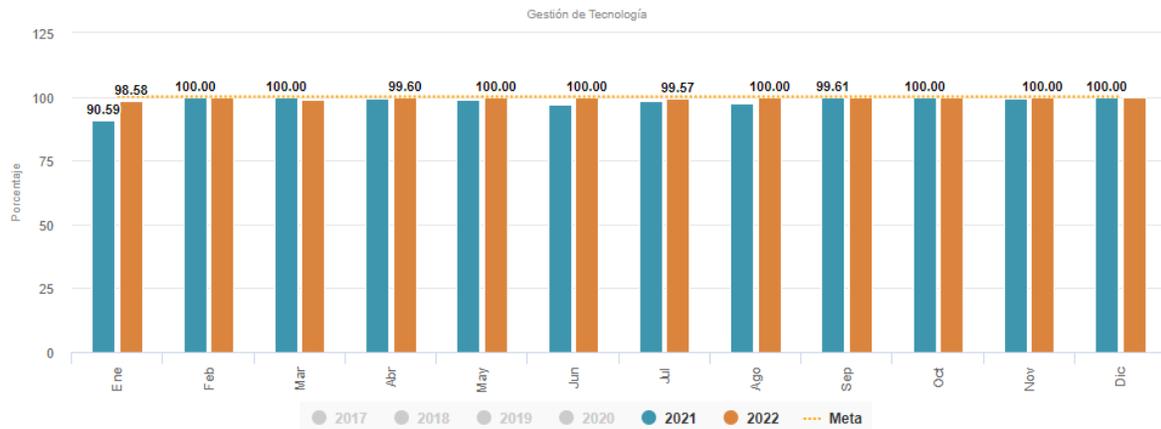


Inversión en tecnología biomédica por valor de \$ 4.491.208.564 COP referente a los siguientes conceptos:



# Indicadores

## ID – 062 Porcentaje de Cumplimiento al Plan de Mantenimiento Preventivo de Tecnología Biomédica (Proceso)

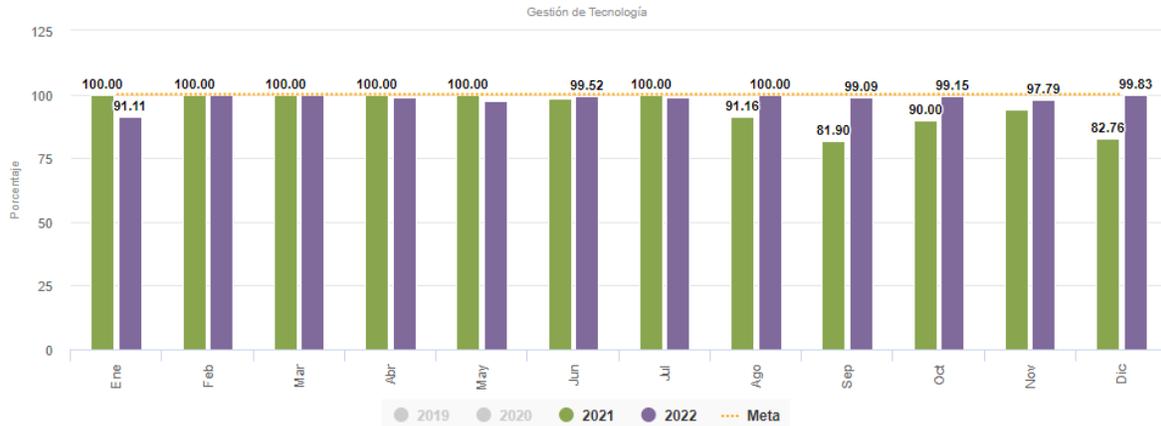


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir el porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo de tecnología biomédica, con una meta establecida del 100%. Se presentó una mejora durante el año 2022, correspondiente al incremento en el porcentaje de cumplimiento del 1,31% respecto al año 2021.



## ID-026 Porcentaje de Satisfacción con el Proceso de Ingeniería Biomédica - Mensual (Proceso)

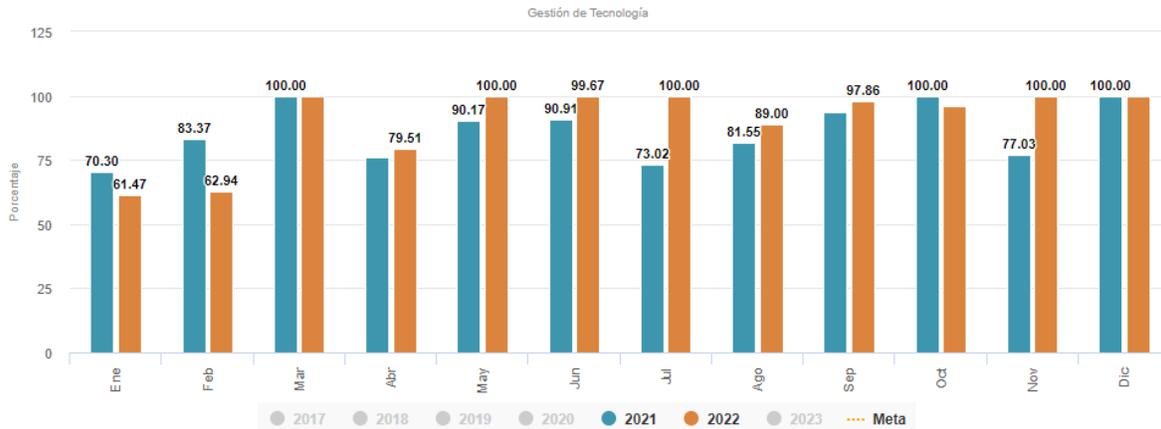


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir el porcentaje de satisfacción del cliente interno, con el servicio prestado por el área de tecnología biomédica de la clínica, con una meta establecida del 100%. Se presentó una mejora durante el año 2022, correspondiente al incremento en el porcentaje de cumplimiento del 3,56% respecto al año 2021.



## ID-069 Eficacia de las Capacitaciones de Uso Adecuado de Tecnología Biomédica (Proceso)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador permite medir eficacia de las capacitaciones de uso adecuado de tecnología biomédica, con una meta establecida del 100%. Se presentó una mejora durante el año 2022, correspondiente al incremento en el porcentaje de cumplimiento del 4,21% respecto al año 2021.



## Proyectos 2023

- Mejorar el proceso de capacitación en tecnología biomédica, incrementando en un 15% el número personas capacitadas, en temas relacionados con tecnología biomédica.
- Medir tiempos de respuesta de mesas de ayuda escaladas al área de Tecnología Biomédica.
- Realizar una prueba piloto de conexión de equipos con historia clínica – primera fase de Inter operatividad.
- Elaboración del plan maestro de Zona Franca para la Torre III.
- Implementar las rondas digitales de revisión de Tecnología Biomédica en los servicios asistenciales críticos de la clínica.
- Implementar el software de hojas de vida de equipos biomédicos.
- Renovación de tecnología Biomédica.
- Instalación TAC nuevo.



Los Nogales  
Clínica



# Gestión Logística



## Objetivo General



Planear, costear y garantizar la adquisición y administración de bienes, obras y servicios con calidad y oportunidad, a través de estrategias y negociaciones efectivas, buscando optimizar los recursos financieros aprovechando los beneficios tributarios y aduaneros otorgados en la Declaratoria de Clínica Los Nogales como una Zona Franca Permanente Especial, para satisfacer las necesidades generadas por la operación y prestación del servicio.

## Líder Responsable

Ing. Fernanda Dueñas Mejía

## Principales Logros



**En el mes de Enero de 2022 se invitó a los proveedores** a participar en la convocatoria de los diferentes grupos de inventario para el año 2022-2023, ejecutando estudios de mercado con el fin de garantizar las mejores condiciones de calidad y costo de los insumos adquiridos en Clínica Los Nogales. Dicha convocatoria cerró en el mes de Marzo, logrando la adjudicación de proveedores para compras anuales.



**El ahorro que se obtuvo con los nuevos proveedores** adjudicados en la convocatoria para el año 2022-2023 fue del 1.1%. El porcentaje en las compras realizadas a corte de 30 noviembre es de \$ 656.418.034



**Se obtiene un ahorro promedio adicional de 5.8% del total** de la compra anual, tomando descuentos otorgados por los proveedores en convocatoria por pronto pago. El ahorro de las compras a corte de noviembre con los descuentos tomados por pronto pago fue de \$ 124.493.075



**Se dio inicio a salud IPS** en todo lo referente a los módulos de compras e Inventarios durante el mes de marzo 2022.



**Se realizó la toma física de inventario** anual con positivos resultados.

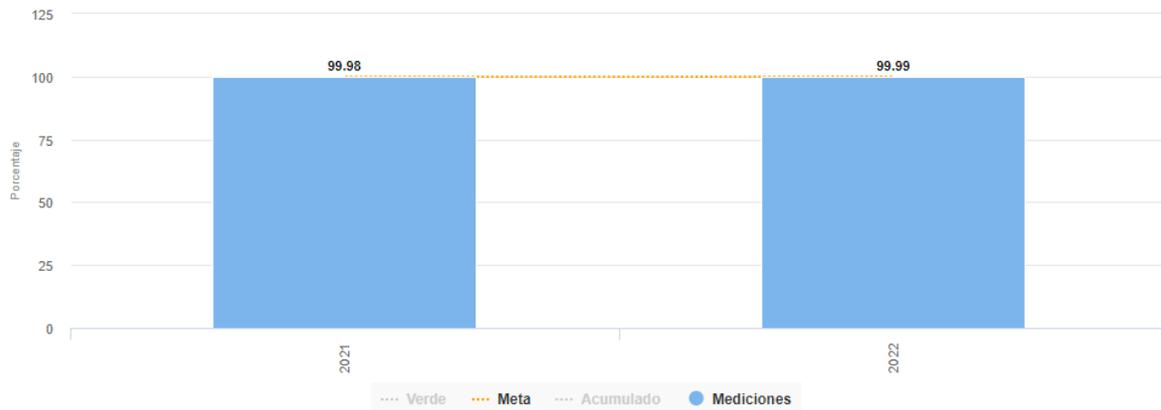


**Indicador de confiabilidad** de inventario 99.9%



# Indicadores

## ID – 574 Confiabilidad del Inventario

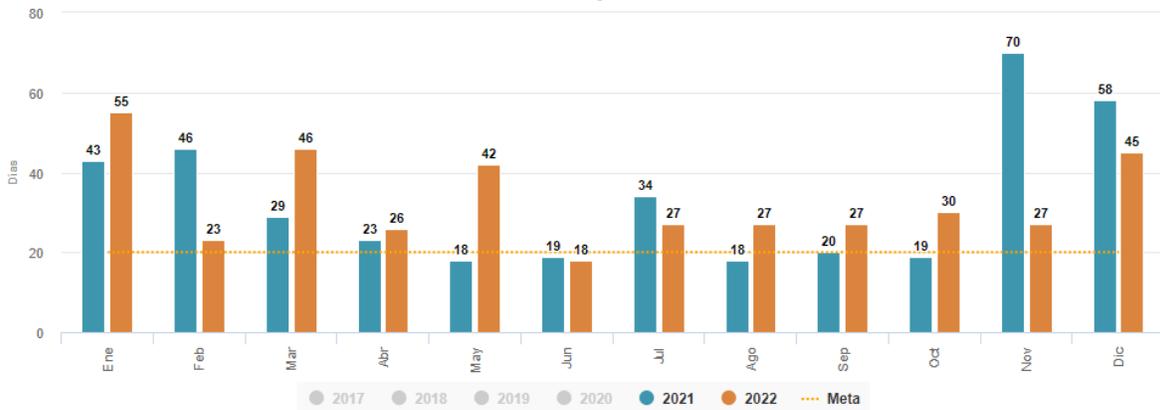


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador mide la exactitud del inventario en el Almacén General como método de Evaluación de la confiabilidad, el indicador cumple con la meta propuesta para el año 2021 Vs 2022 llevando un margen de cumplimiento del 99.98%, este cumplimiento se debe al seguimiento constante del proceso por medio de los Inventarios Cíclicos según la asignación y responsabilidad de estantería de los auxiliares de Almacén.



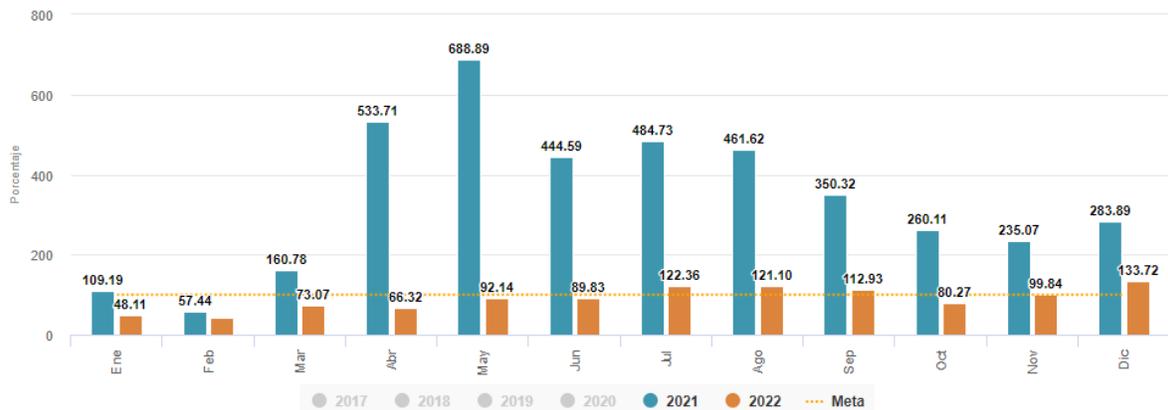
## ID – 204 Días de Inventario al Cierre Del Periodo



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador mide el comportamiento general de los inventarios y las variaciones derivadas de su operación. El indicador no cumple con el estándar establecido cerrando con 45 días de inventario, esto obedece al Forecast generado por dos meses de cierre de laboratorios y distribuidores a nivel general en la industria.

## ID – 203 Porcentaje de Cumplimiento Presupuestal de Compras



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador no cumple con el estándar establecido para el mes de diciembre cerrando con 133% del presupuesto ejecutado, se tiene una sobre ejecución de 33% sobre lo planeado, esta sobre ejecución se debe a la integración del comité de compras referente a los anticuerpos y demás reactivos de laboratorio de patología que no se tenían proyectados en el presupuesto del año 2022.



## ID – 205 Porcentaje de Satisfacción del Cliente Interno con el Área De Almacén



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador consiste en conocer el nivel satisfacción y efectividad de los despachos de mercancía del almacén general hacia a las diferentes áreas de la Clínica; donde se evalúa la calidez del servicio, oportunidad en la entrega, calidad de los insumos, cantidad de insumos entregados y finalmente la competencia del personal; el indicador para el cierre del 2021 tuvo un comportamiento promedio anual de 100% de satisfacción por el cliente interno de la Clínica y para el 2022 un promedio anual del 100%, lo cual nos permite evidenciar que hemos logrado mantener la meta durante los dos últimos años, este resultado es positivo y se debe a la planeación óptima y al seguimiento constante de la cadena de abastecimiento.

## ID – 054 Lead Time de Orden de Compra

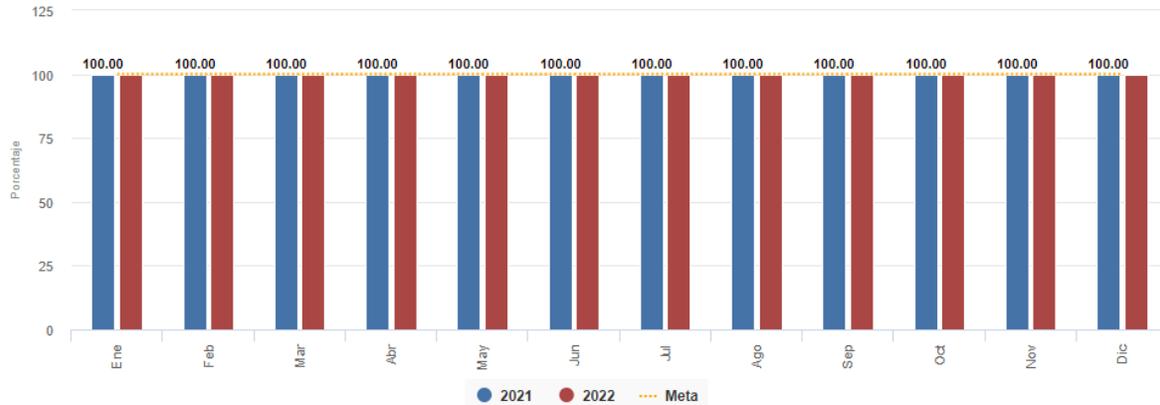




Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador cumple con el estándar establecido para el mes de diciembre cerrando con 5 días en relación con la promesa de valor de los proveedores en los tiempos de entrega. La gestión del seguimiento constante a los proveedores es un factor que nos permite dar cumplimiento a este indicador, adicionalmente la oportunidad en generar y enviar a comité de compras permite a los proveedores aprovisionarse con anticipación para la entrega en las fechas establecidas.

