



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Colombia

100 *Años*

Informe de Gestión 2025

×
×



Junta Directiva



Miembros Junta Directiva



**Dr. Jorge Eugenio
Gómez Cusnir**
Presidente



**Dr. Ricardo
Durán Acuña**
Vicepresidente



**Dr. Darío Salvador
Cadena Rey**
Expresidente



**Dr. Sergio Augusto
Parra Duarte**
Rector FUCS



**Dr. Jorge Ernesto
Cantini Ardila**
Secretario



**Dr. Jorge Luis
Herrera Ariza**
Vocal



**Dr. Juan Camilo
Ramírez Rueda**
Vocal

Equipo Directivo



Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno
Director General



Dr. José David Rodríguez González
Subdirector Médico



Luz Elena Ochoa Villa
Subdirectora de Talento Humano



Andrés Gutiérrez Virgüez
Subdirector Administrativo y Financiero

Tabla de Contenido

Presidencia

Informe de Presidencia

Dirección General

Carta de Presentación
Informe de la Dirección General

Subdirección Médica

Subdirección de Talento Humano

Subdirección Administrativa y Financiera

Estados Financieros

Informe Revisor Fiscal

A portrait of Dr. Jorge Gómez Cusnir, an older man with grey hair and glasses, wearing a dark suit, a white shirt, and a red patterned tie. He is sitting in a dark leather chair with ornate wooden carvings. The background shows a wooden door and a framed certificate on the wall. A dark blue horizontal bar is overlaid on the right side of the image, containing the text 'Presidencia' and 'Dr. Jorge Gómez Cusnir - Presidente'.

Presidencia

Dr. Jorge Gómez Cusnir - Presidente

Honorables miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá:

Me dirijo a ustedes hoy con un profundo sentimiento de gratitud. Al hacer un balance del camino recorrido durante este periodo, me resulta imposible no destacar el compromiso y la excelencia que cada uno de ustedes aporta a nuestra institución.

Gracias a su colaboración constante y a ese apoyo incondicional en cada iniciativa académica e institucional, hemos logrado fortalecer la presencia de nuestras instituciones en el panorama nacional e internacional. Ustedes son el motor que mantiene viva nuestra misión de excelencia.

A pesar de los logros, soy consciente que aún quedan proyectos fundamentales por consolidar. Mi compromiso con la Sociedad de cirugía de Bogotá es más fuerte que nunca, y es por ello por lo que he decidido postular mi nombre para la reelección a la Presidencia.

Los invito a que puedan leer este informe, el cual de manera ejecutiva destaca los resultados de nuestras instituciones y las empresas donde participamos, adicionalmente presento los proyectos estratégicos que permitirán garantizar la sostenibilidad de la sociedad de cirugía de Bogotá.

Antes de empezar con los resultados es importante hablar del contexto actual del país y del sistema de salud.

El año 2025 representó para Colombia un período de ajuste macroeconómico progresivo, pero aún caracterizado por restricciones fiscales, presiones inflacionarias sectoriales y una alta tensión estructural en el sistema de salud. Para los hospitales de alta complejidad, el entorno no fue simplemente desafiante: fue un año que exigió disciplina financiera, precisión operativa y liderazgo estratégico.

En 2025, el país avanzó en un proceso de desaceleración inflacionaria frente a los picos observados en años previos. El IPC general cerró en 5,10%. Sin embargo, esta cifra ocultó una realidad determinante para el sector salud que les contare más adelante.

La política monetaria del Banco de la República mantuvo una postura prudente frente al control de la inflación, lo que implicó tasas de interés reales aún elevadas durante buena parte del año. Esto impactó directamente el costo del financiamiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente en endeudamiento para capital de trabajo y renovación tecnológica.

El elemento más relevante para el análisis sectorial fue la brecha entre inflación general e inflación específica del sector salud: el IPC general 2025 fue de 5,10% mientras la Inflación del sector salud para el 2025 fue de 7,20%. Esta diferencia de 2,1 puntos porcentuales refleja que la estructura de costos del sector —talento humano especializado, insumos médicos, dispositivos importados, medicamentos de alto costo, mantenimiento tecnológico y operación 24/7— crece a un ritmo superior al promedio de la economía.

En términos prácticos, esto generó una pérdida de poder adquisitivo real cuando los incrementos contractuales o tarifarios se referenciaron únicamente al IPC general. Para instituciones como las nuestras, donde la carga de costos fijos es elevada, esta brecha tuvo efectos acumulativos sobre margen operativo y flujo de caja.

Durante 2025 se consolidó una crisis estructural de liquidez del aseguramiento. La deuda acumulada de las EPS con la red prestadora superó los 32.5 billones de pesos, sin tener claridad de las deudas específicas de la Nueva EPS, afectando la oportunidad de pago y trasladando el riesgo financiero hacia las IPS.

El fortalecimiento del giro directo por parte de la ADRES fue un mecanismo relevante para mitigar parcialmente el riesgo sistémico; no obstante, el flujo efectivo continuó dependiendo de la calidad contractual, la gestión de glosas, la oportunidad en facturación y la trazabilidad de soportes clínicos. En este contexto, la suficiencia de la UPC dejó de analizarse exclusivamente en términos nominales y comenzó a evaluarse en términos reales, descontando la inflación sectorial y considerando las fricciones operativas propias del proceso de auditoría y reconocimiento.

El incremento del salario mínimo en 2025 (9,53%) impactó directamente la estructura laboral hospitalaria. En nuestras instituciones, donde la operación es intensiva en talento humano y turnos continuos, este ajuste tuvo efectos significativos en nómina asistencial, servicios generales, alimentación, seguridad y otra contratación tercerizada.

Adicionalmente, la volatilidad de la tasa de cambio afectó el costo real de Dispositivos médicos importados, Equipamiento biomédico, medicamentos de alto costo, reactivos y material quirúrgico. El sistema enfrentó, por tanto, una combinación de presión salarial interna y presión económica externa.

Un aspecto muy importante por evaluar ha sido el aumento sostenido de tutelas y mecanismos judiciales asociados al acceso a servicios de salud, en el año, se evidenció tensiones estructurales del modelo de aseguramiento. Para las instituciones hospitalarias, esto significó mayor carga administrativa, riesgos jurídicos y necesidad de fortalecer la coordinación interinstitucional.

El año 2026 se proyecta como un período de ajuste estructural y redefinición operativa del sistema de salud colombiano. Si 2025 fue el año de la tensión financiera explícita, 2026 será el año de la disciplina obligatoria: fiscal y operativa.

El futuro del país estará condicionado a las decisiones políticas y electorales que afrontaremos en el legislativo y las presidenciales, panorama nada alentador al continuar con incertidumbre y un panorama poco claro.

En el papel el país enfrentará un crecimiento económico moderado, esto implica que el financiamiento de la salud seguirá sometido a estricta disciplina presupuestal. No se anticipa un escenario de expansión significativa del gasto real. El desastre causado por el incremento del salario mínimo en un 23.7%, nos ha obligado a todas las instituciones tomar medidas drásticas, las cuales implementamos en enero. Aunque se espera una reducción gradual de tasas por parte del Banco de la República, el costo financiero seguirá siendo relevante.

La volatilidad cambiaria seguirá impactando el costo de dispositivos médicos, tecnología biomédica y medicamentos de alto costo.

El debate en 2026 no será únicamente sobre el incremento nominal de la UPC, sino sobre la suficiencia real frente al IPC salud, el Flujo efectivo hacia nuestras instituciones y el futuro mediano de las EPS intervenidas.

Por este panorama, nada alentador, tendremos varios retos para afrontar en los siguientes meses, el primero es mejorar el margen operativo de nuestras instituciones, por lo cual deberemos negociar incrementos contractuales alineados al IPC salud y controlar costos sin deteriorar la calidad. Frente a nuestros clientes (aseguradores) debemos continuar diversificando el riesgo, priorizando contratos con menor volatilidad, en pagos, tarifas y glosas.

A continuación, les voy a contar los principales resultados de nuestras instituciones y de las organizaciones donde participamos:





Hospital de San José

Para iniciar este informe, no lo puedo hacer de otra manera que reconociendo y celebrando el cierre de un año histórico, 100 años de nuestro querido Hospital de San José, un hito que cada vez es más difícil de alcanzar, pero con trabajo, dedicación y pasión por lo que hacemos, logramos que nuestro hospital llegue a su primer centenario, con un crecimiento exponencial en el último cuarto de siglo.

Con este marco, quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno, cuya gestión estratégica como director general ha impulsado al Hospital de San José hacia nuevos estándares de excelencia.

El 2025 no solo marcó la culminación exitosa de la "Ruta del Centenario", sino que consolidó una organización sólida capaz de superar los complejos desafíos del sector actual con una gobernanza transparente y una visión clara de futuro.

Hoy más que nunca, honorables miembros de la Sociedad de cirugía de Bogotá, hemos cuidado los recursos del hospital como propios, hemos liderado con transparencia y personalmente velo por inspirar a cada miembro de esta Sociedad y cada colaborador del Hospital a trabajar con un profundo sentido de pertenencia en beneficio de nuestro hospital y nuestros pacientes.





Entorno

En 2025, la Plaza de España se convirtió en el escenario principal de la estrategia distrital de recuperación, pero también mostró la persistencia de problemas de seguridad profundos. Sin embargo, el distrito recuperó más de 2,500 m² de espacio público, desmontando cambuches y estructuras irregulares que rodeaban el Colegio Agustín Nieto Caballero. Estas intervenciones buscaron reducir el impacto del microtráfico que históricamente ha afectado la plaza.

El distrito impulsó la creación de murales y jornadas de "Bogotá Limpia" para intentar cambiar la narrativa visual de la plaza, buscando atraer de nuevo el comercio formal.

Como es de su conocimiento, la zona circundante a nuestro hospital mantuvo una alta carga de población flotante debido a nuestros pacientes y la población estudiantil de la FUCS. Sin embargo, la seguridad de los estudiantes y el personal médico siguió siendo un reto, con un incremento en la vigilancia policial en los corredores de acceso hacia nuestra institución, se ha logrado garantizar la seguridad de nuestra población.

El 2025 fue el año de "preparación" para los grandes cambios estructurales distritales, y el mayor efecto nuestro fue el efecto Metro: Las obras de la Primera Línea del Metro en la Calle 1ra y la Avenida Caracas han generado un fenómeno de "presión" hacia el interior de la localidad. El cierre de la Caracas ha intensificado el tráfico en la carrera 18 y la carrera 19, para lo cual hemos buscado aliados estratégicos como el consejo de Bogotá y la alcaldía local, para llegar a policía de movilidad, para generar estrategias que permitan mejorar el flujo vehicular, que como ustedes saben es muy difícil de controlar, teniendo en cuenta la poca colaboración de los comerciantes y compradores vecinos, sin embargo, no escatimo esfuerzos en continuar trabajando por el mejoramiento de nuestro entorno.



Continuando con el seguimiento a nuestro direccionamiento, quiero presentar el avance en el direccionamiento estratégico 2019-2025 buscando el cumplimiento de cada uno de los objetivos estratégicos.

Acreditación con excelencia

Como primer objetivo estratégico, ha sido trabajar en alcanzar la excelencia en acreditación, siendo un pilar fundamental que garantiza que nuestra operación no solo sea eficiente, sino que cumpla con los más altos estándares de calidad y seguridad hospitalaria. A continuación, les hago un balance general de los logros obtenidos este año en Acreditación:

Direccionamiento, Gerencia y Mejoramiento



Se ha mantenido el cumplimiento de requisitos para la Recertificación en acreditación y el reconocimiento como Hospital Universitario, (obtenida en finales de 2023 por una vigencia de 7 años).



Hemos consolidado nuestra posición como líderes en gestión hospitalaria mediante la formalización de nuevos programas en Fragilidad, Código Ictus y Epidermólisis Bullosa, así mismo el fortalecimiento en la unidad clínica de alto desempeño en hemofilia.



Modernizamos el proceso de Referencias Comparativas y fortalecimos el acompañamiento de la Oficina de Calidad a los servicios médicos y nuevos jefes.



Celebramos 100 años de historia integrando temáticas de vanguardia como Inteligencia Artificial y Cirugía Robótica.



Fortalecimos nuestro posicionamiento en responsabilidad social empresarial, a través de la certificación con Fenalco solidario y en sostenibilidad con la participación institucional como referente nacional en la cátedra internacional de ODS "aportes de la salud a la agenda 2030" de la FUCS.

Gerencia del Talento Humano

Nuestra gente es el activo más valioso. Hemos evolucionado en la captación de sus necesidades y en su protección:



Cultura y Bienestar:

Incrementamos la participación en encuestas de cultura organizacional e implementamos grupos focales para identificar necesidades directas del personal.



Transformación Digital:

Incluimos la competencia digital como eje transversal en el "Sello San José".



Seguridad Laboral:

Optimizamos las matrices de riesgo de acuerdo con los lineamientos de la ARL para garantizar entornos de trabajo seguros.

Gerencia del Ambiente Físico y Gestión de la Tecnología

La infraestructura y la tecnología avanzan de la mano para ofrecer una experiencia superior al paciente:



Modernización de Planta:

Finalizamos la certificación de los ascensores de Fundadores y avanzamos en la renovación del pabellón San Rafael y la remodelación completa del pabellón Fundadores A. Así mismo, la remodelación de la sala 10 de la unidad quirúrgica para cirugía robótica y el inicio de la modernización de infraestructura del servicio de Radiología.

Inversión Tecnológica:

Ejecutamos un plan de renovación ambicioso que incluye Arco en C, microscopios para neurocirugía, equipos de circulación extracorpórea, tecnología de vanguardia para cuidado neonatal y pediátrico, ecógrafos para cardiología, equipo multipropósito para procedimientos intervencionistas en radiología, video laringoscopios y el robot de última generación Davinci Xi, entre múltiples adquisiciones.



Gestión Eficiente:

Implementamos el sistema SAMM para medir tiempos de parada de equipos, asegurando que nuestra tecnología esté siempre disponible para el paciente.



Gerencia de la Información

Estamos en plena era digital, por tal motivo, trabajamos en:



Seguridad de los datos:

Formalizamos simulacros de planes de contingencia para asegurar la continuidad de la atención ante posibles caídas del sistema. Mantuvimos un alto nivel de seguridad perimetral que garantizó la seguridad de los datos de la institución y de nuestros pacientes.



Experiencia del Usuario:

Modernizamos los canales de comunicación audiovisual para pacientes y visitantes dentro del hospital.

PACAS

(Procesos de Atención al Cliente Asistencial)

El núcleo de nuestra atención se centra en la seguridad y la humanización:



Seguridad Clínica:

Aumentamos la cobertura en encuestas de cultura de seguridad y formalizamos la ruta de atención para la "segunda víctima" en eventos adversos.

Como resultado:

Hospital Seguro

3.73%
Eventos adversos

<1%
Tasa complicaciones



Humanización: Adecuamos la Sala de Paz para el apoyo psicológico en casos de pérdida y fortalecimos el apoyo emocional para colaboradores y pacientes.

PACAS

(Procesos de Atención al Cliente Asistencial)



Eficiencia en Urgencias:

Logramos reducir los tiempos de atención en urgencias adultos para Triage II y mediante la intervención de Medicina Familiar en pacientes Triage IV y V.



Aumentamos la cobertura de evaluación de servicios en Guías de Práctica Clínica, lo que permitió cerrar el periodo con:

96%

Adherencia
institucional

Esto garantiza la pertinencia y seguridad en los manejos médico-quirúrgicos.



Se implementaron acciones de mejoramiento con el fin de realizar mantenimiento del control de Infecciones y fortalecimiento de las estrategias lideradas desde esta área.

Indicador
infecciones

1.02%

continúa siendo sobresaliente



Desde el Banco de Sangre se fortaleció la captación de donantes de sangre a nivel institucional y extrainstitucional; así mismo, se recertificó por el Invima, lo que permitió la continuidad de la operación y mejoró la rentabilidad.



Producción Académica

La producción académica en un hospital universitario es clave, teniendo la **articulación entre la asistencia, docencia e investigación.**

Presentación trabajos de investigación

Incrementó **51.1%**

con respecto al 2024

Publicaciones

50% cumplieron con las características para someterlas a revistas indexadas **categoría Q1**

Posicionamiento en la élite de la producción científica

Publicación del **primer protocolo de atención a nivel mundial para la desensibilización a la Nitisinona** (Tirosinemia tipo 1) en Springer Nature.