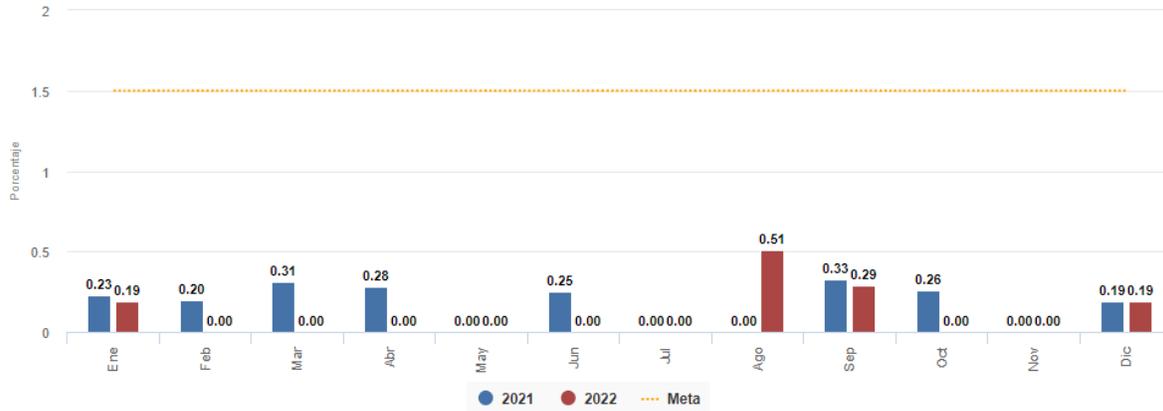
### ID – 052 Nivel de Cumplimiento de Proveedores



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador cumple con el estándar establecido para el mes de diciembre cerrando con 100%. Las entregas del comité de Diciembre y Enero se encontraron dentro del rango establecido, siendo los primeros 5 días hábiles del mes. Dicho cumplimiento se debe al constante seguimiento que se realiza a los proveedores, desde que se envía la orden de compra hasta su entrega en la Clínica.

### ID – 051 Porcentaje de Unidades de Pedidos Rechazadas



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador cumple con el estándar establecido para el mes de diciembre 2022 cerrando con 0.19%, se presentan 1 novedad con el proveedor SUMIMAS, el cual despachó banda de caucho gruesa y rígida (la utilizada en la Clinica es delgada y elástica), por tal motivo se realiza la devolución al proveedor para que realice el cambio. El proveedor realiza el cambio por la referencia indicada.



## Proyectos 2023

- ☑ Proyección Logística Torre III (Selección, Adquisición, Recepción y Distribución de la Dotación).
- ☑ Digitalizar la documentación relacionada con la convocatoria anual y segmentación de proveedores al 100% (SARLAFT).
- ☑ Realizar y ejecutar rueda de negocios con el fin de adquirir productos para la prestación del servicio de Clínica los Nogales, seleccionando en igualdad de oportunidades a quien ofrezca las mejores condiciones de precio, descuentos financieros, bonificaciones, calidad y tiempos de respuesta.
- ☑ Presentar propuesta y solicitar aprobación para implementar un software de inventarios físicos que se ajuste de forma efectiva al proceso y que permita la realización de conteos por medio de lectura e impresión de etiquetas de códigos de barras de los productos, para ser cargados directamente en el módulo de inventarios de la Clínica.



Los Nogales  
Clinica



# Servicios Tercerizados



## Objetivo General

Gestionar las acciones del contratista, para verificar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato mediante el seguimiento cualitativo y cuantitativo de los servicios contratados.



## Líder Responsable

Ing. Adriana Villamizar Peñaloza

## Principales Logros



**Se realizan brigadas de limpieza** y desinfección en todas las áreas de la clínica, con el fin de brindarle comodidad a todos los usuarios, garantizando a nuestros funcionarios y pacientes durante la atención la prevención de las infecciones asociadas a la atención en la salud, manteniendo las instalaciones debidamente limpias como una de las estrategias efectivas de limpieza y desinfección.



**Se realiza apertura de la nueva cafetería de Torre II** el 19 de octubre 2022 con el proveedor de Compass Group, se adecuó con equipos nuevos, parasoles mesas y sillas.



**Se realiza cambio de proveedor de lavandería** Ilunion en el mes de diciembre 2022, garantizando la correcta entrega de ropa limpia y recolección de ropa sucia a las diferentes áreas de acuerdo a los protocolos establecidos.



**Se realiza capacitación a nuestro personal** de seguridad fortaleciendo saludo de bienvenida de acuerdo a los protocolos establecidos.



**Se realizan mejoras en la gestión del área** de seguridad dando cumplimiento a los estándares de manejo de monitorio (cámaras, reportes y avisos en la seguridad).



**Se fortalecieron las rondas de seguridad** en el área de parqueaderos que disminuyan la probabilidad de eventos de pérdidas o robos en el espacio destinado a parqueaderos.



# Indicadores

## ID – 174 Porcentaje de Cumplimiento del Tercero de Seguridad Física



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador en el año 2022 cumple al 97% en comparación al año 2021 que tuvo un cumplimiento del 85%, este índice se debe a la calidad en la oportunidad y en la entrega de los informes por parte del Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), así como la supervisión del líder de seguridad de los mismos reportando novedades en diferentes puntos de la clínica, dando soporte y seguimiento al personal de seguridad para el buen funcionamiento.



Fuente: Coordinación de comunicaciones Clínica Los Nogales



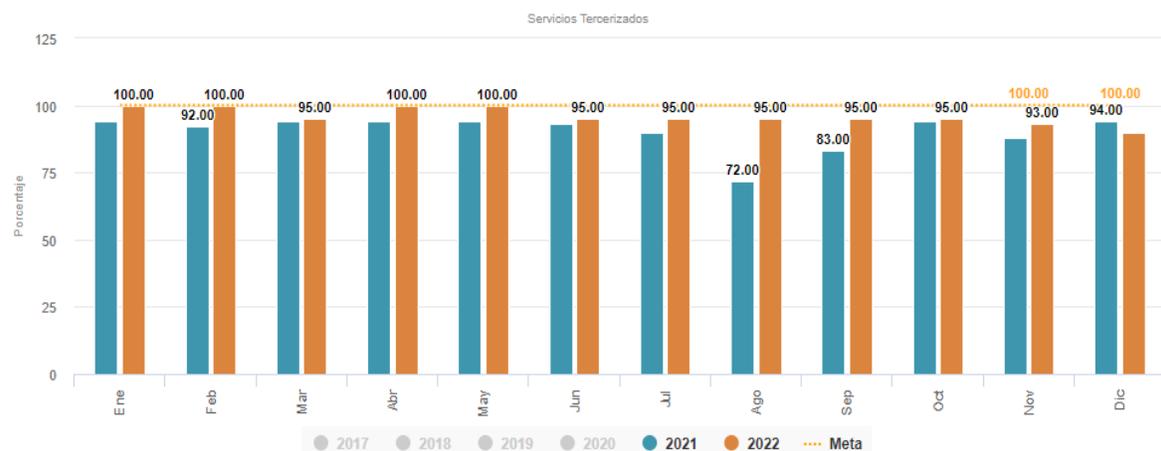
## ID – 176 Porcentaje de Cumplimiento del Tercero de Servicios Generales



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador en el año 2022 cumple al 95% en comparación del año 2021 que tuvo un cumplimiento al 92%. Esto se debe al cumplimiento, desempeño y actitud del servicio tercerizado, aplicando los protocolos e implementos de trabajo en cada una de las áreas de la clínica.

## ID – 178 Porcentaje de Cumplimiento del Tercero de Alimentos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador en el año 2022 cumple al 96% en comparación del año 2021 que tuvo un cumplimiento al 90% logrando el cumplimiento con el tiempo de respuesta a solicitudes. Se fortalecen los protocolos y entregas de las dietas conforme a lo establecido por las directrices de la clínica. Sin embargo, a finales de noviembre y diciembre se tuvo un porcentaje de cumplimiento bajo como se indica en la gráfica.



## Indicador de Cumplimiento de Tercero de Parquaderos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador en el año 2022 cumple con la meta en un 98 % a comparación del año 2021 que tuvo un cumplimiento del 94%. El proveedor cumple con los protocolos de ingreso, salud, bienvenida a la clínica y despedida al terminar el servicio. Actitud oportuna y desempeño del personal.



## Proyectos 2023

- ☑ Fortalecer el seguimiento y gestión a los servicios tercerizados mediante la construcción de documentos que permitan estandarizar las actividades y así fortalecer las interventorías realizadas.
- ☑ Fortalecer las rondas administrativas para una mejora continua en el aspecto general de la clínica.
- ☑ Realizar el cambio del proveedor de alimentos con el fin de mejorar las expectativas en el servicio a pacientes y funcionarios de la clínica.
- ☑ Revisión de contratos para los servicio de aseo y vigilancia.
- ☑ Fortalecer las capacitaciones e integración de terceros en todo lo relacionado con acreditación en salud.



Los Nogales  
Clínica



Los Nogales | Torre 2  
Clínica

# Ingeniería Ambiental

Los Nogales

Los Nogales



## Objetivo General

Prevenir, minimizar y mitigar los impactos ambientales generados por la prestación de los servicios de salud, dando cumplimiento a la normatividad ambiental vigente, encaminando sus acciones hacia un desarrollo sostenible, con el fin de lograr un adecuado manejo de los recursos naturales.

## Líder Responsable

Ing. Adriana Villamizar Peñaloza

## Principales Logros



**Se obtuvo el certificado** de Responsabilidad Social Empresarial 2022.



**Medición de Huella de Carbono** 2022.



**Se realizó cambio de las canecas** en los servicios de acuerdo a los lineamientos definidos en la resolución 2184 del 2019.



**Mejoras en las tarifas** para la venta de reciclaje.



**Participación en Rebanar** de Gestión Ambiental y RSE.



**Cumplimiento al plan de saneamiento ambiental**, lavado de tanques y limpieza de cajas.



**Se realizó la actualización** de planos de rutas sanitarias.

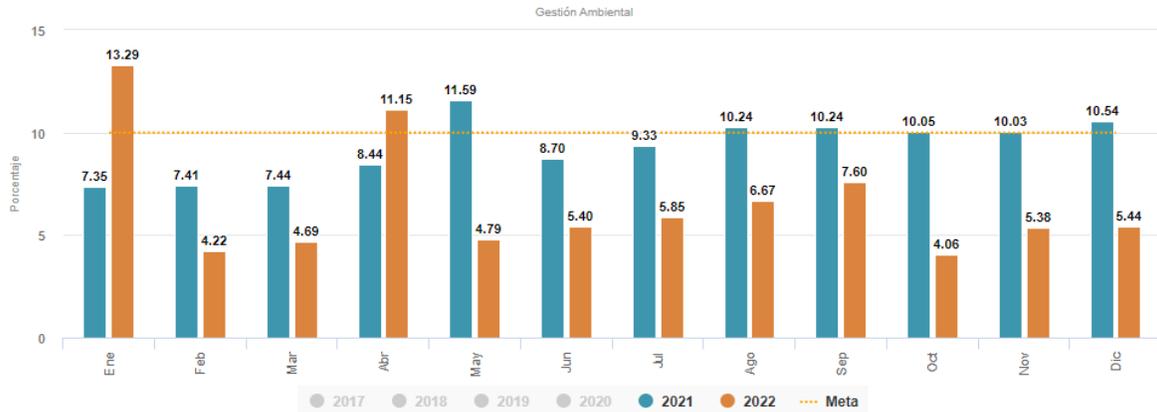


**Actualización de la matriz** de aspectos e impactos ambientales.



# Indicadores

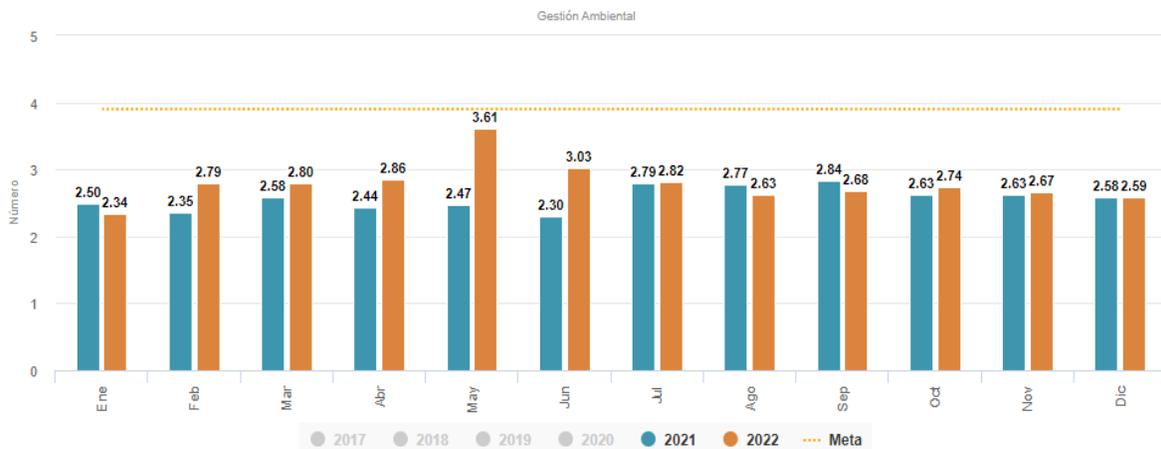
## ID – 149 Porcentajes de Residuos Destinados a Reciclaje



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

No se cumple con el indicador ya que se obtiene un acumulado del 6.5% dado a las obras que se están generando para mejoras de la clínica. Se capacita al personal con el fin de mejorar en la segregación de residuos que se puedan dar un nuevo uso Vs al 2021 que tuvo un porcentaje favorable del 9.2%

## ID – 010 Energía Eléctrica Usada por Actividad Asistencial

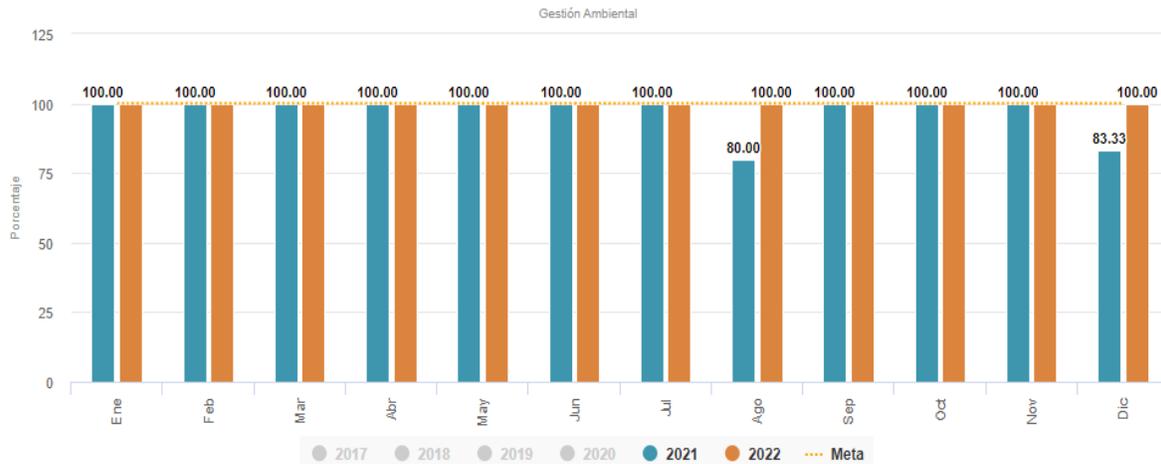


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador para el año 2022 tiene un incremento del 2.8% Vs al año 2021 y no cumple ya que el consumo de energía se implementó en el horario nocturno por parte de Seguridad y el área asistencial en el cual se deja como validación apagar la luces que no se requiera.



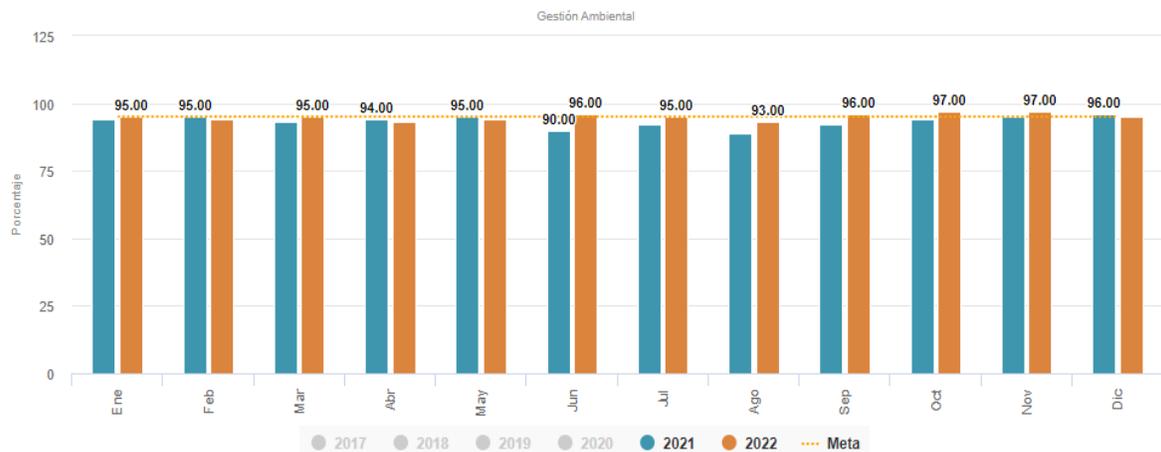
## ID – 153 Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma de Capacitación en Gestión Ambiental



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador tiene un porcentaje favorable en el año 2022 del 100% por socializar temas como: participación ciudadana, reciclaje, recursos naturales, uso adecuado de la infraestructura correcta de segregación de residuos, no arrojar toallas sanitarias, papel higiénico ni ningún otro objeto a los baños, ya que esto causa daños en las tuberías. Esto se realizó con visitantes, pacientes y trabajadores de la clínica.

## ID – 148 Porcentaje de Adherencia en la Segregación de Residuos por Medio de Auditoría



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El indicador tiene un porcentaje favorable en el año 2022 del 95% cumpliendo con la correcta segregación de residuos, se fortaleció el tema de reciclaje de las bolsas de suero y se cumple con ello, el personal y visitantes realizan un correcto uso de las canecas y su debida segregación.



## Proyectos 2023

- ☑ Participar en los programas de la Secretaría Distrital del Medio Ambiente de Bogotá.
- ☑ Implementar actividades para mejorar la Medición de Huella de Carbono.
- ☑ Implementar mecanismos para el ahorro y uso eficiente de los recursos.
- ☑ Fortalecer la capacitación en Gestión Ambiental y adecuada segregación de residuos.
- ☑ Contar con el certificado Verde de Verdad en la categoría Semilla a Árbol.



Los Nogales  
Clinica



**Zona Franca**



## Objetivo General

Planear y garantizar la legalización oportuna y eficiente de las diferentes operaciones que corresponden al ingreso y salida de mercancías adquiridas por la Clínica para la prestación del servicio y que gozan de beneficio tributario debido a la calificación de la Clínica Los Nogales como Zona Franca Permanente Especial.

## Líder Responsable

Elena María Novoa Pachón

## Principales Logros



**Legalización de las facturas radicadas** por el operador logístico farmacéutico, proveedores de materiales especiales y las compras directas de la Clínica, para un total de 4073 formularios de ingreso.



**Revisión, legalización y autorización** en tiempo real de 44 salidas temporales y 44 reingresos por concepto de mantenimiento y revisión de equipos y repuestos solicitados por las diferentes áreas.



**Soporte y acompañamiento** a las diferentes áreas con todo lo relacionado a los ingresos y salidas de equipos, insumos y demás mercancías necesarias para el desarrollo del objetivo social de la Clínica.



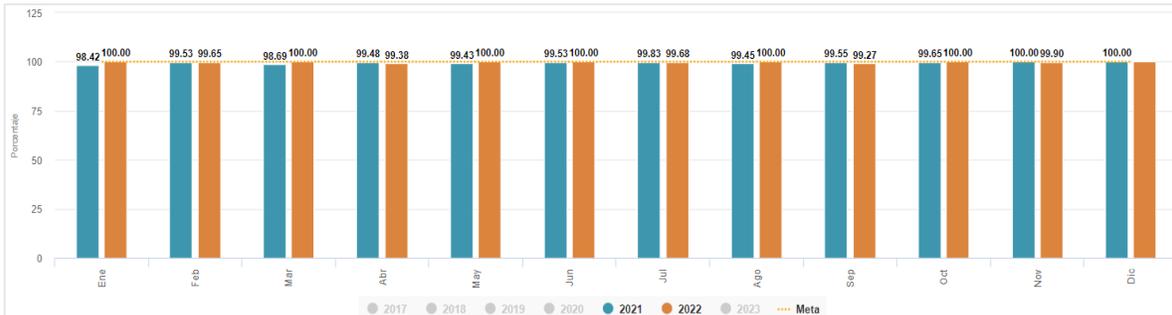
**Se realizaron los siguientes inventarios** por solicitud del Usuario Operador, dando como resultado la conciliación al 100%:

FECHA	REVISIÓN
28 al 30 de marzo	Activos Torres II
02 y 03 de junio	Equipos en comodato
10 al 14 de octubre	Empresas de Apoyo
20 al 23 de noviembre	Equipos de computo



# Indicadores

## ID – 206 Porcentaje de Cumplimiento en el Registro de Formularios de Movimiento de Mercancías Autorizados (Proceso)



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Para el 2022 el promedio de porcentaje de cumplimiento fue del 99.84% por encima del porcentaje de cumplimiento para el año 2021 el cual fue de 99.5% con un aumento del 0.34%, esto como resultado de la constante revisión que se realiza a los formularios, lo cual se refleja en la disminución de formularios devueltos por el Usuario Operador.



## Proyectos 2023

- Capacitación a los proveedores con el fin de garantizar la legalización oportuna y correcta de las compras realizadas por la Clínica.
- Destrucción masiva de equipos, repuestos y partes que por su deterioro es necesario dar de baja. (Art 404- Decreto 2685 de 1999)
- Optimizar los tiempos de autorización de ingreso de mercancía por parte del Usuario Operador.
- Autorización Plan Maestro Torre III y obtención de Prorroga de Zona Franca.



Los Nogales  
Clínica



# Costos y Presupuestos



## Objetivo General

Tener actualizada la estructura de análisis de costos o estudios financieros de los servicios ofrecidos por la clínica, con el fin de presentar escenarios para la respectiva toma de decisiones por parte de la Dirección General.

## Líder Responsable

Néstor Alfonso Ávila Daza



## Principales logros



**Definición de las tarifas de los procedimientos** del nuevo servicio de Radioterapia, lo que permitió generar unos ingresos en el año 2022 de \$9.037 millones de pesos y atender 87 pacientes en promedio por mes en el último semestre.



**Aprobación de la compra de un TAC** con el escenario de análisis financiero realizado de la compra. Este equipo comenzará a funcionar en el 1 trimestre de 2023 y se proyecta que genere 8.600 millones de pesos en el primer año.



**Creación del contenido del Paquete de Pre-trasplante** y Trasplante de medula ósea, definición de las tarifas, que permitieron un rápido acceso al procedimiento. Reducción de tiempo de espera para los pacientes aptos y tratamientos más oportuno.



**Creación y socialización de tableros de control** para analizar los ingresos mensuales por asegurador y por servicio, así como para el análisis de la ejecución presupuestal mensual y acumulada al año.



Imagen: Tableros de control información ingresos / Fuente: Coordinación de costos y presupuestos

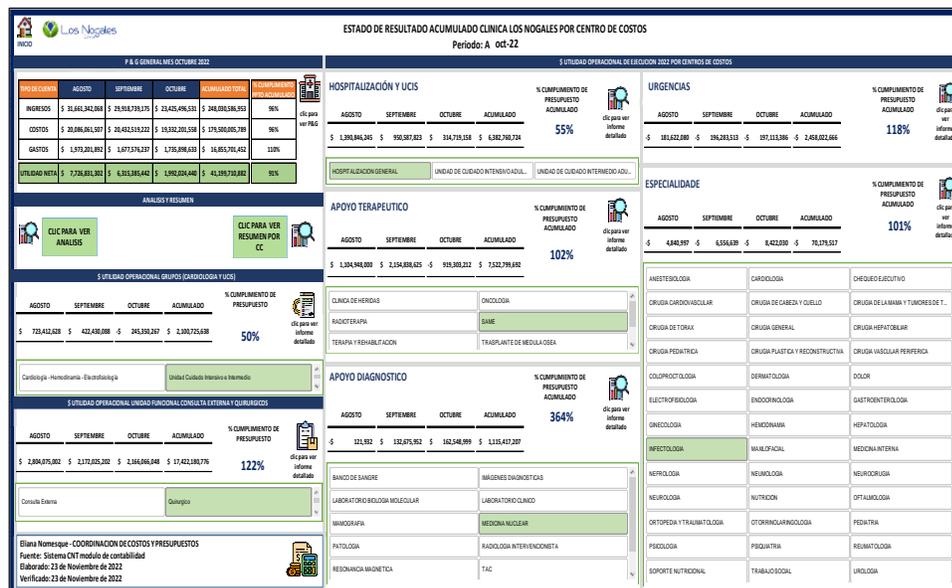


Imagen: Tableros de control información ingresos / Fuente: Coordinación de costos y presupuestos



**Retroalimentación continua a los servicios de la clínica de su cumplimiento de metas de productividad y presupuestales, para generar estrategias de cumplimiento.**



Imagen: Evidencia instructivos del área / Fuente: Coordinación de costos y presupuestos



**Realización de instructivos del área** y apoyo en la creación de videos tutoriales sobre la elaboración de las siguientes actividades del área, lo que permite conservar el conocimiento, agilizar el entrenamiento y facilitar los cambios de personal.



**INFORME DE CONSOLIDADO DE INGRESOS**

Código:

Versión: 1

Fecha de aprobación

Página 2 de 19

2. Aparece el siguiente recuadro "Informe por centro de costo mensual/Acumulado" el cual se llenara de la siguiente manera:

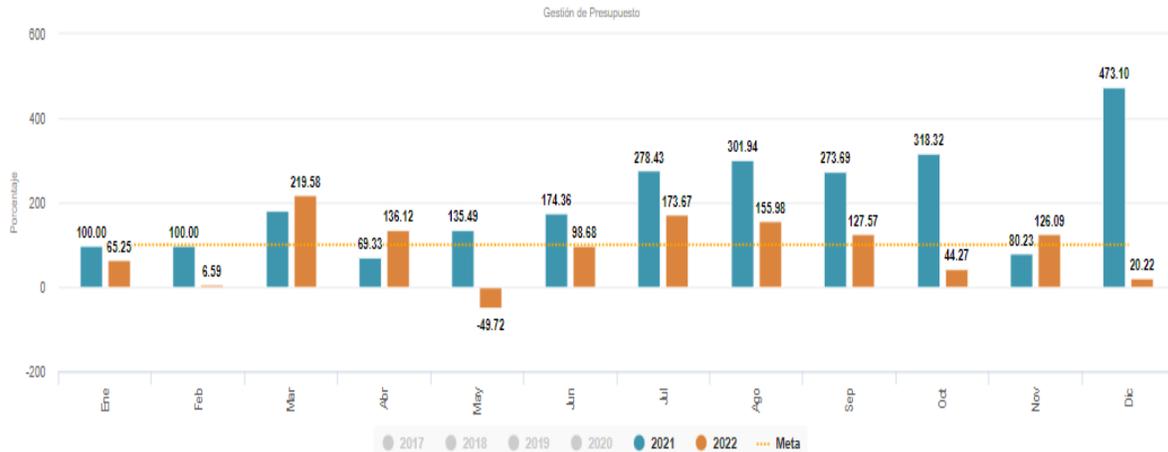
- Se coloca el mes de acuerdo al que vayamos a realizar.
- Como se tendrán en cuenta solamente los ingresos, se colocara como cuenta inicial 41 y en cuenta final 410109999, esto es para que tome la última cuenta de la última unidad funcional incluyendo las glosas y las actividades de docencia.

Imagen: Evidencia instructivos del área / Fuente: Coordinación de costos y presupuestos



# Indicadores

## ID – 429 Porcentaje de Cumplimiento a Presupuesto (Utilidad Neta)



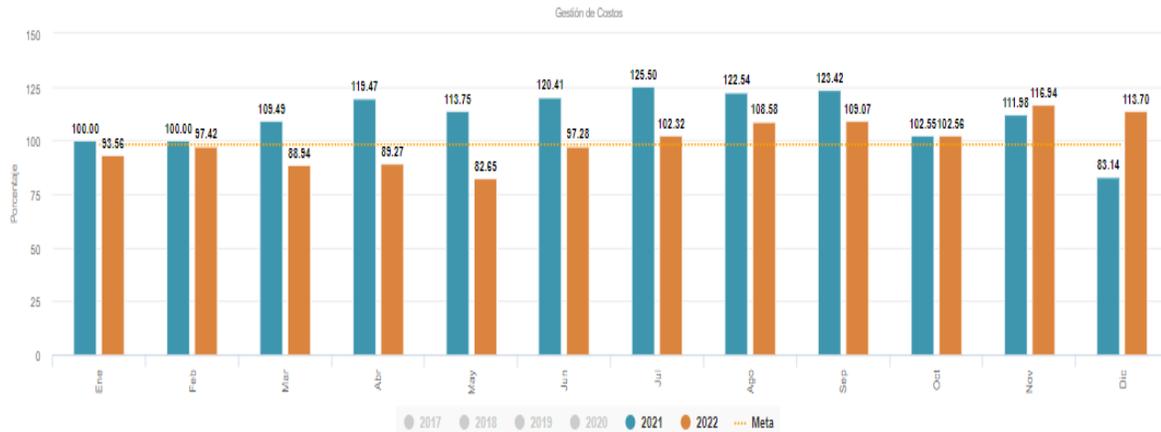
Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se obtuvo un cumplimiento acumulado del presupuesto de utilidad neta del 92%, principalmente no se cumplió la meta debido a que no se proyectó el impuesto a los activos fijos correspondiente a \$4.437 millones de pesos, lo que afectó los gastos en el mes de diciembre.

La Clínica Los Nogales en el mes de Mayo del 2022 ha generado un cumplimiento del 65% de la utilidad neta acumulada mensual frente a la meta establecida de \$19.679 millones de pesos, este indicador da cumplimiento al producto de la facturación pendiente por radicar de los procedimientos realizados durante el periodo de contingencia manual, dado como consecuencia del ataque cibernético del día 1 de mayo al Grupo Empresarial Salud Total, Virrey Solís IPS, Centro Policlínico del Olaya (CPO) y Clínica Los Nogales. Por lo tanto, se evidencia una pérdida en el mes de \$2.276 millones de pesos.



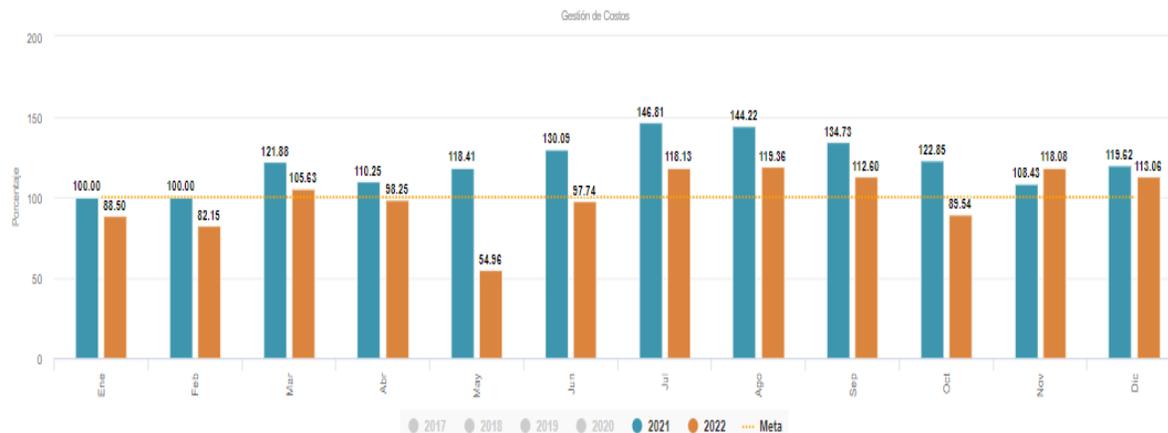
## ID – 256 Porcentaje de Ejecución de Presupuesto de Costos y Gastos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El porcentaje de ejecución de costos y gastos en el año fue del 100.23%, eso significa que la clínica costó 68 millones adicionales comparado con el presupuesto del año 2022. Y aunque hubo ahorros en el consumo de materiales y medicamentos, se presentaron más costos de honorarios médicos que compensaron lo proyectado.

## ID – 257 Porcentaje de Ejecución de Presupuestos de Ingresos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Los ingresos proyectados se ejecutaron al 100% pese a que algunos servicios como hospitalización no cumplieron. Otros servicios nuevos entraron a reemplazar la cuota proyectada, como es el caso del servicio de Radioterapia y Reumatología (Programa de Artritis Reumatoide). Los ingresos del año 2022 alcanzaron los \$308.345 millones de pesos, de los cuales el 40% corresponden a Apoyo Terapéutico, 23% Quirófanos, 18% Apoyos Diagnósticos, 17% Hospitalización, 2% Consulta Externa y 1% Urgencias.