Centro de Investigaciones

12 Estudios Clínicos activos **318** pacientes reclutados

Se consolidaron alianzas con instituciones de renombre como:

- Amsterdam Academic Medical Center
- UCSF (Universidad de California San Francisco)
- FUCS
- Universidad Nacional de Colombia
- entre otras 15 entidades nacionales e internacionales

Departamento de Pediatría

Hito Histórico
11 Artículos publicados en revistas de élite

- The Lancet Global Health
- New England Journal of Medicine

Servicio de Hematología

Ante **MinCiencias** mantiene **Excelencia en Investigación** con ascenso a **Categoría A**



Satisfacción

Grupos de Interés

Con este objetivo estratégico, entendimos que para liderar el sector debíamos evolucionar. Por ello continuamos trabajando en estrategias de humanización y excelencia en el resultado clínico.

Satisfacción
del usuario

97.89%

Este indicador es nuestra mayor ventaja competitiva y la garantía de confianza de la comunidad en nuestra institución.

Aseguradores

Esta presidencia ha mantenido una postura de liderazgo proactivo. No nos limitamos a la prestación del servicio; hemos estado al frente de las mesas de negociación para asegurar el cumplimiento de acuerdos, la gestión eficiente de glosas y la defensa de nuestra cartera.

Satisfacción

86%

El resultado es un equilibrio estratégico que nos permite operar en un entorno sectorial complejo, garantizando el cumplimiento contractual en ambas vías.

Talento Humano

Implementamos estrategias de bienestar y mitigación de riesgo psicosocial, entendiendo que el clima laboral es el motor de nuestra productividad.

Satisfacción
Talento Humano

83%

Sabemos que existe un espacio importante para fortalecer la retención y satisfacción del talento humano.

Comunidad Académica

Hemos elevado la política de humanización a un estándar de protección sin precedentes para docentes y estudiantes, asegurando rutas de salud mental y seguridad que posicionan al hospital como un escenario de práctica seguro y humano.

Satisfacción
Docentes

96.5%

Satisfacción
Estudiantes

93.1%

Reflejando una gestión efectiva del escenario de práctica y la seguridad académica. Adicionalmente se continúa fortaleciendo la Oficina de Educación Médica a cargo del Dr. Edgar Acuña, quien se encarga de supervisar las estrategias y seguimiento de cada uno de los convenios, así como, la plaza rural y el hospitalario de investigaciones.



Cumplir presupuesto estabilidad financiera y EBITDA

En cuanto a presupuesto a pesar de las enormes dificultades presentadas en el sector logramos un cumplimiento de:



Por otra parte, el EBITDA, tuvo una disminución significativa, considerando la pérdida de margen, producto de la disminución de venta a clientes con mejor margen de contribución.

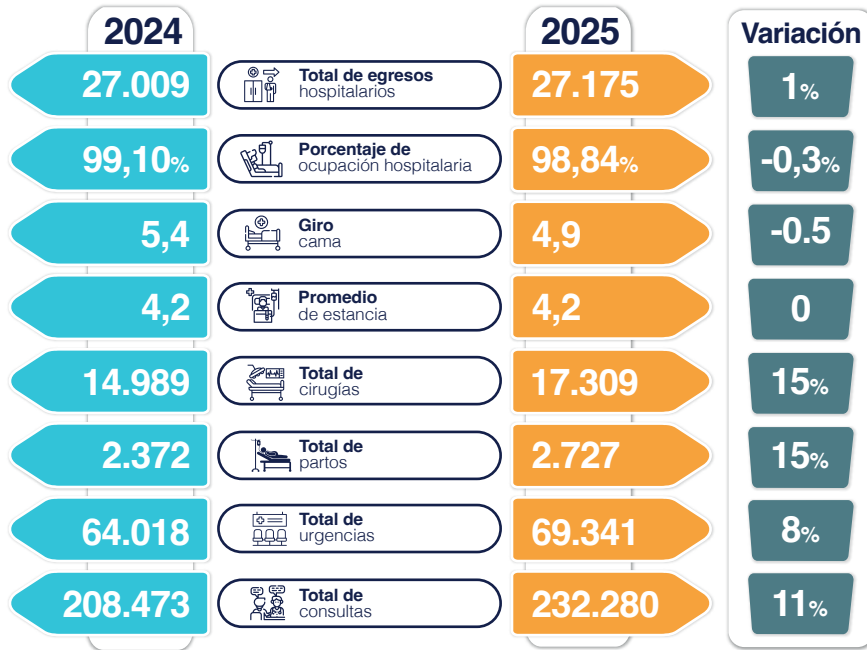
Es importante seguir trabajando en la diversificación de clientes y actividades, para mejorar en la generación de recursos de mejor calidad que contribuya a generar mejores resultados tanto de excedentes como de margen y caja.





Actividades Asistenciales

Frente a la actividad asistencial, en nuestro hospital encontramos los siguientes resultados:



Como lo pueden observar, en general el hospital presento un crecimiento en los diferentes componentes de actividades, con el cierre paulatino en el mes de mayo del Pabellón Fundadores A para su remodelación, podemos observar una leve disminución en el porcentaje de ocupación, sin embargo, el resto del año estuvo con niveles similares al 2024. El hospital continúa operando al límite de su capacidad instalada, de ahí que tome relevancia las estrategias y el seguimiento que

realizamos con la Dirección General todas las semanas para mitigar riesgos operativos. Por otra parte, el promedio de estancia general se mantuvo en niveles óptimos para nuestra complejidad y el giro cama disminuyó 0.5 veces, esto debido a una mayor complejidad clínica y retrasos administrativos externos con insumos y materiales de alto costo.

Principales logros de los departamentos asistenciales:

Son varios los logros obtenidos en los diferentes departamentos, estos son resultado de una gestión marcada por la excelencia clínica, la vanguardia tecnológica y la solidez académica. El Hospital de San José no solo mantiene su legado histórico, sino que se consolida como un referente de alta complejidad que compite con los mejores estándares internacionales.

A continuación, detallo los hitos estratégicos que han definido el crecimiento y el prestigio de nuestra institución:

Vanguardia Tecnológica e Innovación Quirúrgica

Hemos dado un salto cualitativo en nuestra capacidad operativa.

Cirugía Robótica

28 procedimientos ejecutados con éxito

Servicios de Urología, Cirugía General, Cirugía de Cabeza y Cuello, Coloproctología y Ginecología.

Esta evolución se complementa con una renovación integral tecnológica:

- **Torres de laparoscopia 4K:** Se incorporaron 2 torres de laparoscopia de última generación que garantizan mejor visualización y precisión, lo que permite minimizar las complicaciones postoperatorias.
- **Seguridad Quirúrgica:** Instalación de una nueva UPS principal que garantiza el fluido eléctrico en la totalidad de las salas de cirugía.
- **Anestesia:** Adquisición de monitores de oxigenación cerebral, monitores de profundidad anestésica y monitores TOF para control de la relajación neuromuscular, haciendo el acto anestésico más eficiente y seguro para los pacientes.
- **Eficiencia en Urgencias:** Gracias a la negociación de "stocks" estratégicos de instrumental de trauma y comodato de una torre de artroscopia avanzada, hemos optimizado drásticamente el flujo de pacientes quirúrgicos de urgencia ortopédica.

Especialización de Alta Complejidad y Diagnóstico

Nuestros departamentos continúan expandiendo sus fronteras prestacionales para captar casos de mayor valor clínico:

- **Ginecoobstetricia:** Somos de los pocos centros nacionales con capacidad para realizar cirugía fetal. Además, mejoramos la oferta de diagnóstico ecográfico de alta complejidad en jornada nocturna, fortaleciendo el manejo del riesgo obstétrico 24/7.
- **Pediatría:** Fortalecimos la unidad neonatal con ventilación de alta frecuencia (VAFO) y aberturamos el servicio de Neuropediatría, cerrando una brecha crítica en la atención integral pediátrica.

- **Programas reconocidos:** Consolidamos la UCAD de Hemofilia y recibimos reconocimiento internacional por nuestros resultados en el manejo de ACV y Osteoporosis.

Gestión del Talento y Seguridad del Paciente

Nada de lo anterior sería posible sin un equipo humano alineado. Hemos logrado la estabilización del talento humano en Anestesiología, garantizando la cobertura total de los bloques quirúrgicos ofertados. Por su parte, el Departamento de Enfermería ha liderado una transformación cultural hacia el reporte preventivo de riesgos y la capacitación en terapias de infusión de vanguardia.





Administrativo y Financiero



Para el periodo del 2025 los ingresos operacionales presentaron una leve disminución, pasando de \$259.395 millones en el 2024 a \$257.408 millones en el 2025. Esto se debe principalmente a una disminución en la facturación de productos de mayor complejidad y una disminución del 5% en la facturación del convenio docencia servicio. Incluyendo la unión temporal servisalud San José, la disminución es del 45%, pasando de \$467.440 millones en el 2024 a \$258.932 millones en el 2025, teniendo en cuenta que en este periodo ya no se estaban prestando servicios por parte de la unión temporal.



Los costos incrementaron un 5%, aunque los costos de materiales y suministros bajaron un 3%, el costo de talento humano y honorarios incrementó un 9% y 12% respectivamente, de esta manera el 2025 cerro con un total de \$222.345 millones de costo, comparado con los \$211.320 millones de 2024.



Incluyendo la Unión temporal, los costos para el 2025 fueron de \$219.492 millones, comparado con \$335.727 millones del 2024, equivalente a un 35% menos.



Como resultado bruto, se generaron \$35.062 millones, un 27% menos que en el 2024. Incluyendo la unión temporal, el resultado para el 2025 fue de \$35.863 millones, comparado con los \$128.872 millones del 2024.



Los gastos de la operación disminuyeron en un 9%, pasando de \$47.383 millones en el 2024 a \$42.895 millones en el 2025. Se genero un déficit operacional de \$7.832 millones.



Por otra parte, los ingresos no operacionales crecieron un 78%, cerrando el año con \$21.915 millones, \$9.596 millones más que en el 2024. Los gastos no operacionales disminuyeron un 45%, pasando de \$9.621 millones a \$5.303 millones.



Al final del ejercicio, observamos que el excedente neto final fue de \$8.745 millones, distando del resultado del 2024 el cual fue de \$42.796 millones derivado del resultado de la operación de la unión temporal. Es importante reforzar lo que he venido comentando en los últimos años, sin ingresos no operacionales, la institución no sería viable.



Un aspecto muy importante para mencionar son las inversiones en modernización, para tecnología Biomédica, la institución apostó fuertemente por la actualización de equipos médicos, recursos obtenidos a través del convenio docencia servicio con la FUCS, incrementando la inversión de \$6.144 millones a \$14.339 millones, un aumento del 133%.



Por otra parte, la Inversión en tecnologías de la información y comunicaciones tuvo una leve contracción, pasando de \$1.809 millones a \$1.581 millones.



En cuanto a los estados financieros, para el cierre del periodo, los activos totales se situaron en \$339.365 millones, disminuyendo un 8.74%. Por su parte, los pasivos se redujeron de forma importante, disminuyendo un 29.4%. Esta reducción es muy importante, teniendo en cuenta que se logró el pago del total de la deuda financiera. Pasar de \$139.935 millones a \$98.718 millones en deudas fortalece la solvencia y mejora la calificación de riesgo institucional ante el sector bancario, protegiendo el flujo de caja operativo.



Se observa un crecimiento sólido en el patrimonio, el cual ascendió a \$240.647 millones en 2025 frente a los \$231.925 millones del año previo.



Respecto a los indicadores, la razón corriente mejoró de 1.7 a 1.8, confirmando que el hospital cuenta con recursos suficientes para cubrir sus obligaciones de corto plazo. El Capital de Trabajo registró una disminución del 12.5%, pasando de \$89.729 a \$79.743, considerando que en el 2025 no se contó con el resultado de la unión temporal. Mientras el endeudamiento total se redujo del 38% al 29%, una señal de saneamiento financiero y mayor autonomía institucional.

Aunque el balance muestra una institución más sólida y menos endeudada, el déficit operativo es una señal de alarma. Debemos continuar en la búsqueda de estrategias que nos permitan mejorar el rendimiento operativo y controlar los costos de la operación.




Jurídica y SARLAFT

En cumplimiento de las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud a través de las Circulares Externas 0009 de 2016 y la 20211700000005-5 de 2021, a continuación rindo el Informe de Gestión del Sistema de Administración del Riesgo contra el Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, con corte al 31 de diciembre del año 2025.

Es importante indicar que, si bien, dentro de los subriesgos definidos por la Circular Externa N° 20211700000004-5 de 2021, se incluye el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), desde la Junta Directiva se ha asumido de forma responsable la articulación de la Políticas de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), la cual se fundamenta en la naturaleza jurídica de la organización y su estructuración se basa en el Código de Ética y Buen Gobierno de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, atendiendo la normatividad vigente y aplicable para el Hospital.

Para tal efecto, en uso de la discrecionalidad que le otorga la Circular 0003 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, la Junta Directiva determinó que la gestión de riesgos en aplicación de los postulados estatutarios esté en cabeza de la Dirección General del Hospital y desde allí, se designen responsables para cada subriesgo, conforme con los procesos adoptados por la Institución dentro y como parte del ejercicio.

La **Sociedad de Cirugía De Bogotá Hospital de San José** desde el año 2016 implementó el sistema de Administración del Riesgo que le permita identificar aquellos riesgos legales,




de contagio, operativos y reputaciones como Agente activo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ahora, se ha venido complementando el ejercicio como Oficial de Cumplimiento con la participación activa del Equipo de Riesgos, integrado por la Subdirección Médica, la Subdirección Administrativa y Financiera, el área de Calidad y la División Jurídica.

El Manual SARLAFT, se actualizó conforme lo establece la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, cumpliendo así, las exigencias de la legislación colombiana del Sector Salud, las propias del Código Penal, en armonía con las recomendaciones de Instituciones Intergubernamentales como lo son el GAFI, GAFILAT y GAFISUD, junto con las disposiciones definidas para el Sector Salud, el cual, en virtud de la normativa referente al Sistema de Administración para los Riesgos de Opacidad y Fraude (SICOF) permiten tener un ámbito de aplicación mucho más amplio y objetivo en el ejercicio de la Administración.

Como parte de los logros alcanzados dentro del ejercicio y aplicación del Sistema, hemos optimizado los procesos, permitiendo la actualización de los Manuales, Políticas y Procedimientos conforme lo establece la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, por lo que se llevó a cabo sin mayores sobresaltos con la debida diligencia en los distintos procesos de vinculación [contractual] administrativo, asistencial o médica.

Conforme con los retos propuesto para la vigencia 2025, con base en la definición de riesgos, causas, controles y monitoreos (segmentación) del SARLAFT/FPPDADM, se desarrollaron las distintas matrices de riesgo para las conductas descritas dentro del Manual y Políticas SICOF y las atinentes a las PTEE, las cuales, conforme las autorizaciones de la Junta Directiva se integraron a través de la plataforma "Almera" para la consulta y acceso de todo cliente interno.



Específicamente, el Sistema de Administración de Riesgos contra el Lavado de Activos, Financiación de Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, se trabajó desde el equipo de riesgos la integración de los subsistemas de riesgos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, lo que ha permitido identificar la necesidad de educar y capacitar al interior de la organización respecto de la identificación, seguimiento y control.

Como quiera que, el Sistema de Administración de Riesgo que nos ocupa para el sector salud tiene una regulación específica y no permite la integración en su proceso con el sector Real o Financiero, hemos identificado y desarrollado mecanismos que nos permitan cumplir con el control específico desde de la debida diligencia y sostener un monitoreo eficiente.

Durante la vigencia que se rinde el presente informe, muestra una tendencia al alza en alertas de deudas fiscales de la Contraloría General de la República. Así, persistimos con las contrapartes externas de otros sectores económicos y vinculados, a fin de hacer cumplir con los criterios y apetito de riesgo definidos por el Hospital.

El Hospital ha logrado mantener su estabilidad financiera frente a litigios de terceros liquidados. Sin embargo, la presión del entorno (crisis de las EPS) exige mantener la guardia en la atención de tutelas y la defensa ante la Corte Suprema en 2026, factores que podrían impactar el flujo de caja si no se gestionan con la rigurosidad actual.

En el momento, existe un Riesgo de Solidaridad, donde se están combatiendo pretensiones que suman miles de millones de pesos basadas en una supuesta "sucesión procesal" o "grupo empresarial". Gracias a la coordinación con firmas externas (como MGL Asociados) se ha logrado cero fallos adversos en los procesos relacionados con Esimed.