## Proyectos 2023

- ☑ Estructurar el costo de la inversión y elaborar estudio financiero del proyecto de la Torre 3 de la Clínica, para la aprobación de la zona franca.
- ☑ Análisis de los laboratorios clínicos que actualmente realizan terceros para identificar la viabilidad financiera realizada en La Clínica Los Nogales.
- ☑ Actualización del costo y tarifas de los paquetes de prestación de servicios de la Clínica Los Nogales.
- ☑ Elaboración del estudio financiero y de contenidos para los paquetes de clínicas especializadas en los siguientes diagnósticos:
  - Psoriasis (Dermatología)
  - Memoria (Neurología)
  - Obesidad (Endocrinología)
  - Vértigo (Otorrinolaringología)
  - Tiroides (Endocrinología).
- ☑ Estudios de Factibilidad de Torre 3 y Torre 4.



Los Nogales  
Clínica



# Facturación y Cuentas Médicas

## Objetivo General



Asegurar la facturación de los servicios prestados por la Clínica los Nogales, que permita obtener los fondos suficientes para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, mediante el seguimiento y control del proceso de liquidación, facturación, auditoría y radicación de cuentas derivadas de la operación, dando cumplimiento a los indicadores establecidos.

## Líder Responsable

Sandra Milena Garzón Castro

## Principales Logros



**Cumplimiento al 100%** de las metas económicas de presupuesto establecido.



**Control del porcentaje de glosa** pre radicación, se mantiene inferior al 1%



**Auditoría de cuentas en pre-factura** para identificar oportunidades de mejora asistenciales, que apoyen la disminución en la generación y aceptación de glosas.



**Revisión administrativa de cuentas** en pre-factura para identificar oportunidades de mejora administrativas.



**Ejecutar reuniones interdisciplinarias** y acuerdos de servicio con las áreas involucradas en el proceso (admisiones, cajas, farmacia, convenios, asistencial).

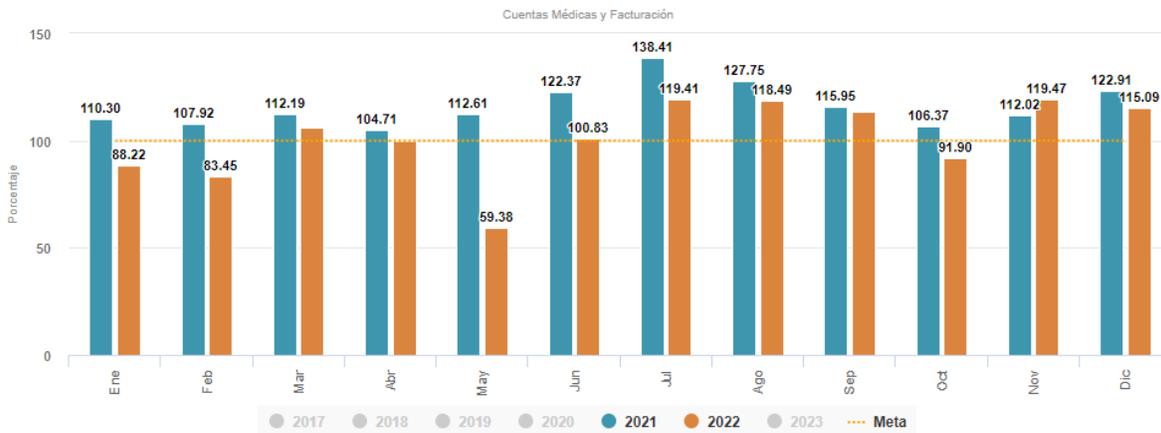


**Participación en comités primarios** asistenciales para socializar motivos frecuentes de glosas.



# Indicadores

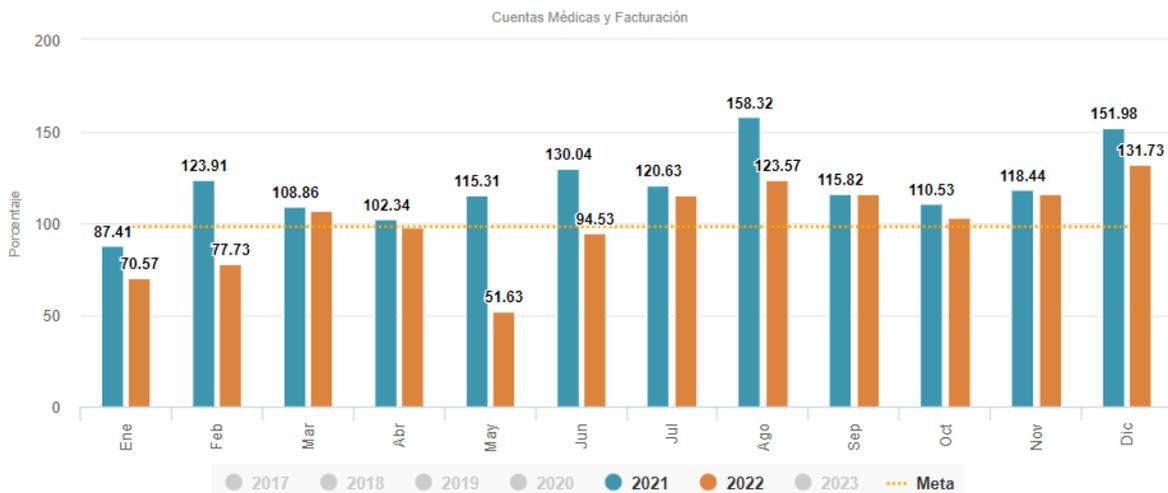
## ID – 252 Porcentaje de Cumplimiento en Meta de Facturación del 100% de los Ingresos



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el transcurso del año se presentan novedades que afectaron el adecuado desarrollo de los procesos y actividades: baja programación de cirugías en enero y febrero, las dificultades presentadas con la implementación de Salud IPS.

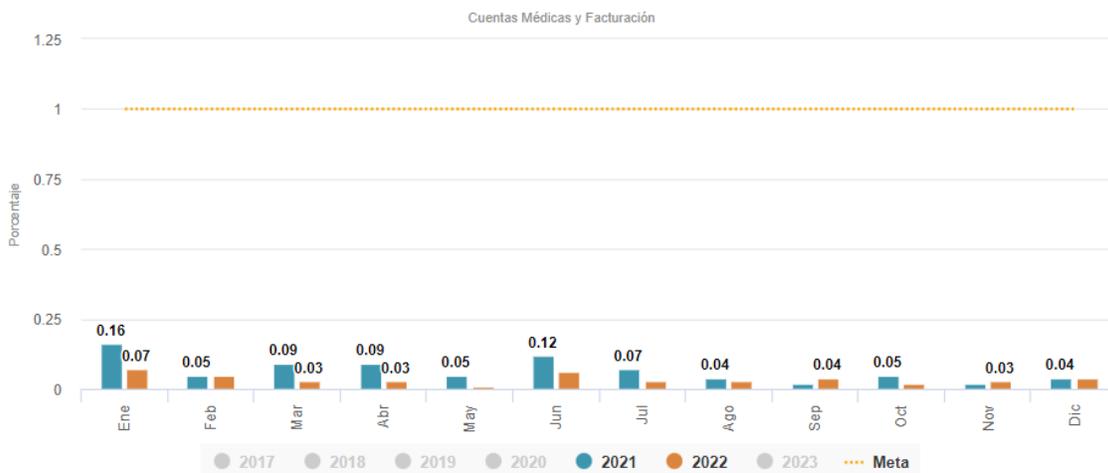
## ID – 253 Porcentaje de Cumplimiento en Radicación



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con las novedades presentadas se retrasa la radicación que impide el cumplimiento de la meta institucional en algunos meses. Se realiza barrido en busca de facturas mayores a 30 días desde su generación para radicación inmediata. Se cumple la meta a satisfacción.

## ID – 255 Porcentaje de Cumplimiento de Meta de Aceptación en Pre-Glosa por Asegurador

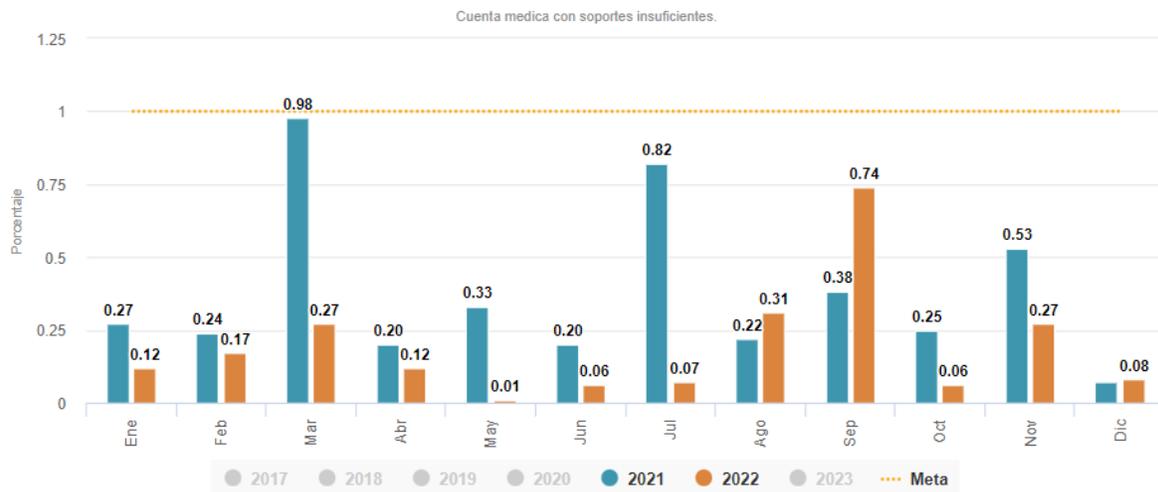


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se mantiene un porcentaje bajo de aceptación. Las actividades encaminadas a mejorar el proceso se llevan a cabo de manera sistemática. Se continúa realizando socialización de las diferentes causas de glosa al personal asistencial y se sigue participando en los comités primarios asistenciales. Se realiza reuniones de seguimiento con los auditores de los Aseguradores para evaluar principales hallazgos.



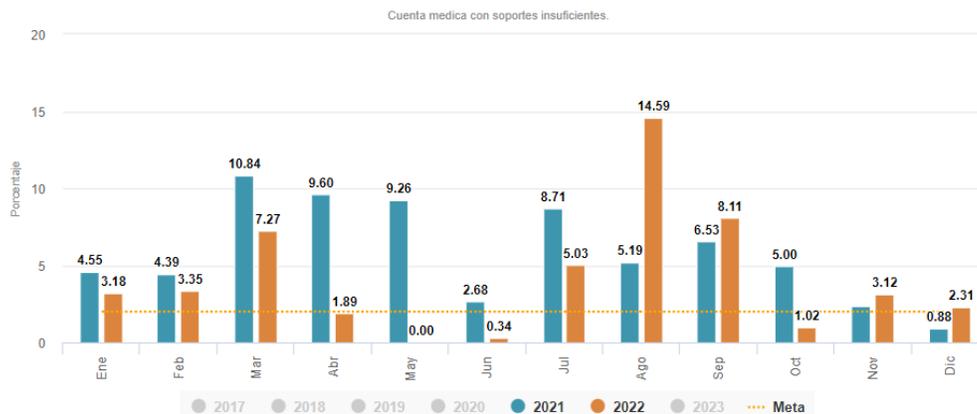
## ID – 255 Porcentaje de Cumplimiento de Meta de Aceptación en Pre-Glosa por Asegurador



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El porcentaje de glosa aceptada de la vigencia actual (año en curso) se mantiene bajo gracias al control y seguimiento de las cuentas en el proceso de pre radicación.

## ID – 341 Porcentaje Glosa Aceptada de Vigencias Anteriores

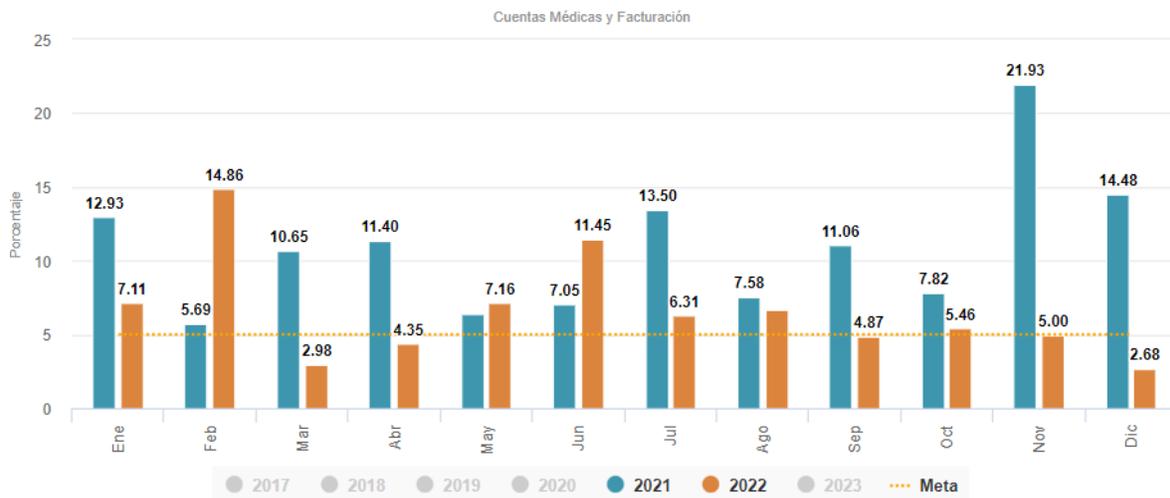


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Anteriormente no se contaba con el proceso que se estableció actualmente para poder generar una aceptación mayor, lo que generó que el proceso de los aseguradores no este actualizado y aun existan facturas con vigencias de años anteriores.



## ID – 254 Porcentaje de Cumplimiento en Meta de Devolución de Facturas



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se presentan devoluciones por causa correspondiente a la facturación de meses anteriores. La segunda causa es el error reflejado en plataforma de MIPRES en la que se identifican con dígitos de decimal separados por punto, la norma indica que solo se admite una coma. Esta novedad se presentó al equipo de tecnología para ajuste y corrección.



## Proyectos 2023

- ☑ Cumplimiento de Metas Económicas:  
\$343.277.497.704
- ☑ Facturación y manejo de los nuevos servicios como Radioterapia y Trasplantes (Torre II y III).
- ☑ Implementación de facturación y radicación electrónica.
- ☑ Fortalecer y Definir validación del trámite de las facturas con el proveedor tecnológico – MyFactura con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente.
- ☑ Implementación de Salud IPS – manejo paralelo con CNT.
- ☑ Cerrar progresivamente los pendientes del aplicativo CNT para dejar proceso saneado en Facturación y Radicación.
- ☑ Lograr el cierre anual y el respectivo paz y salvo con cada Asegurador.
- ☑ Continuar con el plan establecido para favorecer la disminución de generación y aceptación de glosas.



Los Nogales  
Clinica



# Cajas



## Objetivo General



Recaudar el dinero total correspondiente a los servicios prestados en la Clínica Los Nogales, minimizando el riesgo de pérdida y asegurando su custodia y control, de igual manera facturar y radicar los servicios prestados, garantizando oportunidad y veracidad en la información.

## Líder Responsable

Luisa Fernanda Torres Munza

## Principales Logros



**Se implementa entrega de facturas pacientes** punteadas y jaladas a crédito, verificadas por el radicador al finalizar el turno, esto con el fin de eliminar el pendiente por facturar, pasamos de tener 2.100 millones a 68 millones por facturar.



**Se realiza auditoria de las facturas a pacientes** de manera diaria con el fin de disminuir la glosa y devoluciones, con esto se logra resolver los problemas con las facturas de manera inmediata y no generando re-procesos en cierres de cajas por los copagos, dando inicio desde el mes de Septiembre 2022.



**Se aumenta la planta de cajeros** para garantizar una atención óptima y preferencial y así reducir los tiempos en facturación del servicio.



**Se aumenta la plata de cajeros en el área de radicación** para separar los procesos de Salud Total EPS y los de otras entidades, logrando así mejorar los tiempos de radicación y el pendiente.



**En conjunto con el grupo empresarial Salud Total** se elimina el soporte de las facturas, ya que estos se encuentran en sistema, mejorando considerablemente los tiempos en el proceso de radicación.



# Indicadores

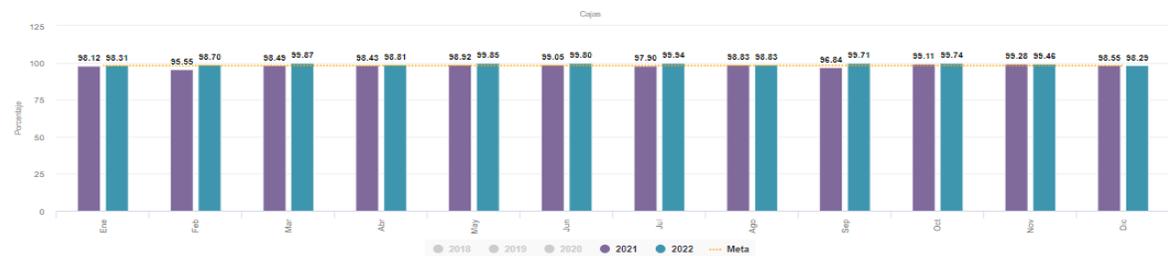
## ID – 318 Cumplimiento de la Facturación de los Servicios Ambulatorios



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Se evidencia una variable estable gracias al ingreso de nuevos cajeros y la implementación del sistema de entrega de facturas punteadas, con estas acciones se logra llegar a un punto de equilibrio y garantizar la facturación de todo lo prestado cada mes.

## ID – 319 Cumplimiento en Radicación en Ámbito Ambulatorio

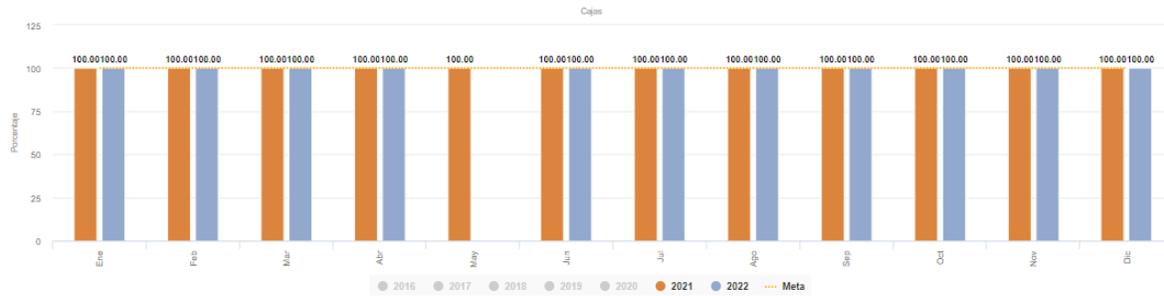


Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Con las mejoras en el proceso de facturación se logra el cumplimiento de la meta frente a la radicación a tiempo. Con la no generación de soporte de las cuentas de pacientes de Salud Total se reduce considerablemente tiempos en la gestión, logrando así un equilibrio en tiempo respecto a lo que se factura VS se radica.



## ID – 320 Porcentaje de Cumplimiento en la Realización de Consultas en Transacciones de Sarlaft



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

En el año 2022 se garantizó consultas en Listas restrictivas, listas vinculantes y PEPS, entre otros, logrando el 100% de las personas que realizaban transacciones superiores a 5 millones, de las cuales no se presentó ninguna novedad.



## Proyectos 2023

- ☑ Fortalecer una buena atención con calidad y eficiencia en la facturación ambulatoria.
- ☑ Disminución de tiempos en la generación de autorizaciones para entidades diferente a salud total, para así brindar una atención preferencial.
- ☑ Buscar la forma de identificar a los pacientes que pertenecen a plan complementario, medicina propagada y particulares para garantizar una atención preferencial.
- ☑ Mayor divulgación al momento de la creación de convenios y que servicios están contratados para así no generar demora en la facturación.



Los Nogales  
Clinica



# Cartera



## Objetivo General

Lograr la recuperación total y oportuna de las cuentas por cobrar generadas como retribución a los servicios prestados por Clínica Los Nogales a las diferentes entidades y a la población particular que acceda a nuestros servicios, esto con el fin de contar con los fondos suficientes para el cumplimiento de las diferentes obligaciones económicas de la institución.

## Líder Responsable

Carolina Fúquene Rodríguez

## Principales Logros



**Ejecución del plan operativo anual (POA)** indicando que las actividades llevadas a cabo en la recuperación de cartera permiten alcanzar las metas propuestas.



**El índice de cumplimiento de meta** de recaudo es favorable y el resultado se ve reflejado en un porcentaje acumulado superior del 100%



**El índice de rotación de cartera** se muestra estable con una leve disminución de días de rotación.



**El ciclo de ingresos** referente al porcentaje de recaudo se mantiene por encima del 100%, frente a la facturación radicada.



**Reporte mediante envío de correo electrónico** y oficios radicados en físico referentes a la circularización de cartera en los meses de enero, abril, julio y octubre.



**Ejecución de conciliaciones** y cruces de cartera con periodicidad mensual y trimestral conforme a cada entidad.



**Se da continuidad al monitoreo mensual** en conjunto con el área jurídica a las entidades en liquidación y con difícil cobro.



**Reporte de Circular 030 sin inconvenientes** ni solicitudes de validación y/o corrección de información por parte de las entidades.



# Indicadores

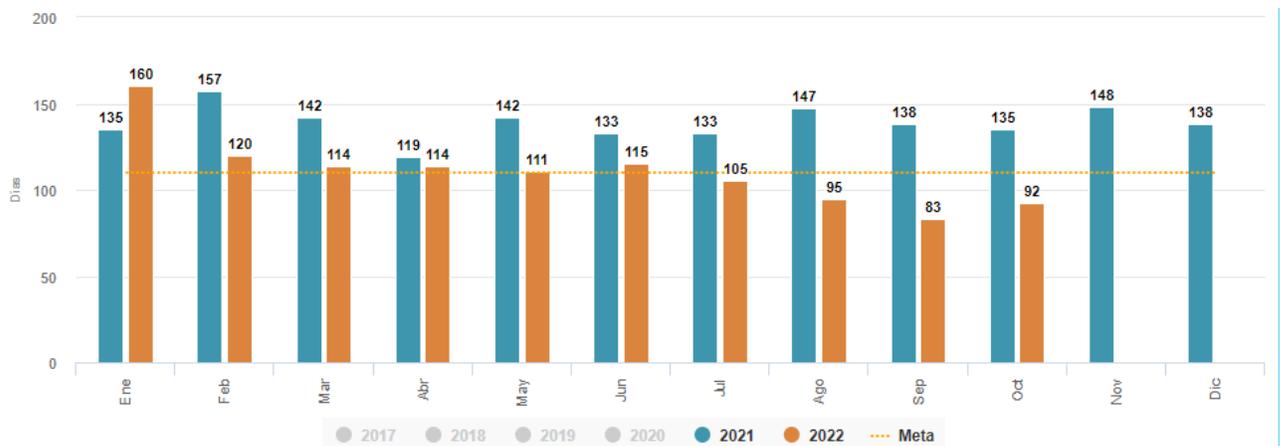
## ID – 536 Cumplimiento Meta de Recaudo



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El porcentaje de cumplimiento de meta de recaudo acumulado entre el año 2021 y 2022 presenta aumento, indicando que el resultado ha sido favorable manteniendo su ejecución acumulada por encima de la meta establecida. Meta: 100% - Acumulado: 107.7%

## ID – 372 Rotación de Cartera de Clientes



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El porcentaje de variación de los días de rotación de cartera entre el año 2021 y 2022, presenta una disminución debido a la ejecución de las estrategias de gestión



de cobro definidas en el plan operativo anual (POA). Meta: 110 días - Acumulado de 111 días.

## Proyectos 2023

- ☑ Disminuir los días de rotación de cartera con la realización de cruces de cartera más efectivos y de manera continua.
- ☑ Cumplir con la meta de recaudo mensual establecida, mediante una efectiva gestión de cobro.
- ☑ Disminuir la cartera superior a 90 días, mediante el seguimiento a entidades de difícil cobro y/o en proceso jurídico



Los Nogales  
Clinica



**Contabilidad**



## Líder Responsable

Nelson Andrés Barón Correa

## Principales logros



Los **ingresos operacionales** de la Clínica con corte a Diciembre 31 2022, crecieron en un **4.6%** con relación a los ingresos percibidos el mismo corte del año 2021.



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA



**Los ingresos provenientes de la prestación de servicios** en las diferentes unidades funcionales mostraron las siguientes variaciones frente a 2021 especialmente en las siguientes:



**Apoyo terapéutico** con un incremento del 21.36%, derivado principalmente de los servicios de Oncología, Radioterapia Torre II que inicio operación en enero 2022, Electrofisiología, Hemodinamia, cirugía vascular periférica y aplicación de medicamentos (SAME).



**Quirófanos y salas de cirugía** incremento en 17.67%, derivado principalmente por el mayor volumen de procedimientos quirúrgicos realizados con respecto al 2021.



**Urgencias**, mantiene ingresos estables en relación con 2021 incrementando en 0.66% generado especialmente en las unidades de Observación y medicamentos e insumos.



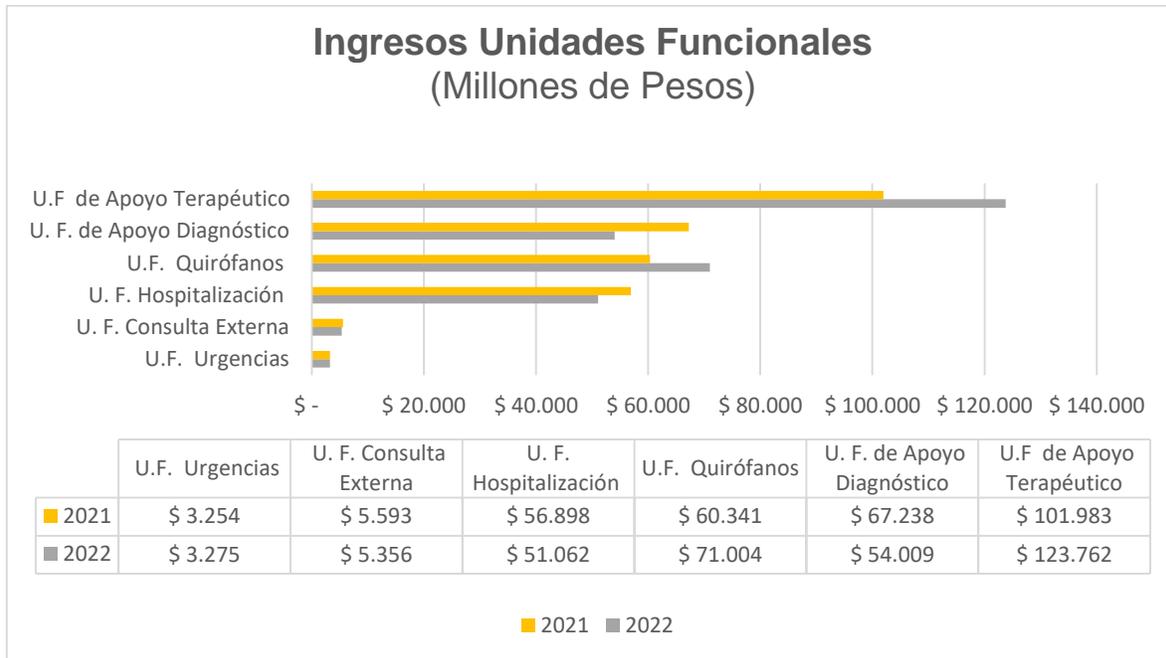
**Apoyo diagnóstico**, disminuye los ingresos en 19.68%, originado principalmente por el menor volumen del servicio de laboratorio clínico en pruebas moleculares el cual en 2021 generó ingresos importantes derivados de las pruebas COVID 19 que para el año 2022 no se realizaron. Los demás servicios diagnóstico mantienen estable sus ingresos.



**Hospitalización**, disminuye los ingresos en 10.26%, generado especialmente en las unidades de cuidados intensivos e intermedios que disminuyen en 38.8% con respecto a 2021. Los ingresos de hospitalización general aumentan en 21.0%.

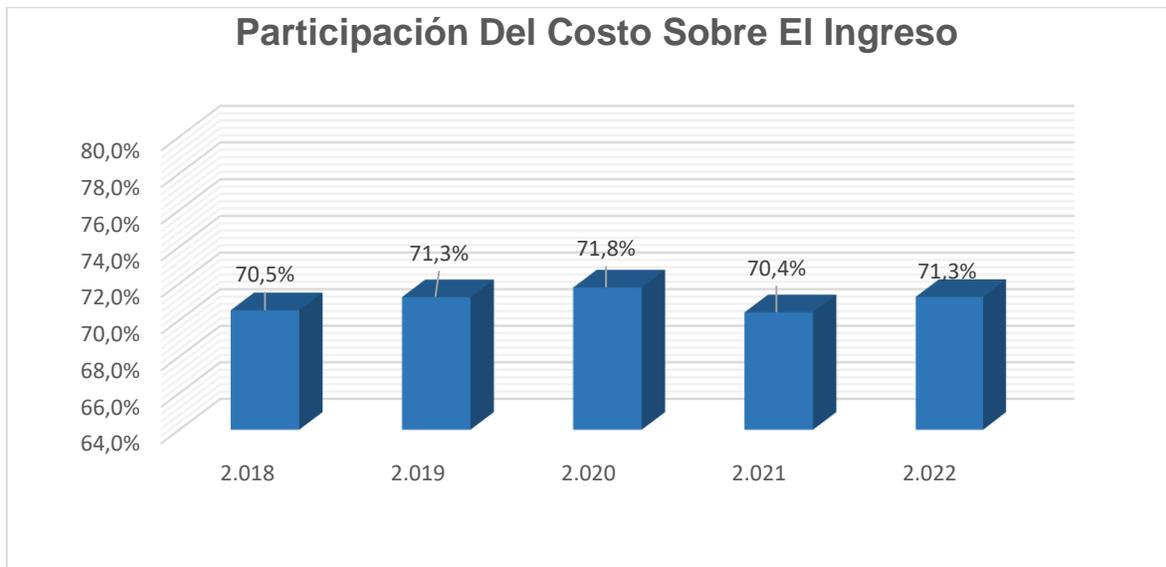


**Consulta Externa** genero disminución en los ingresos en 4.23% con respecto a 2021.



Gráfica: Ingresos unidades funcionales / Fuente: Coordinación de Contabilidad

## Costos por Atención en Salud



Gráfica: Participación del costo sobre el ingreso / Fuente: Coordinación de Contabilidad

A diciembre del año 2022 se registraron costos por atención en salud por valor de **\$ 219.752** millones lo cual significó un incremento frente a 2021 de 0.8% puntos porcentuales en su relación sobre los ingresos operacionales.

En general, el costo presenta un incremento del **5.8%**, en relación con los ingresos operacionales que incrementaron 4.6% incrementa 1.2%.

La principal variación en los costos frente a 2021 corresponde a depreciación de activos fijos con incremento del 39% por la entrada en uso de equipo Médico (acelerador lineal), mantenimiento y reparaciones con incremento del 36% y honorarios médicos con incremento el 20%.

## Detalle de los Costos

<b>Costos de Operación (en millones de pesos)</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>variación</b>	<b>%</b>
Medicamentos, insumos y materiales	\$ 125,892	\$ 122,501	\$ (3,391)	-3%
Honorarios Médicos	\$ 40,443	\$ 48,372	\$ 7,929	20%
Costos de Personal	\$ 26,435	\$ 30,407	\$ 3,972	15%
Mantenimiento, Reparaciones y adecuaciones	\$ 1,973	\$ 2,688	\$ 715	36%
Servicios	\$ 8,721	\$ 10,255	\$ 1,534	18%
Depreciaciones	\$ 3,127	\$ 4,341	\$ 1,214	39%
Otros	\$ 1,080	\$ 1,188	\$ 108	10%
<b>total</b>	<b>\$ 207,671</b>	<b>\$ 219,752</b>	<b>\$ 12,081</b>	<b>5.8%</b>

Tabla: Detalle de los costos de Operación Atención en Salud / Fuente: Coordinación de Contabilidad

## Gastos de Administración

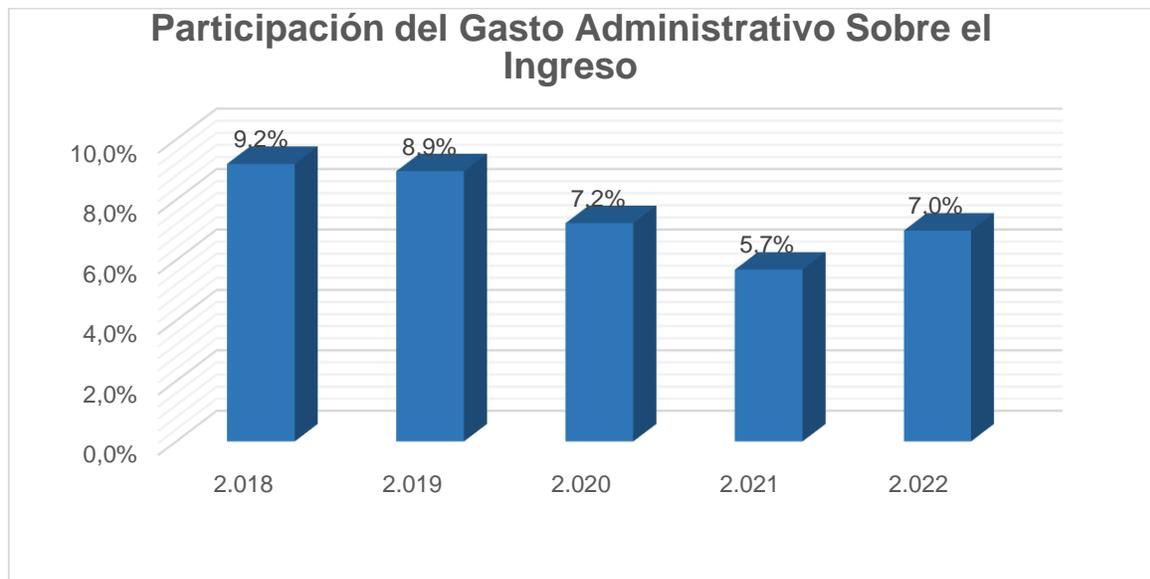


Tabla: Costos de Operación / Fuente: Coordinación de Contabilidad

A diciembre del año 2022 el gasto administrativo registro valor por **\$ 21.520** millones lo cual significó un incremento frente a 2021 de 1.3% puntos porcentuales en su relación sobre los ingresos operacionales