Mitigación del Riesgo Operativo

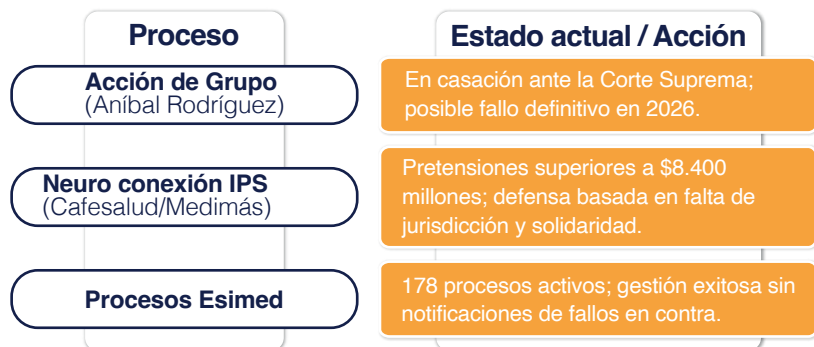
(Responsabilidad Médica)

La implementación de un plan de mejora que vincula a las sociedades médicas y aseguradoras desde la fase de conciliación es un acierto financiero. Esto no solo diluye la responsabilidad económica potencial (llamamiento en garantía), sino que involucra técnicamente a los jefes de servicio en la defensa institucional.

Frente a los principales trámites realizados tenemos:



El mayor desafío estratégico radica en las acciones judiciales que buscan vincular al Hospital con las obligaciones de entidades liquidadas como Medimás, Cafesalud y Esimed. A continuación, un resumen de los principales litigios y su acción



Reportes UIAF y Entes de Control

Desde el 2018 hasta el mes de diciembre de 2025, se han realizado todos los reportes de Proveedores, Operaciones Sospechosas y Procedimientos en cumplimiento de lo dispuesto en la normatividad vigente y aplicable y los procedimientos (pagos recibidos en efectivo) reporte de dicha información, establecidos por la Institución.

Todos los soportes de los reportes, los formularios de conocimiento del cliente, junto con los soportes que evidencian el cumplimiento de la debida diligencia se encontraron en custodia del Oficial de Cumplimiento y la Oficina Jurídica del Hospital.

Normatividad

Puedo garantizar ante los grupos de interés y autoridades, que los productos protegidos por derecho de propiedad intelectual están utilizados en forma legal, con el cumplimiento de las normas respectivas y con las debidas autorizaciones, en cumplimiento del artículo 1 de la Ley 603 de Julio 27 del 2000; como también en el caso específico del Software acorde con la licencia de uso de cada programa; además, las adquisiciones de equipos es controlada de tal manera que nuestros proveedores satisfagan a la empresa con todas las garantías de que éstos son importados.

La organización se encuentra al día con la implementación y presentación de sus estados financieros bajo las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 87 de la Ley 1676 del 20 de agosto de 2013, dejamos constancia que el Hospital no entorpeció la libre circulación de las facturas emitidas por los vendedores o proveedores. La información se presentó ajustada a los requisitos de la resolución 19 del 28 de marzo del 2018 de la DIAN y en forma oportuna, antes del 30 de abril de 2025, por lo que la institución mantuvo durante el año 2025, su condición de no contribuyente por ser entidad sin ánimo de lucro.

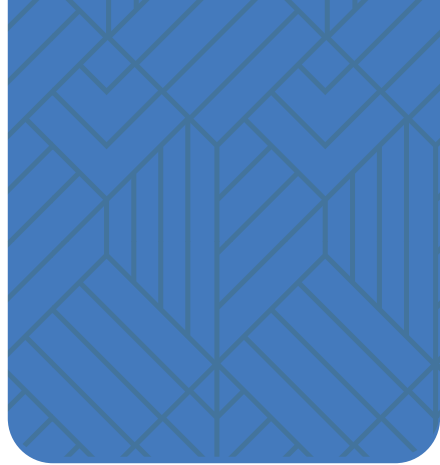
En cumplimiento del artículo 47 de la Ley 222 de 1995 modificado con la Ley 603 del 27 de Julio del 2000, me permito informar el estado de cumplimiento de normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor por parte del Hospital de San José:

En cumplimiento del Decreto 1406 del 1999 en sus artículos 11 y 12 informó que la empresa cumplió durante el período sus obligaciones de autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. La organización se encuentra al día con la implementación de las normas de SG-SST de acuerdo con el decreto 1443 de 2014 del Ministerio de Trabajo y está en trámite la certificación con la ARL.

Los datos incorporados en las declaraciones de autoliquidación son correctos, asimismo, se han determinado las bases de cotización. Son exactos los datos sobre los afiliados al sistema. La empresa se encuentra a paz y salvo por el pago de aportes al cierre del ejercicio, de acuerdo con los plazos fijados.

No existen irregularidades contables en relación con aportes al sistema, especialmente las relativas a bases de cotización, aportes laborales y aportes patronales.





Hospital Infantil Universitario de San José

Quiero iniciar expresando mi más profundo agradecimiento a la Doctora Laima Didziulis Grigaliunas, nuestra directora general por 18 años desde la inauguración y 20 años desde la apertura del servicio de Urgencias, y quien fue un pilar fundamental en los logros de nuestra institución hospitalaria, llevándola con su equipo al sitio y reconocimiento que hoy tiene en la comunidad y en el sistema de salud. A la Dra. Victoria Vanegas, Subdirectora Médica por todos los aportes realizado durante todos estos años, no solo en la Subdirección Médica sino en el servicio de anestesia, en donde continúa prestando sus servicios, y al señor Fernando de la Torre, subdirector Administrativo y Financiero quien aportó su conocimiento compromiso y educación en todos lo procesos administrativos y financieros en todos estos años, hasta el momento en que cumplió la edad de pensión, para un merecido descanso. A todos ellos agradecemos sus años de entrega incondicional, durante los cuales lideraron con determinación hacia la consolidación de grandes logros

asistenciales, organizacionales y educativos. Su paso por esta institución no solo deja procesos fortalecidos, sino un legado de excelencia que seguirá guiando nuestro camino. Les deseamos el mayor de los éxitos en esta nueva etapa, con la certeza de que su labor dejó una marca imborrable en la institución. Así mismo, quiero dar la bienvenida al equipo directivo que asume el reto de liderar nuestra institución hacia el futuro. Al Dr. Maikel Pacheco Trujillo, quien liderará la Dirección General; a la Dra. Marcela Otálora Forero, nuestra nueva subdirectora Médica; y al señor Ariel Vega Gaitan, como Subdirector Administrativo y Financiero. Recibimos a tres profesionales de excepcional trayectoria y calidad humana. Estoy convencido de que su llegada aportará una visión renovada que, sumada a la sólida base que ya tenemos, nos permitirá seguir fortaleciendo nuestra excelencia asistencial y administrativa. El informe definitivo de la institución será presentando en la asamblea del mes de abril por el Dr. Maikel Pacheco Trujillo.



Para el mes de Julio se inició esta transición de la Dirección General, la Subdirección Médica y la Subdirección Administrativa y Financiera, este proceso tuvo una duración de un mes de empalme, se replanteo el plan estratégico, orientándose a la búsqueda de la diversificación de la contratación para incrementar los ingresos institucionales, el mejoramiento del trabajo en equipo y la cultura organizacional, el fortalecimiento y la creación de nuevos centros de cuidado clínico, potenciando la investigación clínica y aumentando la cantidad de convenios docencia servicio y estudiantes con base en el Hospital.

Para el 21 de mayo de 2025 se recibió el resultado de la visita correspondiente al primer seguimiento del tercer ciclo de Acreditación, donde se obtuvieron varias fortalezas y algunas oportunidades de mejora para trabajar. EL ICONTEC en su comunicado menciona que las condiciones dadas por el retraso ocurrido del curso normal de ciclo se permite informar que por razones de tiempos del vencimiento del certificado no se realizará el segundo seguimiento y procederá a realizar la Evaluación de renovación de ciclo en el año 2026.



Actividades Asistenciales

Durante el año 2025, el Hospital Infantil presentó la siguiente actividad asistencial:



Durante el 2025 se presentó una variación importante en el aprovechamiento de la capacidad instalada, esto debido al cierre parcial de camas de hospitalización con el objetivo de avanzar en el reforzamiento estructural de parte del edificio. En el ámbito quirúrgico se presentó una leve diferencia, mantuvimos una tasa de complicaciones del 2.03% y una cancelación por causa institucional del 2.8%.

Desde los resultados clínicos, se destaca que el programa de Fibrosis Quística presentó una reducción del 59% en hospitalizaciones. La tasa de mortalidad en Oncología Pediátrica fue del 3.8%. Se destaca también el reconocimiento internacional WSO Angels Awards categoría Oro por excelencia en atención del ACV.

Frente a la Satisfacción global de nuestros pacientes fue del 95%, destacó el incremento significativo en planes de parto humanizado (422 en segundo semestre). En el 2025 la humanización dejó de ser una política aislada para convertirse en un eje transversal de cultura organizacional.

Desde el punto de vista académico y de investigación, se mantuvo la condición de hospital universitario, se generaron 33 publicaciones indexadas, con participación en estudios multicéntricos internacionales, se logró la Consolidación del modelo docencia-servicio con la FUCS.



Administrativo y Financiero

Infraestructura

Durante el año 2025 avanzó la obra de reforzamiento de la estructura hospitalaria y se dio paso al cierre de camas; en promedio el Hospital mantuvo durante el año 130 camas habilitadas para la atención de pacientes. La entrega de los pisos comenzó con el área de rehabilitación en el mes de abril, continuando con el segundo piso en el mes de septiembre y tercer piso en diciembre. A corte 31 de diciembre de 2025 se encuentran el 4 piso, alta dependencia y quinto piso B cerrados. Durante el año 2025, se mantuvo el 25% de los parqueaderos disponibles para estudiantes, colaboradores y usuarios. Para el mes de octubre se dio apertura al parqueadero del campus FUCS con dos sótanos de la primera etapa.

Entes de Control

En el mes de enero se recibió visita de la Superintendencia Nacional de Salud con el objeto de Verificar el cumplimiento de las responsabilidades de la Fundación Hospital Infantil Universitario de San José en relación con los ejes financiero, administrativo legal, prestación de servicios de salud y atención al usuario, para las vigencias 2023 y 2024. De esta visita se recibió informe con 30 hallazgos los cuales se generó el respectivo plan de mejora aprobado en el mes de abril y al que se realizaron entregas de cumplimiento de manera trimestral con finalización abril del año 2026.

Adicionalmente, se recibió la visita de la Adres el 19 de diciembre de 2025 encontrando la necesidad de revisar el proceso de facturación relacionado con los pacientes atendidos por SOAT y su correspondiente cartera.

Resultado Financiero

El nivel de facturación del Hospital, acumulado a diciembre 31 de 2025, fue de \$190,168 millones, correspondiendo \$186,475 millones a ingresos operacionales y \$3,693 millones a ingresos no operacionales, derivados de los arrendamientos e ingresos del parqueadero.

El recaudo acumulado del Hospital Infantil de San José, con corte diciembre 31 de 2025, fue de \$176,643 millones y presentó un crecimiento del 0.5%, con respecto al del año 2024. Es así como el valor recaudado por el Hospital corresponde al 93% del valor facturado durante el año.

La cartera de la institución, con corte diciembre 31 del 2025, presentó un total de \$112,115 millones, de los cuales \$8,500 millones (7.6%) se encontraban sin radicar y \$80,554 millones (49%) presentaban vencimientos superiores a 120 días. La mayor parte de los requerimientos de caja, se atendieron con los recursos propios generados por el Hospital a través de la prestación de los servicios operacionales y no operacionales y el recaudo de la correspondiente cartera y crédito con bancos.

Se consiguieron cupos de crédito importantes con el sector financiero, los cuales se han utilizado para solventar las necesidades de capital de trabajo. En el mes de mayo y junio, se contrató un nuevo préstamo con el Banco de Bogotá, por valor de \$35,000 millones, con un plazo de 120 meses y tasa del 12.16% anual, este crédito es adquirido con el fin de atender las cuentas por pagar con mayor tiempo de vencimiento y a través de las cuales se acuerdan descuentos por más de \$1.400 millones con los terceros y proveedores.

El balance de la Fundación Hospital Infantil Universitario de San José al cierre de 2025 revela una situación financiera de alta vulnerabilidad, caracterizada por un estancamiento de los ingresos operacionales finalizando el año en 186.475 millones contra los 187.225 millones del 2024. Los costos operacionales disminuyeron un 2% pasando de 159.176 millones a 155.258 millones. Por otra parte, los ingresos no operacionales disminuyeron en un 24%, pasando de 4.880 millones a 3.693 millones. El deterioro se observa en el margen neto, que pasó de un excedente positivo en 2024 a una pérdida de \$3.699 millones (-485%), impulsada principalmente por un aumento del 13% en gastos administrativos y un 58% en gastos no operacionales.

En los estados financieros, el total de activos disminuyó un 6%, pasando de 162.858 millones en 2024 a 153.832 millones en 2025. El pasivo total aumentó un 14%, alcanzando los 133.777 millones comparados con los 119.308 millones del 2024. El patrimonio total de 18.054 millones en el 2025 disminuyó un 59%, 25.496 millones menos que el año anterior.

Como lo pueden observar, estimados miembros de la sociedad de cirugía, el Hospital Infantil está en una etapa de transición financiera compleja. Por un lado, estamos modernizando las instalaciones y el equipo biomédico y estamos mejorando la liquidez inmediata mediante la renegociación de deudas a largo plazo. Sin embargo, el déficit en el ejercicio y la fuerte caída del patrimonio indican que la operación actual no está siendo sostenible, lo que pone presión a futuro si no se corrigen las causas de la pérdida operativa. Por tal motivo, las estrategias de sostenibilidad financiera que les he planteado en las diferentes asambleas cobran mas valor que nunca, adicionalmente, en la operación, se deberá trabajar en la reducción de costos, sin afectar la calidad, teniendo protocolos clínicos y quirúrgicos mas estrictos. Tenemos que implementar prioritariamente planes más agresivos de recobro de cartera a las EPS y diversificar servicios que permitan generar liquidez inmediata. Esto no es una tarea sencilla, pero tengo la confianza en que ceñidos a la estrategia lo lograremos. Adicionalmente, se deben generar estrategias para incrementar ingresos no operacionales y frente al cambio de modelo retomar servicios tercerizados que generan mayor margen de contribución como el caso de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico, sin embargo, esto puede afectar el flujo de caja operativo, si el flujo de caja de las EPS no se corrige. Seguramente, se dará vuelta a la operación y la misma será más eficiente con la reapertura de camas, en la medida que las obras de reforzamiento estructural y adecuaciones vayan avanzando frente al cronograma.



Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Estimados miembros de la sociedad de Cirugía, es un honor para mí, en calidad de presidente del Consejo Superior, presentar este resumen del informe gestión de la FUCS, teniendo en cuenta que el informe completo será presentado en el mes de mayo a la asamblea. Este ejercicio de transparencia no solo refleja el cumplimiento de nuestras metas operativas, sino la vitalidad de un proyecto educativo que sigue transformando la salud en nuestro país.

Antes de profundizar en las cifras y logros operativos, es imperativo hacer una pausa para expresar un sincero agradecimiento al rector, Dr. Sergio Augusto Parra Duarte. Su gestión durante el año 2025 ha sido el motor de una transformación transversal que hoy posiciona a la FUCS como un referente de calidad y rigor académico.



Bajo mi liderazgo, del consejo superior, la rectoría y de todo el equipo administrativo y académico, la institución no solo ha alcanzado hitos históricos en infraestructura y finanzas, sino que ha mantenido intacta su esencia humanista. Entre los resultados más destacados podemos encontrar:

El fortalecimiento de la identidad institucional, logrando el registro de la marca “Universidad FUCS”, un paso fundamental para nuestra proyección a futuro, en el momento esperamos el acto administrativo por parte del Ministerio para hacerlo oficial.

En excelencia académica y calidad se obtuvieron renovaciones de acreditación para especialidades clave como Ginecología y Obstetricia, y Patología. Además, la Facultad de Ciencias Administrativas en Salud logró acreditación internacional para cinco programas, Se integraron dos robots da Vinci (Xi y X) al Laboratorio de Simulación y se implementaron pilotos con Inteligencia Artificial en el Centro de Idiomas y en Nuevos Programas: Se destacan los registros calificados para Medicina de la Adolescencia, Terapia Respiratoria y la apertura de la Maestría en Administración en Salud.