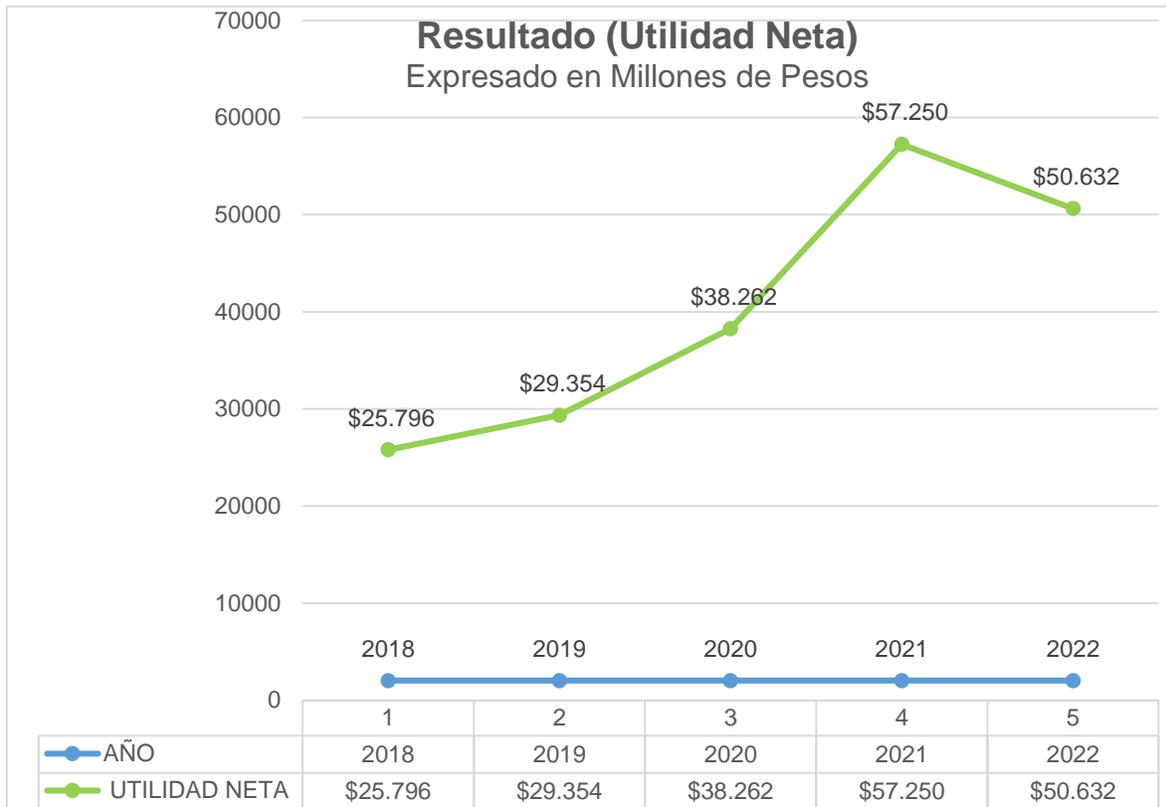
El general el gasto administrativo presenta un incremento del **28.3 %** con relación al mismo periodo de año anterior, obedeciendo especialmente a los gastos derivados por las provisiones por deterioro de cartera y Litigios y demandas registradas según políticas de deterioro. Mantenimiento, reparaciones y adecuaciones presenta un incremento del 45% derivado al fortalecimiento de la infraestructura de comunicaciones y adecuaciones y pintura torre 1 y 2 Servicios presenta incremento del 36% derivado principalmente por incremento en servicio de vigilancia, aseo, gas, y energía eléctrica.

<b>Gastos de Administración (en millones de pesos)</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>variación</b>	<b>%</b>
Gasto de Personal	\$ 8,018	\$ 9,905	\$ 1,887	24%
Mantenimiento, Reparaciones y adecuaciones	\$ 1,504	\$ 2,187	\$ 683	45%
Servicios	\$ 1,466	\$ 1,995	\$ 529	36%
Honorarios	\$ 1,760	\$ 2,184	\$ 424	24%
Depreciaciones	\$ 971	\$ 1,214	\$ 243	25%
Otros, Diversos	\$ 1,816	\$ 2,478	\$ 662	36%
Prov. Deterioro de cartera	\$ 56	\$ 289	\$ 233	416%
Prov. Litigios y demandas	\$ 3	\$ -	\$ (3)	-100%
Otros Impuestos distintos de las ganancias	\$ 1,175	\$ 1,268	\$ 93	8%
<b>total</b>	<b>\$ 16,769</b>	<b>\$ 21,520</b>	<b>\$ 4,751</b>	<b>28.3%</b>

Tabla: Detalle Gastos de Administración / Fuente: Coordinación de Contabilidad

## Resultado de Operación Año 2022

El resultado neto en la operación año 2022, alcanzó una utilidad de **\$50.632** millones con una disminución del 11.6% respecto al mismo periodo al año anterior. Frente a los ingresos totales la utilidad neta representa un 16.4%.



Gráfica: Resultado (Utilidad Neta) / Fuente: Coordinación de Contabilidad

## Sobre el Estado de Situación Financiera



Gráfica: Resultado (Utilidad Neta) / Fuente: Coordinación de Contabilidad



A diciembre 31 de 2022 los activos totales ascendieron a \$289.154 millones, frente al cierre año anterior representa una disminución del 13.6%

	A Dic 2021	A Dic 2022	Variacion %
Activo Corriente	\$ 156,502	\$ 92,801	-40.7%
Activo No Corriente	\$ 178,081	\$ 196,353	10.3%
<b>TOTAL ACTIVOS</b>	<b>\$ 334,583</b>	<b>\$ 289,154</b>	<b>-13.6%</b>

Tabla: Variación estado situación financiera / Fuente: Coordinación de Contabilidad

### La Variación en el Activo Corriente se Explica Principalmente por:

Los deudores comerciales pasaron \$113.363 a \$65.476 millones en 2022, disminuyendo en \$47.887 millones generado por comportamiento en el recaudo de cartera lo cual se refleja en los días promedio de cobro, pasando de 138 días a 69.12 días de rotación de cartera. El efectivo y equivalentes de efectivo pasó de \$21.807 millones a \$8.174 millones en 2022 disminuyendo en \$13.633 millones.

Los activos no corrientes presentan incremento, pasando de \$178.081 millones año 2021 a \$196.353 millones en 2022 incrementando en \$18.272 millones. Especialmente en la cuenta de propiedad planta y equipo durante el año 2022 se terminó la construcción de la torre 2 y se adquirieron dos casas sobre la autopista por valor de \$19.731 Millones.



Gráfica: Pasivos totales / Fuente: Coordinación de Contabilidad

A Diciembre 31 de 2022 los pasivos totales ascendieron a \$115.180 millones representando un incremento del 33.3% respecto al cierre del año anterior.

	A Dic 31 2021	A Dic 31 2022	Variacion %
Pasivo Corriente	\$ 77,052	\$ 61,849	-19.7%
Pasivo No Corriente	\$ 9,322	\$ 53,331	472.1%
<b>TOTAL PASIVOS</b>	<b>\$ 86,374</b>	<b>\$ 115,180</b>	<b>33.3%</b>

Tabla: Variación pasivos totales / Fuente: Coordinación de Contabilidad

La disminución en el pasivo corriente en el año 2022 se genera por el pago de las obligaciones financieras de corto plazo disminuyendo en \$9.288 millones, por la disminución de las cuentas por pagar a proveedores y otros costos y gastos y servicios disminuyendo en \$9.862 Millones. Lo anterior relacionado con el mayor recaudo de cartera, lo cual género mayor flujo de caja requerido para el pago y cumplimiento de estas obligaciones.

El pasivo no corriente presenta un incremento de \$44.009 Millones, se presenta principalmente por Dividendos decretados pendientes de pago a los accionistas y por actualización cálculo impuesto diferido por pagar, el cual aumenta en \$4.393 Millones derivado por el incremento en las tarifas de impuestos establecidos en la última reforma tributaria.

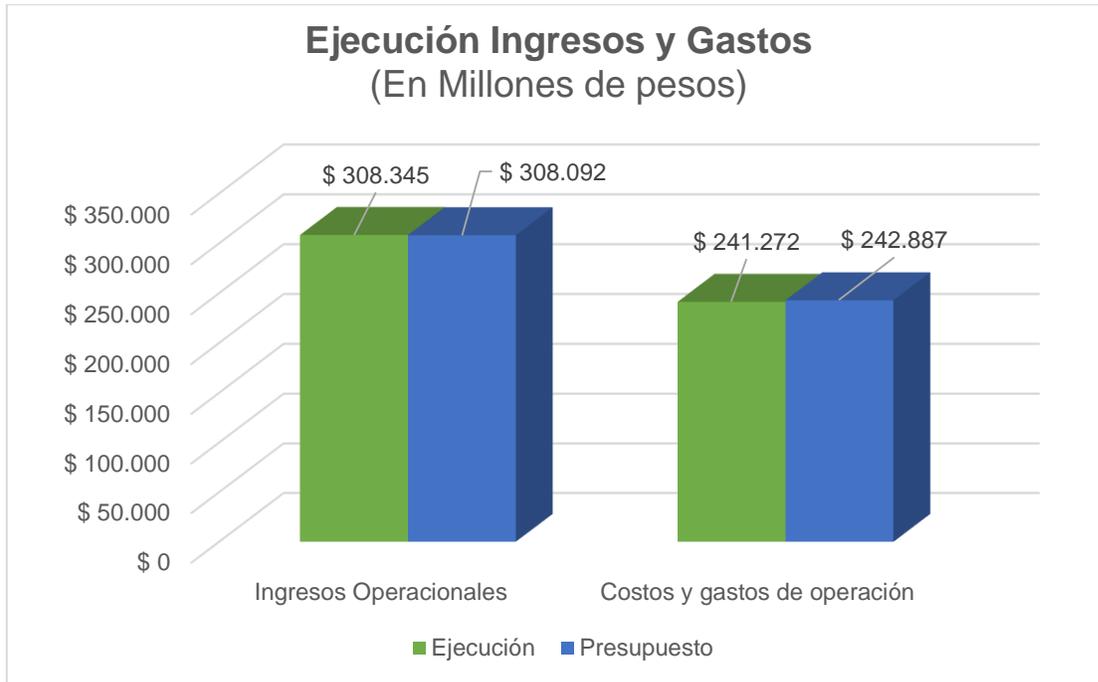
Los principales indicadores financieros muestran el siguiente resultado:

INDICE	FORMULA	2018	2019	2020	2021	2022
RAZON DE LIQUIDEZ	Activo Corriente/Pasivo Corriente	1.24	1.72	2.05	2.03	1.50
SOLIDEZ	Activo Total/Pasivo Total	2.93	3.37	4.34	3.87	2.51
RENDIMIENTO DE CAPITAL	Utilidad (o perdida)Neta/Capital Pagado	1.78	2.02	2.64	3.95	3.49
RAZON DE ENDEUDAMIENTO	Pasivo Total/Activo Total	34%	30%	23%	26%	40%
MARGEN OPERACIONAL	Utilidad Operacional/Ventas	20.3%	19.8%	21.0%	23.9%	21.8%
MARGEN NETO	Utilidad Neta/ Ventas	15.5%	14.0%	16.6%	19.4%	16.4%
EBITDA (en millones\$)	Utilidad+(intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones)	39,554	50,319	55,806	78,156	76,021
MARGEN EBITDA	Utilidad+(intereses, impuestos, depreciaciones y amortiza.)/ventas	23.8%	23.9%	24.3%	26.5%	24.7%

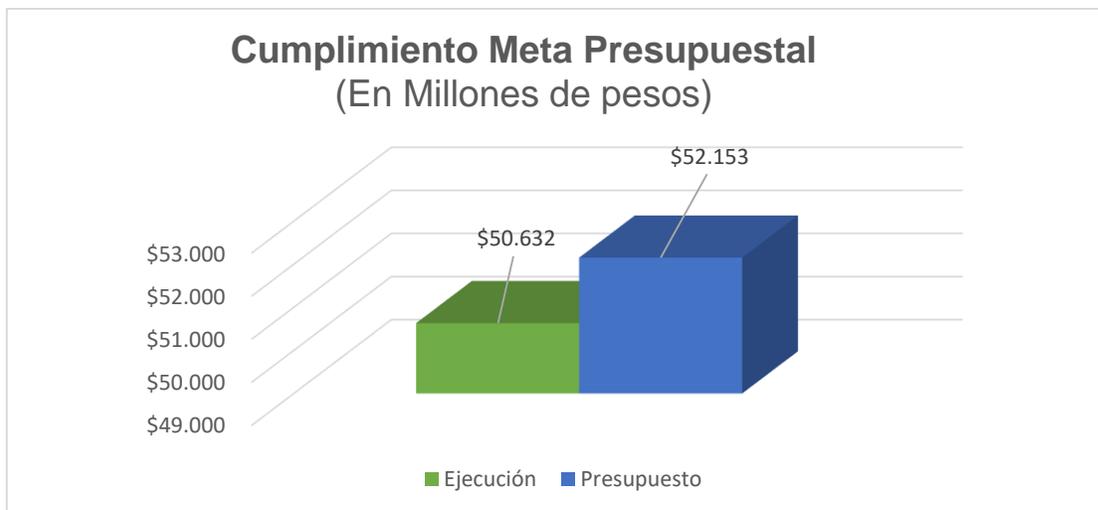
Tabla: Principales indicadores financieros / Fuente: Coordinación de Contabilidad



## Ejecución Presupuestal



Gráfica: Ejecución Ingresos y Gastos / Fuente: Coordinación de Contabilidad



Gráfica: Cumplimiento Meta Presupuestal / Fuente: Coordinación de Contabilidad



Los ingresos por prestación de servicios se encuentran en línea frente al presupuesto, presentan una sobre ejecución de \$253 millones, con un cumplimiento del 100,1% frente a los proyectados, siendo especialmente la unidad funcional de apoyo terapéutico, los Servicios de Oncología, Servicio de Aplicación de Medicamentos Especiales (SAME) y Radioterapia, los que mayor aporte hacen al resultado, seguido por Quirófano y apoyo diagnósticos.

Asimismo, el valor ejecutado de la glosa es menor frente al proyectado teniendo al corte diciembre 31 2022 una aceptación de glosa del 0,11% frente al 0.5% presupuestado.

Los costos y gastos presentan menor valor ejecutado frente al presupuesto en \$1.615 millones, con un cumplimiento del 99.3%.

Los costos de los medicamentos, insumos a pacientes, representan corte diciembre 31 2022, una disminución con respecto al presupuesto en \$5.626 Millones con cumplimiento del 95.6%, los costos y gastos por depreciaciones representan una disminución frente al presupuesto en \$1.251 Millones representado una ejecución del 81.6%. Los rubros servicios, impuestos distintos a las ganancias y seguros reflejan una disminución respecto a lo presupuestado.

Los costos de Honorarios Médicos representan una sobre ejecución de \$4.671 millones con cumplimiento del 110.7%. Los gastos Diversos, Mantenimiento, Otros Honorarios reflejan una sobre ejecución frente al presupuesto. Los costos y gastos de personal se encuentran en línea frente al presupuesto con cumplimiento del 100.5%.

El cálculo del impuesto diferido, generó una sobre ejecución de \$4.838Millones, derivado principalmente por el cambio de tarifas impositivas establecidas en la última Reforma Tributaria Ley 2277 de 2022.

El Impuesto de renta corriente se encuentra en línea frente al presupuesto con cumplimiento del 100.3%.

Corte diciembre 31 2022, se obtiene un cumplimiento en la meta presupuestal del 97.1%.



## EJECUCION PRESUPUESTO 2022

Cifras en Miles de pesos.

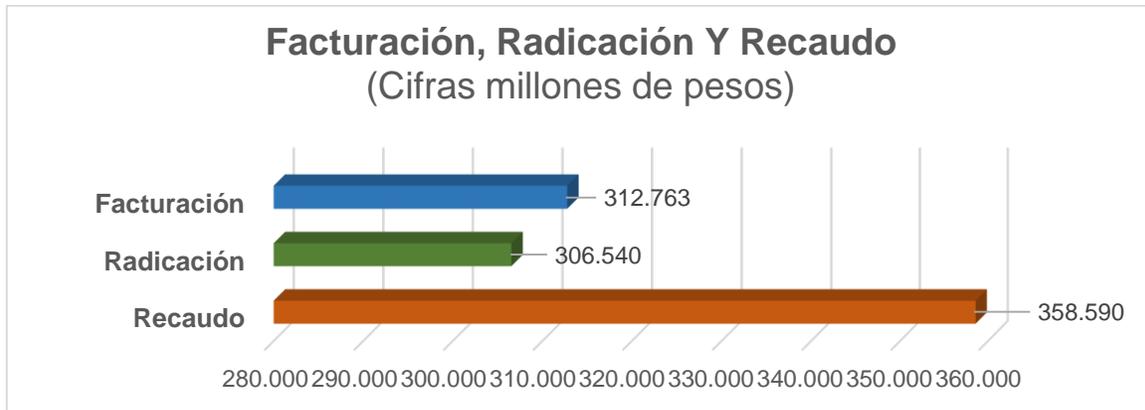
Ingresos Operacionales	Acumulado 2021	%	Acumulado 2022	%	Acumulado Ppto 2022	%	Cumplimiento Presupuesto	(%)
Ingresos de las actividades de Salud	295,306,739		308,468,395		309,561,282		-1,092,887	99.6%
Glosas aceptadas ( - )	-448,164	-0.15%	-330,160	-0.11%	-1,412,790	-0.5%	1,082,630	23.4%
Ingresos Otras Actividades de Salud Docencia-servicios	41,158		207,013		-56,416		263,429	-366.9%
<b>Ingresos Operacionales de las actividades ordinarias</b>	<b>294,899,732</b>	<b>100.0%</b>	<b>308,345,248</b>	<b>100.0%</b>	<b>308,092,075</b>	<b>100%</b>	<b>253,172</b>	<b>100.1%</b>
<b>Costos y Gastos Operacionales</b>								
Medicamentos, insumos y suminist. a pacientes	125,942,088	42.7%	122,902,207	39.9%	128,527,854	41.7%	-5,625,647	95.6%
Honorarios Médicos	40,443,036	13.7%	48,371,977	15.7%	43,701,319	14.2%	4,670,658	110.7%
Personal	34,453,657	11.7%	40,312,118	13.1%	40,112,746	13.0%	199,372	100.5%
Servicios	10,185,372	3.5%	12,243,860	4.0%	12,771,311	4.1%	-527,451	95.9%
Depreciaciones	4,097,765	1.4%	5,554,937	1.8%	6,805,529	2.2%	-1,250,592	81.6%
Mantenimiento, Reparaciones y accesorios	3,477,002	1.2%	4,874,961	1.6%	4,104,538	1.3%	770,423	118.8%
Diversos	2,481,136	0.8%	2,853,617	0.9%	2,161,096	0.7%	692,521	132.0%
Otros Honorarios	1,883,268	0.6%	2,319,615	0.8%	2,154,746	0.7%	164,869	107.7%
Impuestos distintos de las ganancias	1,175,228	0.4%	1,268,192	0.4%	1,860,067	0.6%	-591,875	68.2%
Seguros	242,676	0.1%	281,764	0.1%	396,900	0.1%	-115,136	71.0%
<b>Total Costos por Atención en salud y Gastos de Admon</b>	<b>224,440,318</b>	<b>76.1%</b>	<b>243,455,807</b>	<b>79.0%</b>	<b>242,887,106</b>	<b>78.8%</b>	<b>568,701</b>	<b>100.2%</b>
<b>Utilidad (Pérdida) Operacional</b>	<b>70,459,414</b>	<b>23.9%</b>	<b>64,889,441</b>	<b>21.0%</b>	<b>65,204,969</b>	<b>21.2%</b>	<b>-315,529</b>	<b>99.5%</b>
	0							
(+) Otros Ingresos de Operación	3,253,893	1.1%	2,813,575	0.9%	2,063,748	0.7%	749,827	136.3%
(-) Otros Egresos (Gastos Financieros)	1,942,582	0.7%	2,494,630	0.8%	2,077,539	0.7%	417,091	120.1%
<b>Utilidad ( Pérdida ) Antes de Impuestos</b>	<b>71,770,725</b>	<b>24.3%</b>	<b>65,208,385</b>	<b>21.1%</b>	<b>65,191,178</b>	<b>21.2%</b>	<b>17,207</b>	<b>100.0%</b>
PROVISION IMPUESTO RENTA CORRIENTE	14,128,839		13,078,497		13,038,236		40,261	100.3%
CALCULO IMPUESTO DIFERIDO	392,022		4,170,253		0		4,170,253	-100.0%
<b>UTILIDAD NETA</b>	<b>57,249,863</b>	<b>19.4%</b>	<b>47,959,635</b>	<b>15.6%</b>	<b>52,152,942</b>	<b>16.9%</b>	<b>-4,193,307</b>	<b>92.0%</b>

Tabla: Ejecución Presupuesto 2022 / Fuente: Coordinación de Contabilidad.

## Ciclo de Ingresos (Facturación, Radicación y Recaudo)

En 2022, la facturación fue del 101.5% frente al presupuesto de ingresos proyectado.

Una radicación del 98.0% respecto a lo facturado y un recaudo del 117.0% frente a la radicación.



### Operaciones celebradas con Socios y Administradores

Se informa que, a diciembre 31 de 2022, se realizaron operaciones con Administradores relacionadas a continuación:

Cifras en miles de pesos

Administradores	Clase de Operación	Valor
Dirección General	Préstamo	\$200.000
	Intereses recibidos	\$6,097
	Préstamo	

**Tabla:** Información Operaciones Administradores / Fuente: Coordinación de Contabilidad.



Los Nogales  
Clínica

# CLAUSURA 2022



CONSTRUYENDO FUTURO



Los Nogales

Medicall



Trabajamos para ayudarte a edificar tus sueños

**\$12'500.000**

Doce millones quinientos mil pesos

FELICITACIONES



14 DE DICIEMBRE 2022

## Talento Humano



## Objetivo General

Garantizar un recurso Humano competente, motivado y productivo mediante estrategias que permitan el desarrollo personal y profesional, orientado a lograr los objetivos organizacionales.



## Líder Responsable

Sirley Hernández Guaqueta

## Principales Logros



**Vinculación de 525 colaboradores alineado al crecimiento** de la UEN garantizando el ajuste al perfil y el cubrimiento de la planta de personal.



**Recertificación como empresa familiarmente responsable** y consolidación del modelo.



**Implementación de la evaluación de competencias**, habilidades y conocimiento técnico por medio de Evaluatest como herramienta de inteligencia artificial orientado a impactar los indicadores de rotación y efectividad en el proceso.



**Aseguramiento del 100% de la documentación** y antecedentes necesarios para el personal contratado cumpliendo con todas las normas de habilitación y acreditación en salud.



**Cambio de modalidad de contratación de 430 colaboradores** que pasaron de contratos obra o labor y termino fijo a Contratos a término indefinido



**Gestión de clima organizacional** cobertura del 92% de todos los colaboradores habilitados para responder la encuesta.



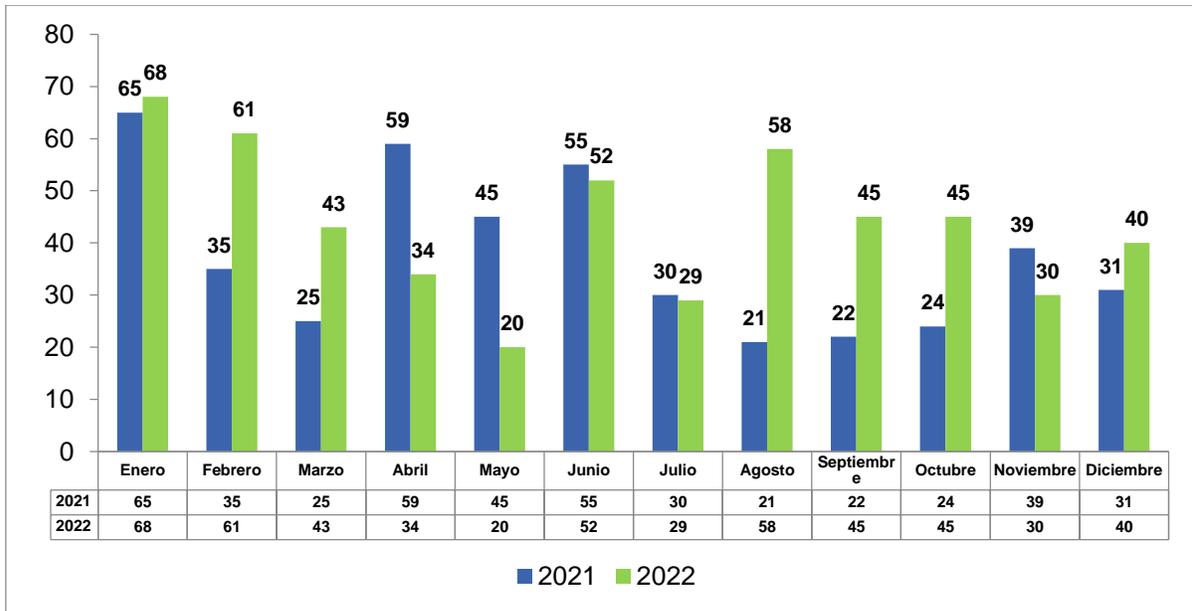
**Institucionalización de la feria de beneficios**, se consolida la feria semestral con presencia de los proveedores generando más de 15 millones de pesos por día en colocación de beneficios para los colaboradores.



# Indicadores

## Planta de personal

Vinculación de 525 colaboradores nuevos distribuidos por mes.



Gráfica: Vinculación de Personal / Fuente: Coordinación de Talento Humano

## ID – 247 Rotación de Personal



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

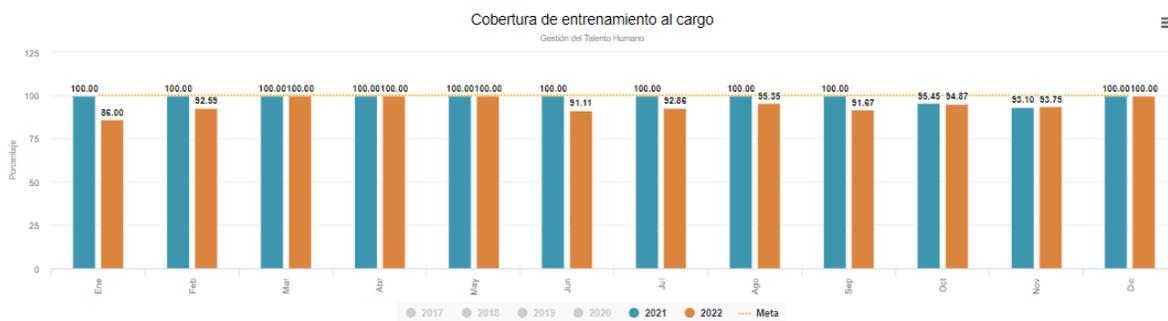
Con respecto a la rotación, se evidencia en la gráfica que se establece entre el 2021 y el 2022 un aumento en el número de retiros. Cifras como el 3.48% en el índice promedio mensual de rotación para 2022, comparado con el 3,33% obtenido en el resultado del año 2021, evidencian un aumento de 0,15 puntos porcentuales, y una tendencia negativa de acuerdo con la naturaleza del indicador. Por lo que se hace necesario un plan de intervención inmediata.

### ID - 249 Cobertura Inducción Institucional



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

### ID – 250 Cobertura de Entrenamiento al Cargo



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

Como objetivo de este indicador se tiene “brindar espacios necesarios para la divulgación del direccionamiento estratégico, la política de calidad y la cultura de Humanización de Clínica los Nogales, con el fin de preparar a los nuevos colaboradores y facilitar su desempeño organizacional”.

De acuerdo con la gráfica relacionada anteriormente, se puede observar que durante el año 2022 se tuvo variaciones en el puntaje del indicador, reflejando los desafíos enfrentados durante el año debido al alto volumen de trabajo ocasionado por la contingencia tecnológica enfrentada a nivel institucional.

## ID – 251 Cumplimiento al Plan de Formación



Fuente: Sistema de Gestión ALMERA

El Plan de capacitación cuenta con el diseño, desarrollo, implementación y medición al cumplimiento del Plan de Capacitación, enfocado para sus colaboradores en las tres líneas que son Proceso, en persona y en las actividades de formación propias de la organización.

Para el año 2021 se tuvo un 97% de cumplimiento del plan de formación respecto al 2022 que fue del 98% mostrando una mejora en el indicador.

En el siguiente cuadro se evidencia los temas más relevantes que se realizaron por mes:

Mes	Temas Más Relevantes	Número Capacitaciones Por Mes	Modalidad
Enero	Manejo de dolor y bombas de PCA, Agentes de cambio – comunicación asertiva, Manejo integral de apósitos liberadores de presión y Abordaje de paciente con dolor abdominal en urgencias	10	8 virtuales 2 presenciales



<b>Febrero</b>	Corrección de errores en facturación, Taller manejo anomalías en citología anal en personas que viven con VIH, Manejo De Heridas Infecciosas – Cuidados De Enfermería, Legalidad Y Riesgos Médico –Legales En Enfermería, Electrocardiograma – Cardio- Desfibrilador, Seguridad Del Paciente y Cuidados Con Drenaje Torácico	17	12 virtuales 5 presenciales
<b>Marzo</b>	Terapia Intravascular segura, Buenas prácticas de manufactura, conversatorio de Neutropenia febril, Manipulación y traslado de oxígeno.	15	3 virtuales 12 presenciales
<b>Abril</b>	Extravasación de Quimioterapia, Biomédicos buen manejo del desfibrilador, tipos y uso, Prevención de flebitis Química, Humanización en el cuidado y Humildad, SPIRE - Bienestar y Felicidad, Hábitos De Vida Saludable (Nutrición) y Salud Mental Tips de Manejo para el Estrés	15	7 virtuales 8 presenciales
<b>Mayo</b>	Innovando en el Cuidado y Tratamiento en Enfermedad Oncológica, Lavado de manos, bioseguridad y aislamiento, actualización de RCP en el servicio de Rehabilitación, Gastroenterología, Hemodinamia, oncología, Actualización de RCP en el servicio de Rehabilitación, Gastroenterología y Hemodinamia, Oncología	9	9 presenciales
<b>Junio</b>	Buen manejo del desfibrilador, tipos, uso y taller práctico y Cuidados del paciente Posquirúrgico, Cirugía cardiovascular, Red de trasplante, Placas de electrobisturí, Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Congreso de actualización Neumología y DME específicamente en Levantamiento de cargas	20	20 presenciales



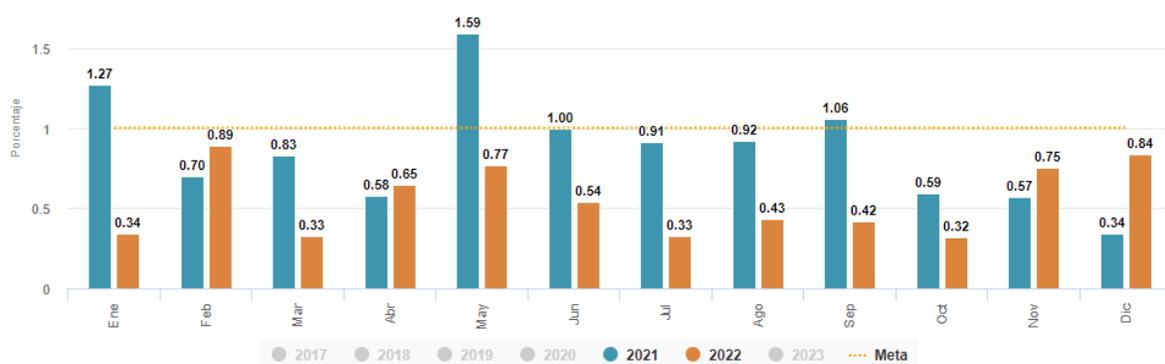
<b>Julio</b>	Apósitos SMITH NEPHEW liberadores de presión, 3M bombas de presión negativa, Osteomias y Drenes, Empatía y Protocolo de servicio, SPIRE Hospitalización, Curso de Atención y cuidado de enfermería al paciente oncológico y Curso de Cuidado integral al paciente de trasplante de medula ósea.	13	2 virtuales 11 presenciales
<b>Agosto</b>	Salud IPS Modelo Urgencias, Quimioterapias, Actualizaciones de medicamentos vía de Administración, Cambios de posición de pacientes y úlceras por presión, Implicaciones Legales Consentimiento Informado E Historia Clínica, Aspectos Ético Legales En Administración De Medicamentos y Manejo Integral De Películas De Accesos Vasculares	16	15 virtuales 1 presencial
<b>Septiembre</b>	Manejo de accesos venosos en quimioterapia, Manejo y manipulación de quimioterapias y transporte, Administración segura de quimioterapia antineoplásica, Glosas y devoluciones Resolución 3047, Programa Gerencia y Desarrollo de personas inauguración, Uso de Splaygass gastroenterología y Humanización Protocolo de Servicios.	11	11 presenciales
<b>Octubre</b>	Comprometidos con la Seguridad del Paciente Iniciamos la Nico Ruta, Feria de acreditación reentrenamiento al cargo, SPIRE Camilleros, Meta de Cirugía Segura y Recuento de material instrumentación	6	6 presenciales