En investigación, nuestra misión formadora trasciende las aulas mediante la ciencia y el servicio. En el 2025 Se registró un crecimiento del 16% en grupos de investigación y del 23.6% en docentes reconocidos ante el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI), siendo líderes en Cochrane Colombia.

La FUCS obtuvo la distinción del Sello de Igualdad de Género de la Secretaría Distrital de la Mujer y firmó la Declaración Nacional de Compromiso por la Educación Inclusiva. También, se realizó la 1.ª Cátedra Internacional de ODS en Salud, única en el país, y la 1.ª Vitrina Comercial de Movilidad Sostenible para colaboradores.

El Museo alcanzó 10.601 visitantes con la exposición del Centenario del Hospital de San José, complementada por la muestra El Nahualismo y 14 sesiones de Cine Club. Educación Continuada y Extensión desarrolló 128 títulos, 345 cohortes y 10.180 participantes, creó 66 nuevos programas, otorgó becas por cerca de \$742 millones y consolidó EXME y ENSI como eventos insignia.

A nivel administrativo, en Infraestructura se entregaron el proyecto Aulas 4 del Edificio Jorge Alberto Ruiz bajo administración propia, logrando un ahorro de \$675.528.637 y finalizando dos meses antes de lo previsto; avanzaron las obras del Campus FUCS (37%), el reforzamiento del HIUSJ Bloque 2 (89%) y el diseño y licenciamiento del Edificio de Consultorios, programado para iniciar en el primer semestre de 2026. Frente al proyecto de Apartaestudios, se tuvo una ocupación del 90,24% y generó ingresos de \$800.011.832 en 2025.

Servicios Administrativos alcanzó una efectividad del 98% en mantenimiento, mejoró la cobertura de seguridad en 10,9%, generó ahorros de \$118,3 millones en aseo, atendió 2.615 requisiciones y aprobó \$11.609 millones en comités de compras. En Desarrollo Tecnológico se unificaron las plataformas de exámenes con las Aulas Virtuales e implementó 2FA, se sustituyó IntelliBoard por un desarrollo propio y se migró de Stata a RStudio con un ahorro estimado de \$160 millones.

Resultado Financiero

Durante el ejercicio del 2025, la FUCS exhibió una sólida posición financiera, caracterizada por un incremento del 15,1% en sus activos totales, los cuales cerraron en \$708.524 millones de pesos. Este fortalecimiento institucional se refleja de igual manera en el patrimonio, que ascendió a \$622.834 millones, consolidando una estructura de capital robusta para respaldar futuros proyectos académicos y de infraestructura. Si bien los costos y gastos operativos experimentaron un alza del 16%, la gestión eficiente de los ingresos no operacionales permitió compensar la ligera contracción en el margen operativo, logrando excedentes netos por \$80.780 millones. Estos resultados superan los niveles alcanzados en 2024 y ratifican la solvencia económica de la institución, asegurando la continuidad de su misión educativa y su estabilidad financiera a largo plazo.

Es muy importante reconocer, el extraordinario crecimiento en infraestructura que ha tenido la institución educativa, impactando positivamente el entorno con siete edificios nuevos, que han generado grandes facilidades y bienestar para nuestros estudiantes. El apoyo, financiero y a la infraestructura de nuestros dos hospitales ha sido fundamental, por lo cual es necesario expresar nuestra gratitud perenne.





×

×

Resonancia Magnética

San José S.A.

×

×

Para iniciar, quiero agradecer a la Junta directiva de la empresa y al Ingeniero Ricardo Álvarez, quien continúa conduciendo con éxito la operación, manteniendo excelentes resultados clínicos y una modernización tecnológica que nos permite estar al máximo nivel no solo nacional sino mundial. A continuación, les comentare los principales resultados:



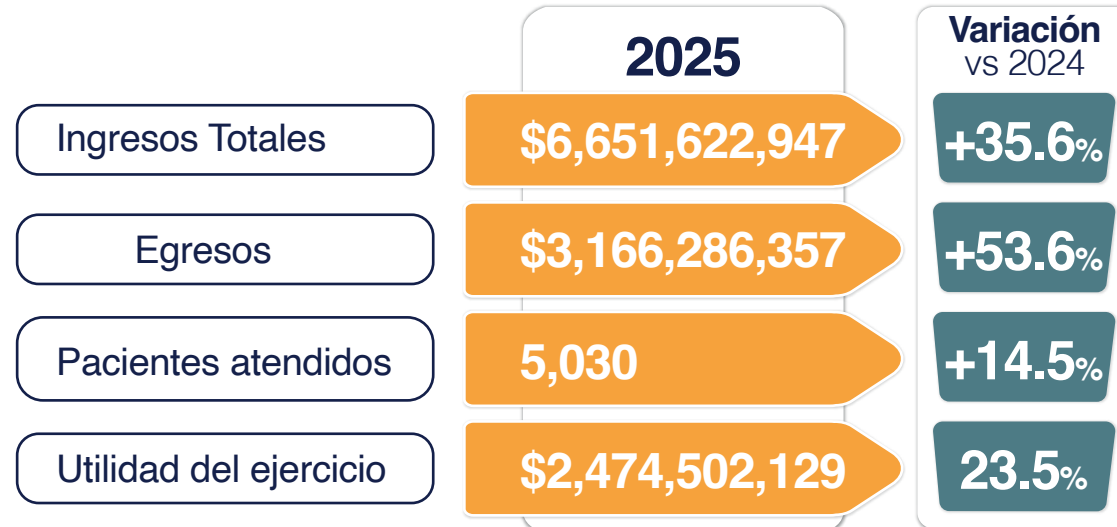
A finales de enero de 2025, se realizó el reemplazo del resonador Aera por un nuevo modelo Sola fit. Esta actualización trajo consigo la incorporación de herramientas de IA para mejorar la calidad de las imágenes. así mismo, se mejoró en eficiencia, donde la adquisición de imágenes se realiza en menor tiempo, lo que permitió procesar un mayor volumen de exámenes y mejorar la experiencia del paciente.

En gestión clínica, El servicio experimentó un crecimiento notable, aunque la demanda sigue superando la capacidad instalada. En cuanto a Productividad se realizaron 6,888 exámenes, un incremento del 26.5% frente a 2024. Los estudios más frecuentes fueron Cerebro Simple (15.92%) y Columna Lumbar Simple (9.25%). En Seguridad Clínica Se mantuvo un registro de cero eventos adversos y el 100% de los pacientes contó con consentimiento informado. La Satisfacción de los pacientes del servicio subió de 9.51 a 9.75 sobre 10.

En cuanto a Bienestar: Se reportó un 0% de ausentismo laboral y cumplimiento total en los pagos de seguridad social y en Investigación Se inició una gestión con Siemens para formalizar un programa de investigación sobre aplicaciones y secuencias en tejidos humanos.

Frente a los resultados financieros, Capital Salud (33.87%) y Fomag (26.49%) son los principales remitentes de pacientes.

A continuación, los principales resultados financieros que son de resaltar:



Cabe resaltar que la utilidad crece un 23.5% comparada con el 2024. Teniendo en cuenta que, para la adquisición de equipo y software, se amortizo el valor total de la compra con recursos propios, y el aumento en el volumen de actividades permitió absorber la inversión sin generar deuda financiera alguna. Los resultados del ejercicio se mantienen muy sólidos y consistentes, lo que engrosa las utilidades retenidas. En los estados financieros, resonancia San José cerro el año con unos activos de 10.354 millones, un 4% más que en el 2024. Por otra parte, los pasivos disminuyeron un 3%, cerrando el periodo en 2.189 millones. Como resultado, Resonancia San José S.A tiene un patrimonio un 6% mayor, equivalente a 8.165 millones. Por lo que podemos concluir que se encuentra en una fase de capitalización interna, transformando dinero líquido en activos fijos y licencias operativas.

Como lo pueden observar, estimados colegas, Resonancia San José, goza de una salud financiera sobresaliente. El movimiento del 2025 demuestra una estrategia clara: utilizando los excesos de liquidez acumulados en 2024 para invertir fuertemente en renovación tecnológica y licencias sin necesidad de recurrir a deudas bancarias, garantizando un crecimiento sostenido y orgánico.

E Salud



Durante la vigencia 2025, E SALUD consolidó su estabilidad operativa y financiera, fortaleciendo su posicionamiento en el mercado de software para el sector salud en un entorno caracterizado por mayores exigencias normativas, tecnológicas y comerciales. La gestión se orientó a garantizar la sostenibilidad del negocio, mediante el fortalecimiento de la plataforma y la alineación del producto con las dinámicas actuales del sector.

La estrategia corporativa estuvo enfocada en la evolución continua del producto, priorizando el desarrollo de nuevas funcionalidades que respondieran tanto a las necesidades operativas de los clientes como a las tendencias de transformación digital en salud. Este enfoque permitió mejorar la competitividad de la solución, incrementar su valor agregado y reforzar su pertinencia frente a los retos regulatorios y de interoperabilidad del sistema.

Como eje central de la estrategia, se priorizó la adaptación a los cambios normativos, en particular en los procesos de generación, validación y gestión de RIPS en formato JSON y de los documentos conexos exigidos por los entes reguladores. Esta línea de acción se constituyó en un factor clave para la retención de la base instalada de clientes y para la captación de nuevos prospectos, al garantizar el cumplimiento regulatorio como un componente esencial de la propuesta de valor.

De manera complementaria, durante la vigencia se dio inicio al proyecto de interoperabilidad de la historia clínica, el cual entrará en operación en 2026. Este proyecto representa una apuesta estratégica para el crecimiento de la compañía, al permitir ampliar el portafolio de servicios, fortalecer la integración con otros actores del ecosistema de salud y posicionar a la organización como un proveedor alineado con los estándares nacionales de intercambio de información clínica.

Estas iniciativas han contribuido a fortalecer la propuesta de valor de la compañía y a sentar las bases para una fase de expansión controlada y sostenibilidad a mediano plazo. En términos comerciales, actualmente se cuenta con una base activa de 30 clientes; durante la vigencia se registró la pérdida de 5 clientes, asociada principalmente a los efectos del nuevo régimen administrativo y a dinámicas de posicionamiento en el mercado. No obstante, las acciones implementadas buscan estabilizar esta base y generar condiciones para su recuperación y crecimiento progresivo.

La estructura societaria y la conformación de la Junta Directiva se mantienen, garantizando la continuidad en la dirección estratégica de la organización y el respaldo institucional de los accionistas. Este escenario permite proyectar un horizonte de estabilidad, consolidación y crecimiento, soportado en el fortalecimiento del producto, la adaptación regulatoria y la incorporación de nuevas capacidades tecnológicas que aseguren la competitividad de la compañía en el mediano y largo plazo.

Esalud generó ingresos operacionales de 902.746 millones, 6% más que en el 2024, por otra parte, los gastos operacionales crecieron un 11% pasando de 806.968 millones a 896.362 millones, esto secundario al incremento del 18% en los gastos de personal y del 28% en honorarios. Frente a los ingresos no operacionales, crecieron un 27% y los gastos financieros un 34%. Como resultado del ejercicio, se generó un excedente de 4.924 millones, un 79% menos que en el 2024.

Frente a los estados financieros, Esalud cerró el periodo con 1.333 millones de activos, comparado con los 1.319 millones creció un 1%. Los pasivos crecieron un 7%, pasando de 121.733 millones a 130.230 millones. El patrimonio del 2025 fue de 1.202 millones, un 0.4% mayor que en el 2024.



Revista Repertorio de Medicina y Cirugía

Es un honor presentar los resultados de la gestión editorial de la revista Repertorio de Medicina y Cirugía para el 2025, un periodo marcado por la consolidación de nuestra labor científica y el fortalecimiento de nuestra presencia académica a nivel global. Este éxito no habría sido posible sin el compromiso inquebrantable del **Dr. Dario Cadena Rey**, con su liderazgo y visión, ha permitido que la revista siga siendo un faro de conocimiento médico. También quiero agradecerles a los autores, revisores y, especialmente, nuestros lectores, quienes confían en la calidad de nuestra publicación.

El desempeño de la revista Repertorio de Medicina y Cirugía durante el periodo de 2025 destaca por los siguientes logros clave: Se cumplió con la publicación del Volumen 34 (Números 1 al 3). Se publicaron un total de 60 artículos, distribuidos de la siguiente manera: 6 artículos de revisión, 20 artículos de investigación, 5 artículos de reflexión, 20 reportes de caso. se gestionó la publicación de 5 obras destacadas, incluyendo el **libro del Centenario Hospital de San José - Sociedad de Cirugía de Bogotá 1925 – 2025** y manuales especializados en heridas, ginecología y obstetricia.



Frente a visibilidad e impacto académico, según Google Académico, la revista alcanzó un Índice h de 27 y un Índice i10 de 107, con un total histórico de 4,079 citas (370 de ellas recibidas específicamente en 2025).

En Tráfico Web El sitio registró una actividad masiva con 253,600 visitas totales (promedio mensual de 21,133) y 418,765 descargas de contenido (promedio mensual de 34,898).

El impacto de la revista es nacional e internacional, con una fuerte presencia nacional en Bogotá, lidera con 31,128 visitas, seguida de Medellín y Cali. En Iberoamérica: Destacan ciudades como Ciudad de México (9,288 visitas), Santiago de Chile, Quito, Madrid y Buenos Aires, lo que confirma la relevancia de la revista en toda la región hispanohablante.

Para cerrar este informe, quiero dar las gracias a todo el equipo de la Revista Repertorio de Medicina y Cirugía por ser parte de este crecimiento continuo y por contribuir a la excelencia de la literatura médica de nuestros hospitales, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y el país.

×
×

Clínica Los Nogales



La Clínica Los Nogales se consolida hoy como un referente de excelencia en el sector salud de Colombia, destacándose por una operación que equilibra la alta complejidad con un excelente resultado financiero.

Desde el punto de vista asistencial la clínica atendió 24.980 urgencias, tuvo 11.369 egresos hospitalarios, un promedio de estancia de 6.2 días, con una ocupación del 94% y un giro cama de 5.3 veces, realizó 18.895 cirugías y 192.785 consulta.

La clínica, se ubica en el Top 15 nacional en trasplantes y es la número 10 en importancia para la atención del cáncer en el país.

Se destaca la apertura de la Unidad de Otorrinolaringología y Otolología, la creación de un grupo de investigación y la realización de cirugías oncológicas de alta complejidad con reconstrucciones microquirúrgicas. Se registró una satisfacción global del paciente de 96,7%.

Frente a los resultados financieros, La clínica alcanzó ingresos de \$503.502 millones de pesos en 2025, lo que representa un crecimiento del 14,9% respecto al año anterior. El área de Apoyo Diagnóstico tuvo el mayor crecimiento (35,3%) gracias a servicios de PET, Patología y TAC. El total de costos fue de 350.643 millones y gastos de 34.415 millones, obteniendo un resultado operacional de 137.840 millones. Teniendo al final un resultado neto de 61.008 millones.

Frente a proyectos estratégicos, tenemos a la Torre III, El proyecto avanza con la placa del piso 3 en proceso de fundición. Se proyecta que la estructura y mampostería finalicen en julio de 2026, con apertura total en enero de 2027. En renovación Tecnológica: Se adquirió el primer acelerador lineal Halcyon con Identify en Colombia y un nuevo

resonador magnético uMR 680 que iniciará operación en marzo de 2026. En general, la clínica realizó una Inversión de \$31.052 millones y se proyecta una inversión para 2026 de \$88.185 millones.

Como lo pueden observar, la clínica los Nogales representa una de nuestras mejores inversiones, es hoy un escenario de practica muy importante para la fundación universitaria de ciencias de la salud, así como lo es Virrey Solis, una de la IPS de mediana complejidad más importantes del país. Tendremos que ver a la clínica los Nogales como un activo invaluable para nuestra sociedad, donde muchos de nuestros proyectos futuros podrán ser apalancados por los excedentes generados.



Clínica Santa Mónica

La Clínica Santa Mónica de Bogotá S.A.S. en el 2025 tuvo un año de reestructuración profunda y cambio estratégico. La clínica pretende transitar de un modelo de hospitalización general hacia un referente quirúrgico de alta complejidad. Para lograr esto, ha realizado un diseño estratégico que busca la integración de servicios ambulatorios y hospitalarios en el Complejo Internacional de Medicina Avanzada (CIMA), una estrategia para optimizar costos de arrendamiento y nómina mediante la contracción de áreas no utilizadas y la sustitución patronal. Un hito crítico fue la renegociación con proveedores para levantar bloqueos y medidas cautelares, lo que estabiliza la cadena de suministro necesaria para la alta complejidad.