<b>Noviembre</b>	Código Lila Ruta Muerte Digna, Taller de electrofisiología, Tiempos normativos de glosas, Código Lila Ruta Muerte Digna, Estrategia Multimodal Lavado de Manos, Ley 266 Reglamentación de la Profesión de Enfermería, Plan de Emergencias Clínica Nogales, Programa de Infecciones, Estrategia Multimodal, Limpieza y desinfección y Aislamientos, Reinicio de monitores de signos vitales y limpieza y cuidado, Programa Gerencia y Desarrollo de personas Comunicación y negociación y manejo de conflictos	22	22 presenciales
<b>Diciembre</b>	Plan de Emergencias Clínica Nogales, Recibo y entrega de Turno - Herramienta ISAERTABLAS NEWS, PEWS, Servicio unidad del dolor; Bomba de PCA, Seguridad del Paciente, Principales eventos Presentados y Reporte, Agentes de cambio- habilidades sociales, Limpieza y desinfección de equipos de oxigenoterapia en UCI y Reforma de la salud Modelo emergente	20	20 presenciales

Tabla: Relación principales capacitaciones por año / Fuente: Coordinación de Talento Humano

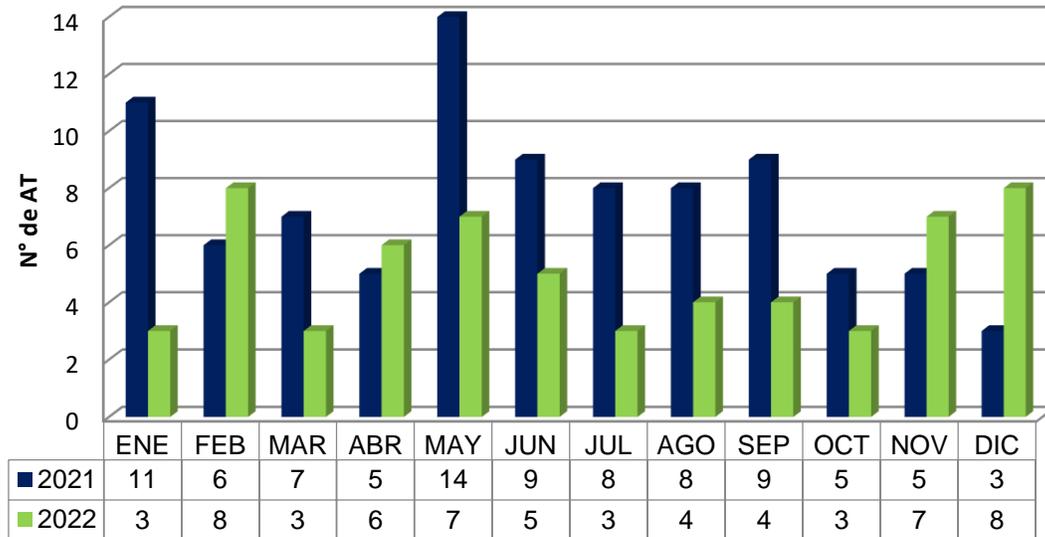
## ID – 189 Frecuencia de Accidentalidad



Gráfica: Frecuencia de Accidentalidad / Fuente: Coordinación de Talento Humano

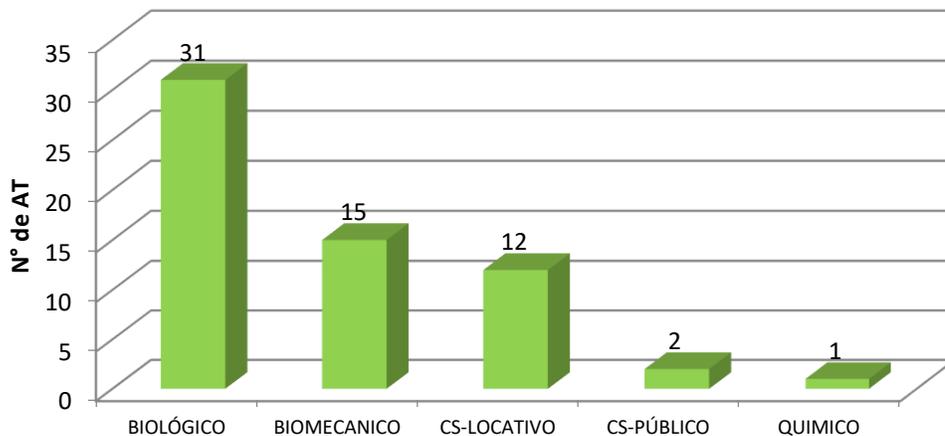
En la siguiente gráfica se puede observar la tasa de accidentalidad presentada en Clínica los Nogales durante los años 2021 y 2022. En diciembre se reportaron 8 accidentes de trabajo, con lo que en el acumulado se tienen 61 casos este año, mientras que en el mismo período de 2021 se tenían 90. Para este mes los riesgos Biológicos y Biomecánicos fueron los más representativos.

### Número de Accidentes de Trabajo



Gráfica: Números de Accidente de Trabajo / Fuente: Coordinación de Talento Humano

En la tabla se evidencia la caracterización de los Accidentes de Trabajo (AT) por tipo de riesgo para el año 2022.

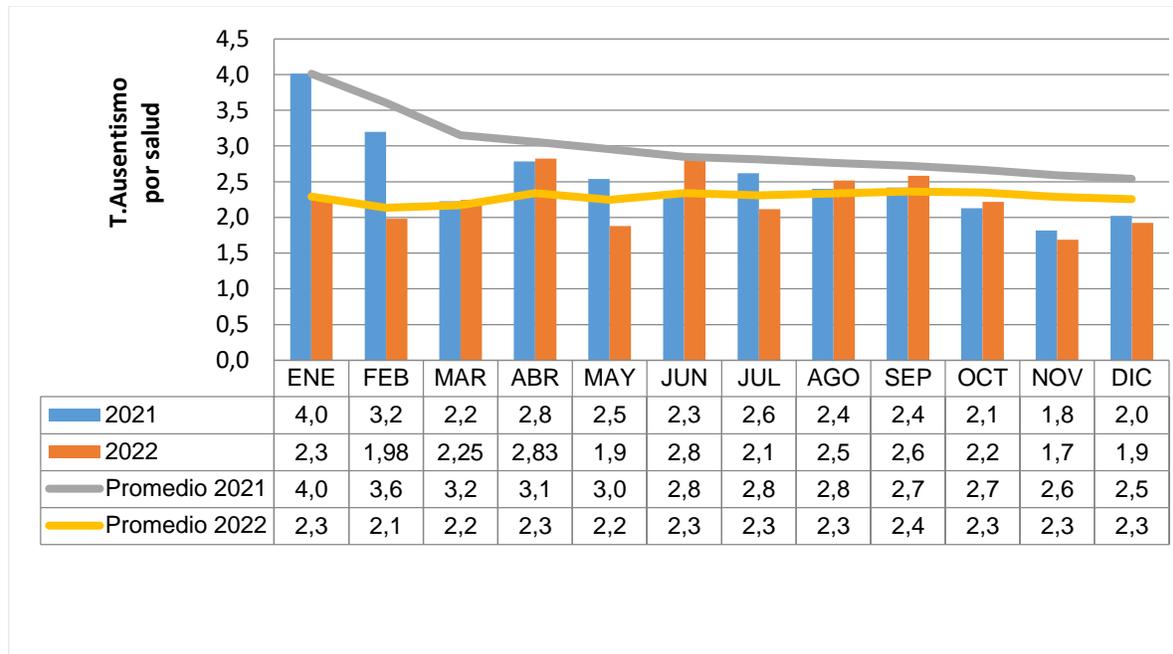


Gráfica: Caracterización de los riesgos accidente de trabajo / Fuente: Coordinación de Talento Humano



Se destacan el Riesgo Biológico, condiciones de seguridad locativas y Riesgo Biomecánico como aquellos causales del mayor número de accidentes (95%). El Riesgo Biológico es elevado en toda la unidad, con menor incidencia en áreas administrativas.

### Tasa de Ausentismo por Salud



En la siguiente gráfica se puede observar la tasa de ausentismo por salud presentada en Clínica los Nogales durante los años 2021 y 2022.

En diciembre de 2022 la tasa de ausentismo por salud aumento con respecto al periodo inmediatamente anterior y disminuyo frente al mismo periodo del año pasado.

### Seguridad y Salud en el Trabajo - Cobertura Exámenes Médicos Ocupacionales

En el año 2022 se realizaron exámenes a 430 colaboradores con cobertura del 92%, se obtuvo la información para establecer la distribución general de las características socio-demográficas y morbilidad.



Variable Sociodemográfica	Distribución	Total General	%
Genero	F	358	83,26%
	M	72	16,74%
	Total general	430	
Grupo Etario	De 18 a 20 años	1	0,23%
	De 21 a 30 años	173	40,23%
	De 31 a 40 años	188	43,72%
	De 41 a 50 años	60	13,95%
	De 51 a 60 años	7	1,63%
	Más de 60 años	1	0,23%
	Total general	430	
Nivel Educativo	UNIVERSITARIO	208	48,37%
	TECNICO	172	40,00%
	TECNOLOGICO	30	6,98%
	BACHILLER	13	3,02%
	APRENDIZ	7	1,63%
	Total general	430	
Estado Civil	SOLTERO	270	62,79%
	UNION LIBRE	85	19,77%
	CASADO	63	14,65%
	DIVORCIADO	10	2,33%
	VIUDO	2	0,47%
	Total general	430	

Diagnostico	Total General	%
Bajo Peso	8	1,86%
Peso Normal	214	49,77%
Sobrepeso	160	37,21%
Obesidad	48	11,16%
Total general	430	100,00%

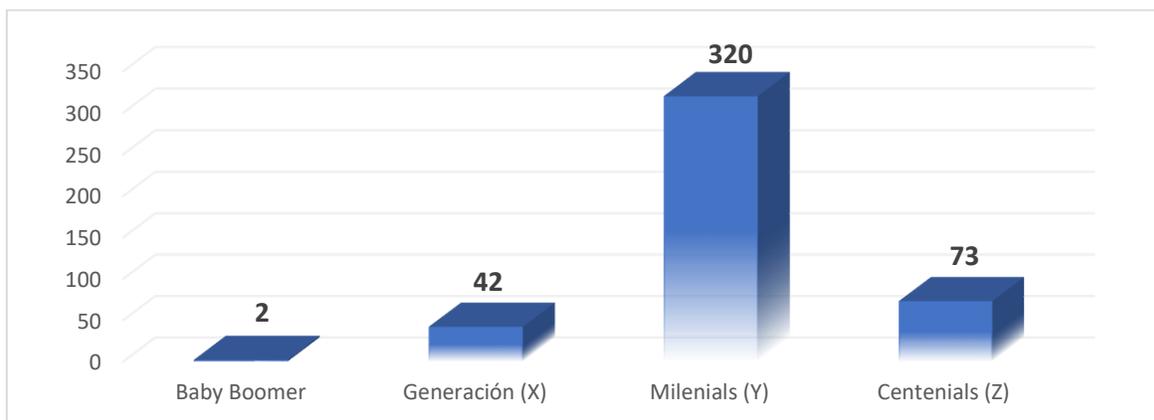
Fuente: Base de datos de HC

- El 48.37% de la población presenta alteraciones de peso como se evidencia en la Tabla N.7.

Tabla: Cobertura exámenes médicos / Fuente: Coordinación de Talento Humano

## Seguridad y Salud en el Trabajo - Cobertura Riesgo Psicosocial

En el año 2022, se realiza la aplicación de la Batería de riesgo psicosocial, teniendo en cuenta que la encuesta se mantuvo abierta por varios meses, se plantea para estimar la cobertura tomar como referente la población con los siguientes criterios de selección que suma en total 689 colaboradores.



Gráfica: Cobertura Riesgo Psicosocial / Fuente: Coordinación de Talento Humano

En la siguiente tabla se resume la cantidad de colaboradores que respondieron el cuestionario Forma A y B por constructo y la proporción de ellos en cada nivel de riesgo.

Forma	Variable	N° de colaboradores	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo bajo	Sin riesgo o riesgo despreciable
A	Estrés	155	18%	21%	17%	24%	21%
A	Puntaje extralaboral	154	33%	19%	20%	16%	12%
A	Puntaje intralaboral	153	35%	14%	20%	14%	17%
A	Puntaje Total	147	36%	14%	22%	15%	14%
B	Estrés	247	15%	18%	21%	27%	19%
B	Puntaje extralaboral	242	35%	31%	23%	6%	5%
B	Puntaje intralaboral	235	40%	25%	16%	9%	10%
B	Puntaje Total	227	48%	23%	11%	9%	8%

**Tabla:** Evaluación nivel de riesgo / Fuente: Coordinación de Talento Humano

De acuerdo a los resultados obtenidos para el 2023 se generarán las estrategias de intervención.

## Cobertura de Brigadistas

Se realiza capacitación en pista de entrenamiento a 90 brigadistas en tema relacionado con evacuación, primeros auxilios y manejo de incendios logrando una cobertura del 10,5%.



**Fotografías:** Curso de primeros auxilios en pista / Fuente: Coordinación de Talento Humano



## Bienestar



**Gráfica:** Cumplimiento plan de bienestar / Fuente: Coordinación de Talento Humano

De las 36 acciones planeadas y registradas en el cronograma de actividades para el 2022, 34 de las mismas fueron ejecutadas teniendo así un cumplimiento del 94%.

Las acciones no ejecutadas corresponden a ejercicios asociados a talleres de finanzas personales y prepensionados, las cuales no se desarrollarán al priorizar algunas otras actividades, proyectándolas a ser desarrolladas en el 2023.



## Proyectos 2023

- ☑ Implementar la evaluación de competencias, habilidades y conocimiento técnico por medio de Evaluatest como herramienta de inteligencia artificial orientado a impactar los indicadores de rotación y efectividad en el proceso
- ☑ Realizar proceso de contratación más eficiente, para lo cual se implementará firma de documentación de ingreso digitalmente, lo anterior para minimizar los tiempos en la vinculación de los colaboradores
- ☑ Realizar capacitaciones de impacto para cada servicio según los procesos prioritarios de cada área y los indicadores de cada uno.
- ☑ Fortalecer los procesos de identificar las diferentes necesidades y a partir de allí reforzar la intervención para mitigar las posibles falencias y las brechas existentes en las diferentes áreas.
- ☑ Afianzar el modelo de cultura Drupa por medio de actividades lúdicas que permitan la apropiación de la familia Nogales.
- ☑ Fortalecer la medición o estrategias de medición de riesgo psicosocial para ampliar la cobertura de participación y fiabilidad de los datos o resultados.
- ☑ Reforzar el conocimiento en los trabajadores acerca de los mecanismos con los que cuenta la institución para actuar frente a una emergencia o desastre y participar de simulacros.
- ☑ Estructurar y dar seguimiento de manera continua al proceso de manejo de terceros y contratistas, garantizando el cumplimiento del SG-SST en las labores realizadas por los mismos.
- ☑ Implementar el proyecto Llegando a Ti como estrategia de acercamiento y servicio a nuestros colaboradores
- ☑ Incluir en el portafolio de beneficios propuestas innovadoras que permitan seguir consolidando nuestro modelo efr.
- ☑ Desarrollar la propuesta de Banda salarial para ser tenida en cuenta en el ejercicio de presupuesto para el año 2024.
- ☑ Actualizar el 100% de los descriptivos de cargo con los que cuenta la Clínica.



Los Nogales  
Clínica



# Propiedad Intelectual



## Propiedad Intelectual y Derechos de Autor

Para fines legales de este informe, declaramos que la administración de **Clínica Los Nogales S.A.S** cumple a cabalidad con lo descrito en la Ley 603 de 2000 sobre derechos de autor y protección intelectual, especialmente en lo relacionado con los derechos de uso de software, licencias necesarias para el funcionamiento de la clínica y productos informáticos consagrados igualmente en la legislación actual colombiana.

**Científicamente avanzados,  
Humanamente cálidos.**



**Fotografía:** Coordinación de Comunicaciones Clínica Los Nogales



Los Nogales  
Clínica



**Calle 95 # 23 - 61, Bogotá D.C.  
Autopista Norte, Costado Oriental**

**PBX: (601) 5937000**

**[www.clinicanogales.com](http://www.clinicanogales.com)**

VIGILADO Supersalud