La operación experimentó una transformación en su mezcla de servicios:

La hospitalización general de adultos cayó un 60%, consecuencia directa del cierre de camas para dar paso al proyecto CIMA. Por otra parte, se registró un aumento del 266,5% en Imagenología y del 12% en Cirugía. Los servicios de hemodinamia crecieron un 90%. Se realizó apertura de servicios de Pediatría (Urgencias y Hospitalización) y nuevas especialidades de consulta externa como neurocirugía y cirugía vascular.

Se resalta también la renovación tecnológica de historia clínica con la migración exitosa a iMedical. El reto de la operación para el 2026 es la habilitación de nuevas rutas de alta complejidad (Cerebro-Cardiovascular y Oncología) para capitalizar la infraestructura ya instalada.

Por otra parte, en el resultado financiero, se registró una facturación de \$71.851 millones, lo que representa una caída del

3.8% respecto a los \$74.697 millones de 2024. Esta disminución se explica por el cierre estratégico de camas de hospitalización general para dar paso al proyecto CIMA.

El Costo operativo disminuyó un 3.2% a \$60.703 millones. Con esto, se tuvo una utilidad operativa de \$11.747 millones. Sin embargo, como se los he comentado en informes y asambleas anteriores el mayor problema de esta clínica está en los gastos administrativos; con estos, la clínica cerró con una pérdida neta de -\$3.686 millones, un 24% más que el año anterior. La clínica sufre de un ahogamiento financiero, no operativo. El negocio asistencial funciona, pero la estructura de deuda es insostenible con el flujo de caja actual.

El total del activo crece en un 4.8% siendo de \$73.067 millones. Así mismo, el pasivo presenta un crecimiento del 8.2%, siendo de \$91.868 millones, con esto tenemos un patrimonio negativo de \$18.801. Por tal motivo, la clínica debe mantener un plan de fortalecimiento patrimonial o capitalización para evitar causales de disolución o intervención.





Union Temporal Servisalud

La Unión Temporal (UT) Servisalud San José ha culminado su etapa operativa consolidándose como un modelo de eficiencia y gestión administrativa. A pesar de los retos estructurales del sector salud, la ejecución del contrato permitió alcanzar una solidez económica sin precedentes para el Hospital de San José.

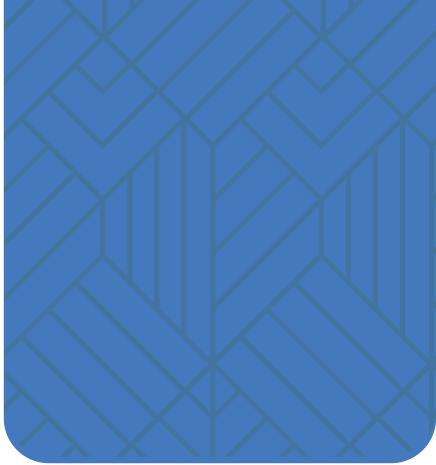
El proceso de liquidación pone de manifiesto que la gestión de la UT fue altamente exitosa. Se dejaron excelentes resultados financieros que fortalecen el patrimonio y la capacidad operativa del Hospital. Estos excedentes no solo garantizan el cumplimiento de las obligaciones adquiridas, sino que representan una base sólida para futuros proyectos de inversión y mejora en la prestación del servicio.

Actualmente, el proceso de liquidación se encuentra en una fase de cierre técnico respecto a los recobros y saldos pendientes con la Fiduprevisora. Es importante destacar que se ha determinado un monto aproximado de \$180.000

millones de pesos a favor, los cuales representan un recurso adicional de gran impacto para la institución. Sin embargo, existe un incumplimiento contractual por parte de la fiduprevisora, lo que ha generado que estos fondos estén pendientes de "destrabar" para su ingreso efectivo. Este incumplimiento es debido a la coyuntura administrativa y el descalabro financiero que enfrenta el FOMAG, que ha impedido la recepción inmediata de estos activos.

Estamos desplegando todas las acciones legales y gestiones administrativas necesarias para solventar este nudo crítico. El objetivo primordial es asegurar y disponer de este importante recurso adicional, el cual vendrá a potenciar aún más los extraordinarios resultados financieros ya obtenidos por la UT Servisalud San José.





Proyectos Futuros



Como presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, me complace anunciar el despliegue de una serie de proyectos estratégicos, que buscan garantizar la sostenibilidad de nuestra sociedad y diversificar los ingresos. Estos proyectos, son de la sociedad de Cirugía, pero espero con su apoyo, poder estar liderándolos en un nuevo periodo presidencial.



Adquisición del Sistema PET-CT localizado en el Hospital Infantil Universitario de San José

Este proyecto, concebido como un eje estratégico de mediano plazo, representa un hito de integración institucional sin precedentes. Mediante una alianza estratégica que suma las capacidades de la sociedad de cirugía de Bogotá Hospital de San José, el Hospital Infantil Universitario de San José, la FUCS y la posible incorporación de QCI, buscamos consolidar una participación equitativa (proyectada en un 25% por interviniente) para asegurar la sostenibilidad y el acceso a tecnología de vanguardia. Actualmente, nos encontramos en una fase avanzada de negociación con la firma United (representante de Suministros Radiológicos) para concretar la compra por un valor de 1.190.000 USD más IVA, aprovechando las condiciones favorables de la tasa de cambio actual. Si bien mantenemos la objetividad técnica evaluando alternativas de competidores como Siemens, nuestra visión es clara: dotar a nuestras instituciones de una herramienta oncológica y de investigación que honre nuestra tradición de excelencia y garantice que el futuro de la medicina de alta complejidad pase, necesariamente, por nuestras manos.



Creación del Complejo de Producción de Radiofármacos mediante Tecnología de Ciclotrón

Este proyecto, tendrá una inversión robusta entre 25.000 y 30.000 millones de pesos, constituyendo el paso lógico y ambicioso tras la adquisición de nuestro PET-CT. En una alianza estratégica de alto impacto con Salud Total, buscaremos integrar a la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, al Hospital Infantil Universitario de San José y a la Clínica los Nogales, sumando además a otras tres instituciones de referencia que ya operan tecnología PET. El objetivo es claro: dejar de ser solo consumidores para convertirnos en productores independientes de radioisótopos, garantizando el suministro crítico para nuestros pacientes, optimizando costos operativos y consolidando una red de salud autosuficiente que lidere el panorama diagnóstico en el país.



Constitución de nuestra propia Comercializadora de Medicamentos

Un proyecto de integración vertical diseñado para blindar la cadena de suministro de nuestras instituciones. Somos plenamente conscientes de que la viabilidad de este activo no depende solo de la logística, sino de una estructura de capital de trabajo de entre 50.000 y 60.000 millones de pesos para cubrir un flujo operativo de 4 a 5 meses, dada la naturaleza de los ciclos de pago de nuestros hospitales. A pesar de que el Grupo Pisa Farmacéutica desistió de la participación debido a su actual volumen con Asisfarma (70 millones de dólares anuales), este escenario nos brinda la oportunidad de diseñar un modelo propio, robusto e independiente. Nuestra meta a largo plazo es clara: transformar el gasto farmacéutico en una operación eficiente y controlada que garantice que ni un solo paciente vea comprometido su tratamiento por barreras de abastecimiento o de mercado.

Estructuración del Plan de Afiliaciones de Excelencia de la Red San José

Ante la evidente crisis del sector salud y el incremento sostenido del gasto de bolsillo, nuestras instituciones tienen el deber ético y operativo de capitalizar su infraestructura de primer y segundo nivel. Este proyecto busca integrar nuestra capacidad instalada en consulta externa, laboratorios, imágenes diagnósticas y farmacia, ofreciendo un modelo de acceso directo y oportunidad garantizada. Iniciaremos esta fase de despliegue priorizando a nuestra propia comunidad: estudiantes con sus familias y colaboradores de la FUCS, así como colaboradores de nuestros hospitales, quienes hoy sufren el deterioro en la calidad de las EPS. Bajo la rigurosa revisión de nuestro equipo jurídico y estudios actuariales precisos, definiremos un monto básico de afiliación que, sin convertirnos en aseguradores, garantice el acceso a la más alta calidad, tecnología y calidez humana que nos caracteriza.





Participación Estratégica en la Adquisición del Conglomerado de Salud de Patria Investments

Nos encontramos ante una oportunidad histórica y de un rigor financiero excepcional: participar, bajo las mismas condiciones de adquisición del fondo (un valor total de 487 millones de dólares), en la propiedad de activos tan emblemáticos como Colmédica, Aliansalud, la Clínica del Country y la Clínica La Colina. Con un ticket mínimo de entrada de 5 millones de dólares, esta inversión nos posiciona en nichos de mercado de alta rentabilidad y estabilidad, accediendo a una red que incluye 31 centros de atención y 14 centros de imágenes. Es fundamental destacar que el precio de negociación representa un 60% menos del valor de adquisición original de UnitedHealth, a pesar de ser operaciones que generan excedentes constantes. Esta apuesta, de riesgo moderado, cuenta además con el sólido respaldo de activos inmobiliarios valorados en 125 millones de dólares. No se trata solo de una inversión financiera; es la consolidación de nuestra Sociedad en la élite del aseguramiento y la prestación de servicios de salud en Colombia, garantizando nuestra sostenibilidad y liderazgo por las próximas décadas.

Desarrollo de la Torre 3 de la Clínica Los Nogales

Este proyecto, que ya cuenta con tres placas de estructura ejecutadas, representa una inversión de 85.000 millones de pesos, totalmente apalancada por los excedentes operativos de la clínica, lo que demuestra la solidez financiera y capacidad de reinversión. La visión a largo plazo se consolida con la reciente ampliación de la Zona Franca a 30 años y la autorización del IDU para la construcción del puente de interconexión con la Torre 1, optimizando el flujo de hospitalización. Este complejo se erigirá como el epicentro oncológico de la región, dotado con dos aceleradores lineales de última generación y un sistema PET, ampliando la capacidad instalada no sólo en el ámbito asistencial, sino fortaleciendo la vocación como centro de excelencia en docencia e investigación para la FUCS. Se trata de un activo de alta rentabilidad y valorización estratégica que continuará favoreciendo los ingresos no operacionales de nuestras instituciones.



Hospital del Futuro

Este complejo hospitalario, proyectado con 20.000 m² de área asistencial de vanguardia y 12.000 m² de sótanos técnicos y logísticos, representa una inversión en obra estimada entre 160.000 y 200.000 millones de pesos (basado en un valor de construcción de 8 a 10 millones por m²). Si bien ya contamos con el interés de fondos de inversión de primer nivel, este es el momento histórico para que los miembros de nuestra Sociedad de Cirugía, las sociedades médicas aliadas y terceros estratégicos se vinculen como socios capitalistas en este desarrollo. No se trata simplemente de un proyecto inmobiliario, sino de la creación de un ecosistema de salud inteligente, diseñado bajo estándares de sostenibilidad y eficiencia clínica que garantizarán una rentabilidad sólida y, sobre todo, un legado de excelencia médica para las próximas generaciones en el país.



Estructuración del Fondo de Perpetuidad

Alianza Estratégica de Operación

Por último, quiero presentarles el proyecto que definirá la trascendencia y el blindaje financiero de nuestras instituciones para el próximo siglo: **la Estructuración del Fondo de Perpetuidad y Alianza Estratégica de Operación**. Este plan maestro consiste en la capitalización de nuestra operación mediante la vinculación de aliados estratégicos globales, buscando la venta parcial o total únicamente de la operación de nuestros hospitales y la FUCS, por un valor objetivo de 500 millones de dólares (aprox. 2 billones de pesos). Es imperativo subrayar que esta negociación excluye los activos inmobiliarios actuales de la Sociedad, la Clínica Los Nogales, la Clínica Azul y nuestra caja actual, los cuales permanecen como patrimonio intocable. El capital resultante constituirá un Fondo Privado de Inversión diseñado para generar ingresos no operacionales recurrentes, garantizando la liquidez perpetua de la Sociedad de Cirugía. Bajo un nuevo esquema societario e integración inteligente, se establecerán contratos de operación a 100 años con la FUCS y nuestros hospitales, asegurando que la excelencia asistencial y académica continúe bajo nuestra tutela estratégica, pero con el músculo financiero de un gigante global.



Para concluir este informe, deseo expresar mi más profunda gratitud a los honorables miembros de esta asamblea. Su apoyo incondicional y su confianza depositada en mi gestión durante estos 26 años de presidencia han sido el cimiento sobre el cual hemos edificado cada logro. Gracias por su voluntad inquebrantable de alcanzar las metas que un día proyectamos como visión de futuro. Mi objetivo es dar continuidad a las metas trazadas y asegurar que los proyectos en curso lleguen a feliz término, siempre bajo los valores de ética, transparencia y rigor científico que nos definen.

Los invito a brindarme nuevamente su voto de confianza en la próxima jornada de votación. Juntos, seguiremos transformando la Sociedad de Cirugía de Bogotá, nuestros hospitales y la FUCS en los referentes que nuestros pacientes, estudiantes y colegas merecen.

Quiero extender mi gratitud a los integrantes de la Junta Directiva del Hospital de San José, así como al equipo directivo liderado por el Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno, Director General. Mi agradecimiento se hace extensivo a los Subdirectores, jefes de departamento y servicios médicos, colegas, y al personal paramédico y administrativo. Su resiliencia y esfuerzo en tiempos de adversidad han sido la garantía del cumplimiento de nuestros objetivos estratégicos.

De igual manera, es imperativo exaltar la labor de los miembros del Consejo Superior de la Fundación universitaria de ciencias de la salud, y por supuesto a nuestro rector el Dr. Sergio Augusto Parra Duarte. Gracias al cuerpo de vicerrectores, a la gerencia, al personal docente y administrativo por su gestión extraordinaria. Su aporte ha sido fundamental para consolidar el crecimiento de nuestra institución educativa y honrar nuestra misión institucional.

Asimismo, agradezco al equipo del Consejo de Gobierno del Hospital Infantil Universitario de San José y a su Junta Directiva. A la dirección general encabezada por el Dr. Maikel Pacheco Trujillo, junto a su equipo de subdirectores y personal asistencial, han demostrado nuevas metas, transformando el direccionamiento estratégico en búsqueda de nuevos resultados y bienestar para nuestra comunidad hospitalaria.

En el plano más íntimo, deseo manifestar mi gratitud infinita a mi esposa, Patricia Jiménez de Gómez, a mis hijos y a mis nietos. Ustedes constituyen mi baluarte más sólido y la fuente de mi equilibrio; han sido el pilar que me ha sostenido con un amor generoso y una comprensión ejemplar, especialmente en aquellos periodos donde las exigencias de nuestras instituciones demandaron mi ausencia. Su respaldo incondicional no solo ha sido mi refugio, sino la fuerza que renueva mi pasión y mi compromiso día tras día.

Asimismo, elevo mi agradecimiento a Dios, cuya gracia me ha otorgado la salud, la vitalidad y la claridad de propósito para consagrar mi vida al servicio de la Sociedad de Cirugía y nuestras instituciones. Reconozco que cada obstáculo vencido y cada logro alcanzado han sido lecciones providenciales en nuestra búsqueda incansable de la excelencia.

Ha sido un honor liderar y evolucionar junto a la Sociedad de Cirugía de Bogotá, el Hospital de San José, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, el Hospital Infantil Universitario de San José y nuestras instituciones aliadas. Juntos hemos forjado un legado de innovación y servicio. Sin embargo, este hito no es la meta, sino un nuevo punto de partida. El futuro nos interpela a redoblar esfuerzos y a trabajar con un compromiso inquebrantable, con la certeza de que la grandeza de nuestras instituciones no tiene límites cuando la unidad y el propósito común dirigen nuestras acciones. Como lo manifesté previamente, pongo mi nombre y la plancha para continuar liderando la junta directiva del Hospital de San José y del Hospital Infantil Universitario de San José, así como su consejo de gobierno y el consejo superior de la FUCS, comprometiéndome como lo he hecho en todo este tiempo a liderar con éxito los proyectos a corto y mediano plazo que nuestras organizaciones requieran.

Con respeto y admiración por ustedes



Jorge E. Gómez Cusnir
Presidente



Dirección General

Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno - Director General

Honorables miembros de la Sociedad de Cirugía:

Estimados miembros de la Asamblea,

Es un honor dirigirme a ustedes en el marco del post centenario de nuestro hospital. Estos ciento un años de trayectoria ininterrumpida son el resultado de una gestión estratégica orientada a la excelencia, la sostenibilidad y el cumplimiento del propósito de nuestros fundadores: ofrecer atención médico-quirúrgica de alta calidad y formar profesionales de la salud con estándares internacionales, capaces de responder a las necesidades del país.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento al Dr. Jorge Gómez Cusnir y a la Junta Directiva por la confianza depositada en mi gestión. Su respaldo ha sido fundamental para el desarrollo y ejecución de los proyectos propuestos.

Asimismo, deseo reconocer el compromiso de los jefes de Servicio, quienes han impulsado ideas innovadoras para diversificar nuestra oferta y han asumido con gran responsabilidad los lineamientos establecidos por la Junta Directiva.

El presente informe detalla el ejercicio administrativo y asistencial realizado para adaptar nuestra institución a los cambios del entorno sanitario, integrando innovación tecnológica y alcanzando óptimos resultados clínicos. A pesar de los desafíos financieros del 2025, logramos incrementar nuestra razón de solidez de 2,66 a 3,44, lo que demuestra nuestra capacidad para cumplir con las obligaciones adquiridas. No obstante, mantenemos un seguimiento permanente sobre el flujo de caja, los ingresos operacionales y el recaudo de cartera para fortalecer nuestra liquidez.

Actualmente, enfrentamos desafíos significativos debido a demoras de las aseguradoras en los pagos, las glosas recurrentes y condiciones contractuales exigentes, factores que requieren de nuestra atención y monitoreo constante.

Desde la Dirección, se ha implementado una estrategia de diversificación de contratos para reducir el riesgo de dependencia de pagadores principales. A la fecha, nuestra participación se distribuye de la siguiente manera: Compensar (26%), Salud Total (23%), Capital Salud (19%), Fiduprevisora (14%), Nueva EPS (6%) y Sanitas (2%). Paralelamente, estamos priorizando la venta de servicios a entidades con mejores condiciones tarifarias, como Capital Salud y Compensar, y fortaleciendo convenios para ampliar nuestra base de clientes.

Asimismo, somos conscientes de las crecientes exigencias de los pacientes en cuanto a oportunidad, calidad y experiencia, lo cual ha derivado en un incremento de riesgos jurídicos y tutelas, especialmente por dificultades en procesos de autorización. Ante este escenario, nuestro objetivo es consolidar un modelo que garantice la sostenibilidad financiera sin comprometer una atención segura, oportuna y humanizada.

A pesar de este panorama, contamos con una organización sólida, respaldada por una gobernanza transparente y procesos consolidados que nos permiten proyectarnos con confianza hacia el futuro.

En materia de crecimiento institucional, se habilitaron los servicios de neuropediatría, estomatología, endodoncia y periodoncia; se implementó la modalidad de telemedicina como prestador de referencia y remitente en teleexpertise de imágenes diagnósticas, ionizantes y no ionizantes; se amplió el programa de somnología; y se instauró el programa de falla cardíaca. De igual manera, se incorporaron nuevas capacidades en hipotermia terapéutica neonatal; se puso en marcha la tecnología SpyGlass; y se consolidó el servicio de cirugía robótica, fortaleciendo así la academia y la cirugía avanzada para alta complejidad.

Hemos ratificado nuestro compromiso con la calidad, por lo que seguimos trabajando bajo el modelo del Sistema de Acreditación en salud; logramos renovación de las certificaciones ISO 9001 del Laboratorio clínico; la certificación del Invima por cumplimiento del Banco de Sangre y por buenas prácticas del Centro de Investigaciones; la Certificación como Empresa Socialmente Responsable de Cámara y Comercio y el primer lugar por la implementación de la economía Circular en la estrategia “MI Empresa también retorna”; y el reconocimiento al hospital por parte de la Secretaría de Salud, como tutor de la Ruta de Mejoramiento, con lo cual se ha fortalecido el relacionamiento con este ente de vigilancia y control.

Cada decisión tomada ha tenido como prioridad preservar los mejores resultados clínicos, la experiencia de los pacientes y la sostenibilidad institucional. Alcanzamos indicadores altamente satisfactorios: proporción de eventos adversos del 3,73%; tasa de infección intrahospitalaria del 1,02%; tasa de mortalidad de 11,5 por mil; y tasa de reingreso del 0,83%. Todos estos resultados se sitúan por debajo de las metas establecidas y se reflejan en niveles de satisfacción superiores al 97 % en pacientes; más del 93 % en docentes y estudiantes; 83 % en satisfacción laboral; y 86 % en aseguradores.

La calidad asistencial también depende de entornos adecuados, seguros y funcionales. Por ello, durante este período se realizó una inversión de \$3.026 millones destinados al mantenimiento preventivo, correctivo, embellecimiento de las áreas comunes, la remodelación de áreas prioritarias como el banco de sangre y esterilización, así como la adecuación de los quirófanos para el sistema Da Vinci; se realizó el mantenimiento de fachadas, la remodelación de las cámaras C y E de radiología y la intervención y reapertura de las porterías de las carreras 18 y 19, con un diseño moderno y funcional que facilita el acceso de pacientes y visitantes.

El proyecto de la modernización del pabellón Fundadores A, fue un gran reto y un logro institucional, con un costo calculado de inversión en infraestructura y dotación como primera fase de \$2.028.mil millones. Fue inaugurado el pasado 20 de febrero, la reapertura del Pabellón marco un hito estratégico en la modernización de nuestra infraestructura y consolida nuestro modelo de atención centrado en el bienestar integral del paciente y sus familias.

Este proyecto es mucho más grande y se desarrollara por etapas en el 2026 con la intervención del pabellón fundadores B, el área de coworking, el jardín interno, el área de bienestar para el equipo médico y asistencial. Este proyecto representara un giro significativo en términos de interiorismo e imagen corporativa, posicionando al hospital a la altura de las instituciones más modernas del país.

La renovación tecnológica también fue prioritaria este año, con una inversión total de \$18.917 millones. tecnología de Sistemas y de comunicaciones, se asignaron \$1.581 millones; para el mantenimiento de equipos biomédicos \$2.997 millones y para el reemplazo de equipos por obsolescencia o a la actualización tecnológica conforme a los avances médicos a nivel mundial, se destinaron \$14.339 millones. Esta inversión incluyó la incorporación del sistema Da Vinci, la adquisición de microscopios y laparoscopios para la unidad quirúrgica, equipos de radiología convencional y un mini angiógrafo, fortaleciendo así la capacidad resolutive y la calidad de la atención.

Quiero expresar un especial agradecimiento al Dr. Sergio Parra Duarte Rector de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, ya que su apoyo ha sido fundamental para que el hospital se mantenga a la vanguardia tecnológica. Gracias a los recursos provenientes del convenio docencia servicio, hemos cumplido con nuestra promesa de valor de brindar una atención excelente y segura, reafirmando nuestra calidad como hospital

universitario, tal como fue reconocido por el Ministerio de Educación y la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

Asimismo, hemos fortalecido la gestión clínica con el programa de hemofilia, preparándose para certificación en nivel Plata de esta Unidad Clínica de Alto Desempeño, pese a las implicaciones de alto costo que conlleva esta atención. Se han apoyado las iniciativas de los servicios de neurología, cardiología, endocrinología y dermatología, cuyos programas han obtenido reconocimientos internacionales y potencian nuestra vocación académica como hospital universitario. De igual forma, se ha impulsado la cirugía robótica como programa avanzado en las especialidades de urología, cirugía general y ginecología.

Estamos trabajando en materializar el Proyecto de “Hospital del Futuro”, según los lineamientos de la Presidencia, por lo que hemos iniciado el trabajo coordinado con la firma Didier Rincón S. Arquitectos. En este marco, se hará la formulación y validación de los componentes arquitectónicos, estructurales y de instalaciones hospitalarias, acordes con la normatividad de habilitación sanitaria, incluyendo la estructuración del cronograma y la estimación de los requerimientos presupuestarios, a fin de garantizar la viabilidad técnica, operativa y financiera.

De manera complementaria, en el primer semestre de 2026, se pondrá en marcha el Proyecto de Planeación Estratégica Institucional, el cual establecerá el direccionamiento a mediano y largo plazo. Este proceso contempla un diagnóstico situacional integral, la identificación de brechas en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, y la definición de objetivos, metas e indicadores alineados a las políticas ya definidas por la Junta Directiva.

La articulación entre la planificación estratégica y la ejecución del Proyecto “Hospital del Futuro” permitirá asegurar mejores ofertas de servicios y resultados concretos en beneficio de nuestros grupos de interés.

Nada de esto habría sido posible sin el compromiso del equipo humano que integra nuestra institución: jefes de Departamento y de Servicio, profesionales de la salud, personal técnico, administrativo y de apoyo. Todos han demostrado responsabilidad y un profundo sentido de pertenencia.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Ricardo Durán Acuña, vicepresidente de la Junta Directiva, por su apoyo crítico y propositivo a los proyectos de esta Dirección.

Asimismo, hago un reconocimiento especial a mi equipo directivo: al Dr. José David Rodríguez, Subdirector Médico; al Señor Andrés Gutiérrez, Subdirector Administrativo y Financiero; y a la Dra. Luz Elena Ochoa, Subdirectora de Talento Humano.

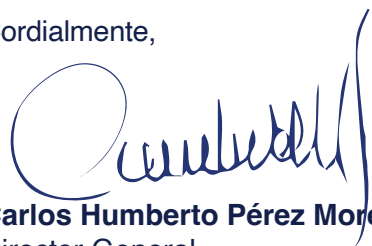
Extiendo también este agradecimiento a los líderes de áreas claves: clave como la Jefe Angela Agudelo, Jefe de la Oficina de Calidad; la Jefe Margarita Pérez, Jefe del Departamento de Enfermería; el Dr. Edgar Acuña, Jefe de Educación Médica; el Dr. Miguel Ángel Saavedra, Jefe del Servicio de Urgencias; la Jefe Patricia Rodríguez, Jefe de Contratación; la Coordinadora de Comunicaciones Margie Pérez y el ingeniero Jhon Carrillo, Jefe de Servicios Administrativos y los equipos de trabajo que cada uno integra.

Su compromiso y capacidad de ejecución han sido determinantes para materializar las iniciativas propuestas en nuestra institución.

Por último, quiero reiterar que mi compromiso sigue firme para continuar la gestión con transparencia, responsabilidad y visión estratégica; cuidar los recursos como propios; y trabajar cada día para que el hospital crezca acorde a las necesidades del país, se fortalezca y se mantenga como una institución moderna, innovadora y al servicio de la comunidad, tal como lo plantea el proyecto de "Hospital del Futuro".

Muchas gracias.

Cordialmente,



Carlos Humberto Pérez Moreno
Director General





×
×

Resultados Clave

×
×

En este enfoque de evaluación de resultados, hemos trabajado para generar valor para nuestro hospital en tres dimensiones fundamentales: **la calidad asistencial, la eficiencia organizacional y el impacto en la sostenibilidad de la institución, del sector y del país.**



Metas Estratégicas

En relación con los resultados en salud, hemos consolidado nuestros programas y servicios, los cuales han demostrado ante las diferentes aseguradoras que responden de manera efectiva a las necesidades de los grupos poblacionales que demandan nuestra atención. A pesar de las dificultades del sector -especialmente en materia de autorizaciones y financiación- mantenemos el cumplimiento de metas en indicadores transversales y de alto impacto, como la tasa de infección intrahospitalaria, la tasa de mortalidad y la proporción de eventos adversos, entre otros. Estos resultados son valorados positivamente en los cuadros de mando compartidos con las principales aseguradoras.

En cuanto a la experiencia del paciente, eje fundamental de nuestro direccionamiento estratégico y estrechamente ligado al modelo de atención centrada en la persona y la humanización del servicio, mantenemos una tasa de satisfacción del 97 %. Durante 2025 avanzamos en la transformación del Centro de Atención Amable y Segura (CAAS) en un Centro de Experiencia del Paciente (CEP). Con esta evolución esperamos, en 2026, comprender con mayor profundidad las expectativas del usuario y su familia, para diseñar estrategias más efectivas de atención humanizada, fortaleciendo los niveles de satisfacción y la confianza en nuestro equipo y en los procesos asistenciales.

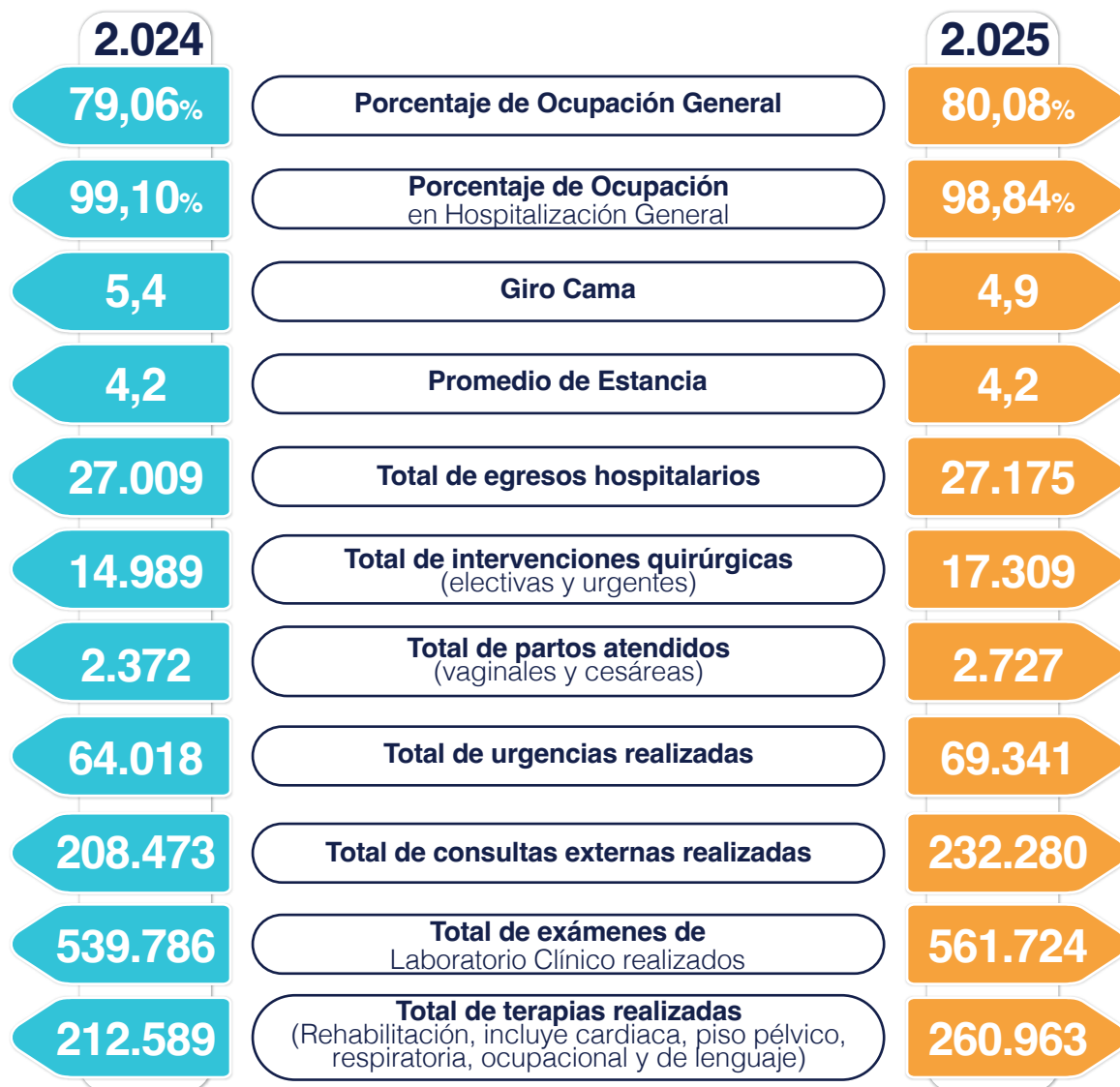
En el eje de sostenibilidad, hemos priorizado la estabilidad financiera mediante un control más riguroso de costos, el fortalecimiento de la eficiencia operacional, la gestión oportuna de glosas y la revisión permanente de tarifas. Desde la Dirección General, con el acompañamiento

constante de la Presidencia, hemos trabajado en el fortalecimiento de las relaciones con las aseguradoras, promoviendo el cumplimiento de los acuerdos de pago indispensables para responder adecuadamente a nuestros grupos de interés, sin comprometer los estándares de calidad que nos caracterizan.



Indicadores de Primer Orden

Comparativo de Indicadores de Eficiencia Hospitalaria



Fuente: Informe Estadística

En cuanto a la productividad medida por número de atenciones, durante el año 2025 se observa poca variación en la ocupación hospitalaria, la cual se ha mantenido alrededor del 98 % en los últimos tres años.

Respecto al total de egresos:

- Incremento del 0,6% frente a 2024.
- Consultas en urgencias aumentaron un 8,31 %.
- Consulta externa incremento del 8,3 %
- Terapias aumentaron 22%.

A pesar de la disminución de la tasa de natalidad en Colombia las atenciones por parto en el servicio de obstetricia se incrementaron en un 15 %, como consecuencia del cierre de servicios de obstetricia en Bogotá.

El aumento en la ocupación de hospitalización general también se refleja en la disminución del giro cama en 9,2%, lo cual se explica por la mayor complejidad de los pacientes.

Indicadores de Gestión Clínica



Fuente: Informe Estadística - Sistema de Gestión Almera

Respecto a los resultados clínicos:

- Aunque los eventos adversos registraron un incremento, las cifras se mantienen dentro de las metas establecidas (< 5 %, respectivamente)
 - La mortalidad mostró disminución del 2,04% y la tasa de infección intrahospitalaria también disminuyó en 24% con respecto al año anterior.
 - Es importante señalar que la oportunidad en la atención en diferentes áreas se vio afectada durante 2025, especialmente en la programación de cirugías y en la atención en obstetricia. Esta situación se explica por el aumento en la demanda de servicios, aspecto que depende en gran medida de la gestión del asegurador.
 - Los servicios con mayores dificultades de programación debido al incremento de la demanda fueron ortopedia, otorrinolaringología y anestesiología. Para mitigar esta situación, se realizaron ajustes en las agendas, se ampliaron los cupos disponibles y se habilitó programación durante los fines de semana.
- Por otra parte, la cancelación de cirugías programadas por causa institucional disminuyó significativamente, alcanzando un 1,8 % de los casos programados.



×
×

Direccionamiento Estratégico

×
×

El año 2025, además de la conmemoración de los 100 años del hospital, marcó el cierre del Direccionamiento Estratégico denominado “Ruta del Centenario”, con avances significativos en todos los frentes definidos para el desarrollo institucional.

En los ámbitos de gestión del conocimiento e innovación, gestión del talento humano, gestión del riesgo, gestión tecnológica y fortalecimiento de procesos institucionales seguros, se implementaron las estrategias previstas, lo que permitió mantener los indicadores estratégicos dentro de las metas establecidas y garantizar la sostenibilidad institucional.

Gestión con Mercadeo

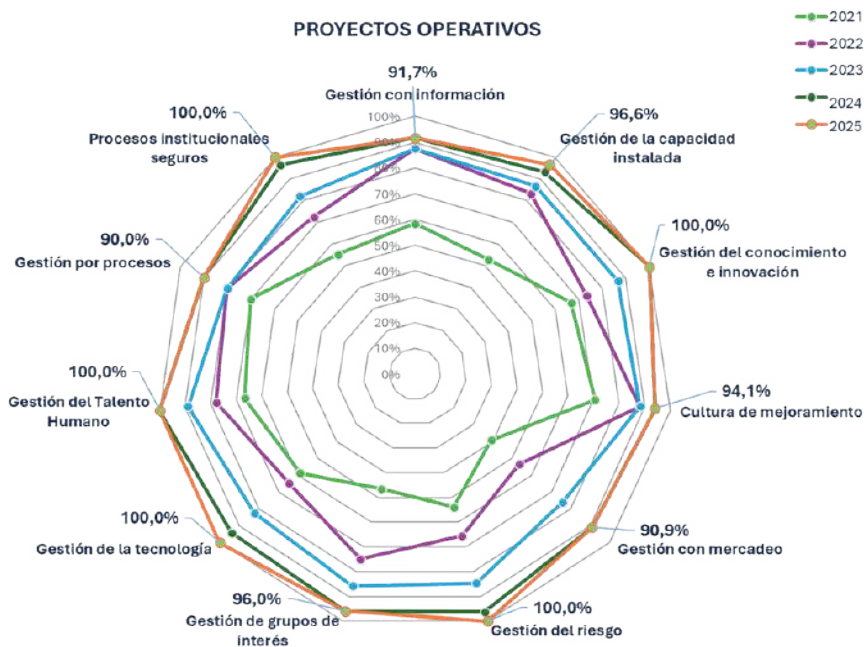
Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias de Mercadeo	90.9%

Las principales aseguradoras con las cuales el hospital mantiene contratos formalizados o acuerdos de prestación de servicios vigentes reconocen a la institución como un hospital universitario de alto prestigio, destacado por su nivel académico, sus resultados clínicos y su compromiso con la atención integral de sus afiliados.

Durante 2025 se presentó una disminución del 3 % en la facturación con respecto a 2024. No obstante, las dificultades del sistema, se mantuvo el relacionamiento con las principales aseguradoras, estableciendo acuerdos tarifarios orientados a lograr tarifas competitivas a costos razonables. En este contexto, se alcanzaron ajustes tarifarios significativos con Compensar, Sanitas y Capital Salud.

Sin embargo, con Salud Total, nuestro asegurador de mayor volumen de pacientes no fue posible concretar un incremento tarifario durante 2025, a pesar de las diferentes propuestas e intervenciones adelantadas desde la Dirección General.

Las principales dificultades desde la gestión contractual se relacionan con el trámite de avales de tarifas, insumos y procedimientos en cirugías ambulatorias y urgencias, siendo Salud Total y Compensar las principales aseguradoras con las cuales se gestionaron dichos avales y también con las que más casos hubo de negación.



Fuente: Control Avances Planeación Estratégica - Oficina de Calidad y Auditoría Médica

El resultado del cumplimiento de las diferentes estrategias propuestas en el Direccionamiento que estamos cerrando, se evidencia en el cumplimiento de la Triple Meta, mecanismo de evaluación que definimos al inicio de este ciclo.

En innovación de productos y servicios, se trabajó especialmente la cirugía robótica logrando la atención de 28 pacientes con esta técnica quirúrgica. También vale la pena resaltar los nuevos servicios ofertados en consulta de falla cardiaca y neurología pediátrica.

Para el año 2025, la calificación que el hospital realiza a las aseguradoras mostró a Compensar y a Capital Salud, como principales clientes por la relación comercial, el porcentaje de glosa controlado y por el volumen de pacientes atendidos; seguida por Capital Salud, Salud Total, Fiduprevisora y Sanitas. Caso diferente es Nueva EPS, que baja su calificación por tarifas, glosa inicial y forma de pago; Emcosalud bajó también la calificación con respecto al año anterior, por aplicar un monto importante de glosa no justificada.

Para el 2026, se proyecta ofertar servicios de manera más equitativa con las diferentes aseguradoras y abrir nuevos contratos con Famisanar y Aliansalud, para disminuir el riesgo de dependencia a un solo asegurador. Por otra parte, se continuará mostrando a nuestros clientes los avances en infraestructura, tecnología y servicios, promoviendo la atención para pacientes particulares y de medicina prepagada.

Muy importante el despliegue de la marca de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, en especial con la celebración del centenario y con la participación en medios de comunicación internos y externos. Se ejecutaron acciones integrales en medios institucionales, plataformas digitales, canales internos y relacionamiento con medios de comunicación, garantizando mensajes oportunos, claros y alineados con los objetivos corporativos. Este trabajo permitió consolidar una narrativa institucional sólida, apoyar los hitos estratégicos de la organización y fortalecer la confianza de los diferentes grupos de interés.

En los ámbitos de gestión del conocimiento e innovación, gestión del talento humano, gestión del riesgo, gestión tecnológica y fortalecimiento de procesos institucionales seguros, se implementaron las estrategias previstas, lo que permitió mantener los indicadores estratégicos dentro de las metas establecidas y garantizar la sostenibilidad institucional.

Se instalaron placas conmemorativas en piedra y acero, creación de un espacio para banderas en consulta externa y restauración de astas en la fachada principal plaza España. También se realizó la producción del Libro de Repertorio, con motivo del centenario y se diseñó y desplegó en todos los eventos relacionados, el video histórico del hospital, la producción de la estampilla de los 100 años, la emisión postal colombiana UPAEP 2025 sobre el tema “sanidad”.

Apoyo logístico y desarrollo del Evento Hospital de San José: Un Siglo en Escena 100 Años de Identidad y Transformación Médica liderado por la empresa Dr. Stich, logrando un alcance importante en el sector de la moda y la medicina, logrando la participación de exponentes de la moda, médicos personal administrativo y asistencial.

En temas de infraestructura se actualizó la señalización de las áreas comunes, consulta externa y la instalación de los televisores de 85 pulgadas en lugares estratégicos del hospital, en el que se muestra la información institucional, con contenido dinámico y con gran contenido asistencial, administrativo, incluyendo también temas varios de actualidad e interés para los usuarios, colaboradores y visitantes.



Gestión de la Capacidad Instalada

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias de capacidad instalada	96.6%
Inversión en mantenimiento y Remodelación de la infraestructura	\$2.028.000.000
Mantenimiento correctivo	\$ 420.452.000
Mantenimiento preventivo	\$ 514.000.000
Mantenimiento preventivo	\$ 64.000.000



El promedio de estancia estuvo en 4,4 días con incremento del 5% con respecto al 2024.



En consecuencia, el Giro cama disminuyó levemente alcanzando promedio de hospitalización general, en 5,2 veces debido al aumento del promedio de estancia en las especialidades médicas, dado por la complejidad de los casos en pacientes pluripatológicos y también por la inoportunidad en la autorización de tratamientos y por la disponibilidad de medicamentos e insumos de alto costo.



Durante todo el año 2025, se mantuvo la ocupación en hospitalización general en promedio del 99%, con ingreso principalmente por el servicio de urgencias, algunos pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, que de manera ambulatoria no pueden dar continuidad al tratamiento médico y farmacológico ya instaurado.



Las patologías más frecuentes en las especialidades médicas tuvieron predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente patología cardiovascular (insuficiencia cardíaca, síndrome coronario, hipertensión), trastornos endocrino-metabólicos como diabetes mellitus y enfermedad tiroidea, y enfermedad renal crónica. También se observa alta frecuencia de patología respiratoria crónica (EPOC, asma, infecciones respiratorias complicadas), enfermedad neurológica (ACV, epilepsia, trastornos neurodegenerativos), enfermedades reumatológicas degenerativas e inflamatorias, y patología gastrointestinal como enfermedad ácido-péptica y enfermedad hepática.



Se evidencia la alta ocupación en Uci adulto (96%) y cuidado coronario (93%), en contraste con las unidades de cuidado intensivo pediátrico y neonatal, que estuvieron en promedio en 70% de ocupación.



Oncología y Hematología predominan neoplasias sólidas y enfermedades hematológicas malignas y benignas, mientras que infectología refleja complicaciones infecciosas en pacientes con comorbilidades. En geriatría se concentra población con multimorbilidad y fragilidad.



El Departamento quirúrgico los casos más frecuentes se relacionaron con patología estructural, degenerativa y traumática, junto con enfermedades crónicas que evolucionan a manejo quirúrgico. Se destacan procesos abdominales agudos, enfermedad cardiovascular y vascular, patología osteoarticular, afecciones urológicas y oculares, así como complicaciones neurológicas que requieren intervención.



El Departamento de Ginecología se observa un predominio de patología ginecológica benigna, especialmente trastornos del ciclo menstrual (sangrado uterino anormal), miomatosis uterina, quistes ováricos y dolor pélvico crónico. También se destacan las infecciones del tracto genital inferior, enfermedad inflamatoria pélvica y control de patología cervical asociada a tamizaje. En menor proporción, pero de alto impacto clínico, se identifican neoplasias ginecológicas como cáncer de cuello uterino, endometrio y ovario.



El departamento de Pediatría se evidencia un predominio de infecciones respiratorias agudas (bronquiolitis, neumonía, crisis asmática), seguidas de enfermedades gastrointestinales como diarrea aguda y deshidratación. También son frecuentes los cuadros febriles virales y las exacerbaciones de patologías crónicas como asma y trastornos neurológicos. En los casos de mayor complejidad, especialmente en cuidado crítico, destacan la insuficiencia respiratoria, la sepsis y las complicaciones infecciosas graves. Además, se observa presencia de malformaciones congénitas y trastornos del neurodesarrollo, que requieren seguimiento especializado.



El perfil epidemiológico en los servicios médicos de Apoyo diagnóstico: se evidencia que las patologías de mayor relevancia corresponden principalmente a enfermedades crónicas no transmisibles, eventos cardiovasculares, trastornos de salud mental y patologías osteomusculares. En el área de hemodinamia predominan la enfermedad coronaria, síndrome coronario agudo, angina inestable y enfermedad arterial periférica, asociadas a alta carga de factores de riesgo como hipertensión, diabetes y dislipidemia.

Se trabajó en mejorar el proceso de egreso con el programa de altas oportunas, logrando un tiempo de egreso promedio de 1 hora 46 minutos, 14 minutos por debajo del tiempo esperado en el proceso. El análisis de las causas de prolongación de estos tiempos sigue siendo importante la espera del familiar para el egreso efectivo y la consecución de cuota de copago por parte del familiar.

La proporción de ingresos por referencia de otras instituciones ha aumentado en el 2025, cuando se recibieron 130.529 solicitudes, 21% más que el año anterior. De estas remisiones se recibieron finalmente 7.419 pacientes, que corresponde en su mayoría a Salud Total.

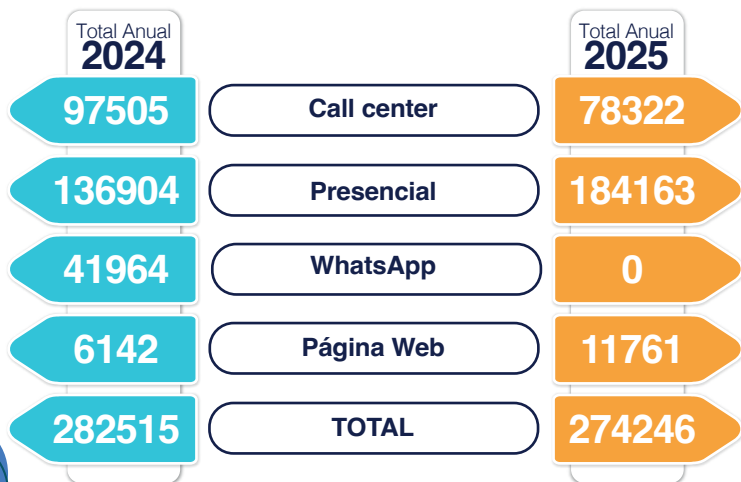
El año 2025 la ocupación de los quirófanos estuvo en promedio de 73%, con disminución en 4,5% de los procedimientos programados y de urgencia. Sin embargo, continúan siendo las especialidades de urología, cirugía general, ortopedia, otorrino y ginecología las de mayor demanda de servicios.

Respecto a consulta externa, durante el año 2025, la principal dificultad presentada, se relaciona con el sistema de agendamiento, actualmente insuficiente para la atención de una gran demanda de servicios en todas las especialidades y subespecialidades. Dada la alta demanda de servicios y los daños frecuentes de la red telefónica externa, se decidió hacer apertura de puntos de atención presencial, la cual ha sido el mecanismo de preferencia de los usuarios, como se evidencia en la distribución a continuación:

Durante el año se dio prioridad al embellecimiento, la remodelación y la adecuación de la infraestructura. Entre las principales intervenciones se destacan el banco de sangre, esterilización, la unidad quirúrgica, las áreas de ingreso por las carreras 18 y 19, la adecuación de las cámaras de radiología, el mantenimiento general de fachadas y de las áreas internas del hospital. Asimismo, el proyecto más relevante del segundo semestre fue la remodelación del Pabellón Fundadores A.

Para este último, se proyectó la creación de un ambiente más moderno y funcional. Con este propósito, se contrató una asesoría especializada en interiorismo y, conforme a las recomendaciones establecidas, se llevó a cabo la renovación total de baños, habitaciones, pasillos, e incluso la central de enfermería. Como resultado, se logró un entorno con mayor iluminación, más acogedor, moderno y seguro, cumpliendo con los requisitos normativos de infraestructura. Se incluyeron en la obra, la adecuación de redes eléctricas, intercambio de aire especialmente en la habitación para aislamiento y la instalación de red contra incendios.

Con este proyecto se espera mejorar la oferta de servicios y ofertar servicios para un grupo de pacientes de medicina prepagada, planes complementarios y pacientes particulares.



Fuente: Informe Admisiones - Estadística



Gestión del Talento Humano

Este proyecto estratégico tiene como objetivo, el desarrollo integral del talento humano, el alineamiento de los terceros a las estrategias de gestión propuestas, y el cumplimiento normativo del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias de Talento Humano	100%
Cumplimiento del Plan de Capacitación	100%
Percepción Clima Laboral	83%

Fuente: Informe de Gestión Subdirección Talento Humano

Estas estrategias se reflejan en la satisfacción general (clima organizacional) que estuvo para el 2025 en 83% y la calificación general de cultura organizacional, que se mantuvo igual que el año anterior en 4,1, siendo los aspectos con mejor evaluación el criterio de Direccionamiento, que indica la apropiación y entendimiento de la plataforma estratégica institucional y el criterio de Acreditación, en la que se evalúa la forma en que los colaboradores perciben la integración de los ejes de acreditación en los procesos y actividades organizacionales.

En el año 2025 se realizaron varias actividades y eventos conmemorativos por el centenario, se continuó en el énfasis en la formación de líderes de áreas administrativas, con el curso "Expedición 100" y la gestión del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, cumpliendo con el 97% de las actividades programadas para exámenes médicos ocupacionales y logrando la disminución de número de días de incapacidad, debido a que los accidentes fueron clasificados como leves.

Gestión de Grupos de Interés

Este proyecto estratégico tiene como objetivo, la identificación y atención de las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, de manera que se fortalezca el relacionamiento con dichos grupos y se cumpla la promesa de valor definida para cada uno de ellos.

Indicador	Resultado
Avance en cumplimiento de actividades de Gestión de grupos de interés	95,8%
Satisfacción de Usuario	97,89%
Satisfacción de Aseguradores	86,0%
Satisfacción de Colaboradores	83%
Satisfacción docentes con el escenario de práctica	96,5%
Satisfacción estudiantes	93,1%

Fuente: Informes de Gestión - Sistema de Gestión Almera

Para el año 2025, se continuó en la caracterización de los diferentes grupos de interés y la evaluación de sus necesidades y expectativas frente a su relacionamiento con el hospital.

Para mejorar la atención a los usuarios se transformó el Centro de Atención Amable y Segura (CAAS), por el Centro de Experiencia al paciente (CEP), para lo cual se cambió el perfil y las competencias del equipo humano de esa área, con la perspectiva de crear valor en la relación con el usuario, generar mecanismos de evaluación de la experiencia y asegurar una relación más cálida en los procesos administrativos, de cara al paciente, con el que el eje de humanización y atención centrada en la persona, se vea reflejada como prioridad. Como resultado, se observó un aumento significativo en los indicadores de información y oportunidad. Estos avances reflejan esfuerzos, aunque aún se espera por mejorar la calidad de los servicios y la experiencia del paciente.

Respecto al relacionamiento con las aseguradoras, se continuaron haciendo las reuniones de seguimiento o cuadros de mando, en los que se evalúa el cumplimiento de los indicadores clínicos y financieros y se revisan temas puntuales de los contratos. También se implementaron canales de comunicación directa entre directivos de ambas partes, con lo que la Dirección General estuvo al frente de las negociaciones y los seguimientos a los pactos, especialmente en la gestión de glosas, la gestión de cartera y la oferta de servicios ajustada a la capacidad instalada. También se hizo de manera permanente, en el comité de contratación, evaluación de las aseguradoras.

Con la comunidad académica de estudiantes y docentes, se trabajó especialmente en la redefinición de la política de humanización, de manera que quedara explícito la inclusión de estudiantes y docentes como grupo al cual se deben respetar sus derechos y se creó e implementó la ruta de atención de casos de agresión para este grupo específico. También la ruta de atención psicológica, para atender en primera línea los casos de agresión y depresión.

Frente a los colaboradores, desde la gestión de la Subdirección de Talento Humano, se trabajó en la implementación de estrategias de bienestar, la identificación de casos de riesgo psicosocial y la atención de casos especiales en los que se detecte necesidad de apoyo emocional. También se trabajó en las estrategias para fomentar la cultura organizacional y el clima laboral.

Gestión Apropia de la Tecnología

Durante el 2025 se continuó la inversión en renovación de la tecnología según la priorización de equipos, relacionado con cumplimiento normativo, demanda de servicios y la necesidad de mantenimiento correctivo. En este período 2025, se realizó inversión en mantenimiento y adquisición de nueva tecnología (equipo biomédico y de TICS) alrededor de \$25.130.802.382 millones de pesos.

Los equipos adquiridos fueron asignados para Anestesiología, Unidad Quirúrgica, Pediatría, Unidad de Cuidado Coronario, UCI Adultos, Patología, Urgencias, Radiología, Banco de Sangre, Oftalmología, Hospitalización General, Neumología, Cirugía Plástica, entre otros.

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias de Gestión de la tecnología	100%
Inversión en mantenimiento de Tecnología Biomédica	\$ 2.997.000.000
Inversión en adquisición de Tecnología Biomédica	\$14.339.000.000
Inversión en Tecnología de TICS	\$1.581.000.000

Fuente: Informes de gestión - Sistema de Gestión Almera

Se diseñó una matriz de Evaluación para Renovación de Tecnología Biomédica, que permitió semaforizar y priorizar los equipos a renovar en los diferentes servicios del Hospital, teniendo en cuenta criterios como impacto Operacional, Frecuencia de Fallos, Vida Útil e Impacto en la seguridad del paciente.

Se realizó adquisición de tecnología biomédica de aproximadamente 140 equipos destinados a unidad quirúrgica (anestesia, ortopedia, otorrino, cx plástica, urología), Guillermo Gómez, Patología, Radiología, UCI, pabellones, central de esterilización, cardiología, neurología, banco de sangre, Neumología, Oftalmología, terapia física, Pediatría, entre otros.

En comparación con 2024, se registró un incremento del 9% (\$248.818.891), principalmente asociado al fortalecimiento del mantenimiento preventivo, derivado de la renovación de contratos con las empresas Top Medical, Novatécnica, Siemens, Kaika, Surgiplast y Más Medicina Nuclear.

En cuanto a Tecnología de la Información y las Comunicaciones (TIC), la inversión durante el año ascendió a \$10.682.802.382, destinada a equipos de impresión, mantenimiento de UPS y equipos de cómputo, servicios de consulta de imágenes (RIS-PACS), cableado estructurado, software especializado, licenciamiento Google, sistemas de digiturno y repuestos para equipos tecnológicos.

Se dará continuidad al plan de renovación tecnológica, en concordancia con la matriz de priorización definida y las necesidades que se identifiquen en los diferentes servicios.

Gestión del Riesgo

Durante el año 2025 se dio continuidad a la actualización del marco normativo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).

Se continuó el seguimiento de procesos administrativos a través de la oficina de Auditoría interna y la evaluación de los procesos asistenciales, a través del PAMEC (Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad), auditorías todas con enfoque en la gestión del riesgo clínico.

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias de Gestión de Riesgos	100%
Mitigación de Riesgo Alto y Extremo (Reducción)	30%

Fuente: Informe de Gestión Calidad

Se revisó la evaluación de riesgos asistenciales y administrativos, lo mismo que la efectividad de los controles, los indicadores clínicos, los de satisfacción del usuario y todos se encuentran actualmente dentro de las metas definidas para cada uno. En 2025 se realizó un análisis específico de riesgos del programa de trasplantes para el servicio de ortopedia, complementando los riesgos generales existentes y fortaleciendo la gestión desde un enfoque más detallado.

Riesgo	Absoluto	Residual	% De Variación
Bajo	20	29	45%
Medio	43	58	35%
Alto	88	84	-5%
Extremo	81	61	-25%

Fuente: Sistema de Gestión Almera

Para 2025, el número de riesgos identificados pasó de 227 a 232. Aunque el incremento es mínimo, este comportamiento no representa un aumento en la exposición, sino una mayor precisión en la identificación y actualización de los riesgos. En conjunto, los resultados evidencian la continuidad, sostenibilidad y madurez del Sistema de Gestión del Riesgo, así como el compromiso institucional con la mejora continua.

Gestión con Información

En el año 2025, se continuó la estabilización del aplicativo IndiGo, se continuó con el trabajo para mejorar la minería de datos para obtener la información de los informes para estadística y se avanzó en la socialización, implementación y evaluación del plan de contingencia en caso de interrupción de la disponibilidad del aplicativo.

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias para la gestión con información	91,7%

Fuente: Informe de Gestión Calidad

Se implementó el módulo de agendamiento para procedimientos y consulta externa desde IndiGo y avanzó en el desarrollo de un sistema de auto agendamiento para los usuarios.

Una vez se logre la estabilización definitiva del sistema y el aseguramiento de la información, se proyecta el desarrollo de un área de analítica de datos que permita la disponibilidad en tiempo real de la información institucional.

Se ejecutaron proyectos clave dirigidos a fortalecer la trazabilidad de información, la eficiencia en procesos críticos y la autonomía de sistemas de las áreas hospitalarias. El trabajo se orientó a construir soluciones sostenibles y escalables, sentando bases sólidas para la modernización tecnológica del Hospital de San José. Gracias a estas iniciativas, se redujeron dependencias, se

optimizaron tiempos y se trabajó por mantener la continuidad operativa en procesos sensibles como inventarios, facturación, cartera, glosas y soporte a plataformas externas.

Por otra parte, se desarrollaron tableros de seguimiento al estado de las facturas, El semáforo de facturas se consolidó como una herramienta confiable para la gestión diaria. De esta forma, se mejoró la visibilidad de estados de facturas, reduciendo inconsistencias y aumentando la capacidad de respuesta de cartera y facturación.

Se realizó un convenio con la Universidad Externado de Colombia con el objetivo de iniciar un proyecto de Analítica y Ciencia de Datos, con la incorporación a manera de práctica pregrado de dos estudiantes de último semestre de Ciencia de Datos. Se proyectó la construcción de un Tablero de Control, logrando la construcción de un módulo con información en tiempo real para el seguimiento operativo con datos de número de ingresos y el módulo de análisis histórico, que permite la comparación en diferentes periodos.

El desarrollo de este proyecto se rigió estrictamente bajo la metodología estándar de minería de datos CRISP-DM (Cross-Industry Standard Process for Data Mining). Este marco de trabajo garantizó que la solución tecnológica no fuera un esfuerzo aislado, sino el resultado de un ciclo iterativo que abarcó desde el entendimiento profundo del negocio y la arquitectura de datos, hasta la colaboración estrecha con el personal profesional para validar la lógica del negocio.

Por otro lado, se trabajó en la depuración y reestructuración de centros de cableado, ordenándolos en las unidades de urgencias adultos, consulta externa, laboratorio clínico, radiología, pabellones, casa administrativa y la oficina de RIPS.

Se instalaron digiturnos en consulta externa, Centro de Atención al Usuario, lo cual ha permitido el ordenamiento del flujo de atención de usuarios.

Gestión del Conocimiento

Se ha dado continuidad a las estrategias de articulación del hospital con las instituciones educativas, con el fin de mantener los estándares de calidad en la formación del talento humano en salud y a la vez los estándares de calidad asistencial. Se dio cumplimiento al total de estrategias dirigidas a la gestión del conocimiento e innovación, manteniendo los convenios con 11 instituciones de formación profesional y 4 de nivel técnico y tecnológico, permitiendo la rotación de 2370 estudiantes durante el año, siendo la mayor capacidad instalada para estudiantes de la FUCS.

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias para la gestión con información	100%
Total de Grupos de investigación del Hospital	21
Estudios institucionales Grupo San José Investiga	45
Productos Publicados de investigación Grupo HSJ	8
Productos Publicados de investigación Académica en revistas Indexadas (colaborativa FUCS)	32
Estudios activos en Centro de Investigaciones	9
Ingresos por estudios del Centro de Investigaciones	\$824.786.635
Contraprestación económica Convenios docencia servicio	\$8.063.343.601
Personas beneficiadas por Apoyo académico por contraprestación	113

Fuente: Informe de Gestión Educación Médica

En este período también se desarrolló una amplia actividad investigativa con la formulación, ejecución, seguimiento y divulgación de proyectos clínicos, observacionales y multicéntricos. Varios de estos trabajos fueron presentados en eventos institucionales, eventos en asociaciones científicas y otros eventos internacionales.

De los 45 proyectos presentados ante el Comité de investigaciones durante el 2025, el 48.8% correspondieron a reportes de casos y series de casos, seguido en un 17.7% de tipo corte transversal, se recibieron y se aprobaron 5 estudios de tipo observacional multicéntrico internacional que corresponde al 11.1% de los estudios presentados.

Las investigaciones colaborativas con otras instituciones, también han sido fruto de la gestión del conocimiento y en 2025, se materializaron en 18 estudios en diferentes temáticas asistenciales, con lo que se espera consolidar las líneas de investigación institucionales, con énfasis en estudios multicéntricos tipo ensayos clínicos y colaboraciones promoviendo convenios de investigación con más instituciones nacionales e internacionales.

También se continuó promoviendo la investigación en humanos con la industria, para lo cual se realizaron 24 estudios de factibilidad para ensayos clínicos. Se mantiene además la investigación académica con los 21 grupos de investigación reconocidos en Minciencias, de los cuales, varios son de aplicación institucional, generando o ratificando protocolos de atención.

Gestión por Procesos

Desde el área de organización y métodos de la Oficina de calidad, se fortaleció la gestión institucional con la actualización de procesos priorizados para la gestión administrativa y asistencial, como el proceso de PQRSF (actualización para el cumplimiento normativo). De igual forma, se intervino el proceso de Gestión Contable, gestión del conocimiento, de la innovación, docencia e investigación.

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias de Gestión por procesos	90%

Adicionalmente, el área de organización y métodos desarrolló un estudio de tiempos y movimientos en el Laboratorio Clínico, orientado a determinar la productividad del área de Microbiología y a soportar técnicamente la toma de decisiones relacionadas con la suficiencia y distribución del talento humano.

Se continuó la promoción de la cultura de gestión con información, mediante la administración funcional del sistema de información Almera y se brindó acompañamiento técnico permanente a los procesos y servicios en temas de gestión por procesos, levantamiento, documentación, parametrización y uso de herramientas institucionales. En materia de gestión documental, se realizó la revisión de la vigencia de la documentación institucional y se gestionó con las diferentes áreas, la actualización y revisión de los documentos.

Otra tarea prioritaria, fue la gestión, identificación, análisis y actualización de los riesgos institucionales de todos los procesos de la entidad, bajo el enfoque de gestión del riesgo establecido en la Norma ISO 31000, fortaleciendo la toma de decisiones y el control institucional.



En coordinación con la Dirección, se definieron lineamientos institucionales para el control y diligenciamiento oportuno de los indicadores.

Adicionalmente, se prestó apoyo continuo a la ejecución de auditorías de procesos administrativos definidos en el PAMEC, participando en la identificación de debilidades de los procesos evaluados y en la definición y seguimiento de acciones de mejora con los líderes responsables, contribuyendo al fortalecimiento del desempeño institucional y a la mejora continua.

Para el año 2026, se continuará con la actualización documental, avanzando en la revisión de los procesos priorizados.

Procesos Institucionales Seguros

Se continuo en la promoción de la cultura de seguridad del paciente, la apropiación de los lineamientos de los paquetes instruccionales propuestos por Minsalud, los lineamientos de la OMS en su campaña por la Seguridad del paciente, este año, enfocada en la atención segura de la población infantil. Se realizó especial seguimiento a la evaluación de la calidad de los registros clínicos, el monitoreo del proceso asistencial para identificar las situaciones de riesgo, y el fortalecimiento de la gestión clínica.

Indicador	Resultado
Cumplimiento de estrategias de Procesos Seguros	100%
Proporción de eventos adversos	3,73%

También se realizó evaluación de la cultura de la seguridad, en la que colaboradores de diferentes áreas asistenciales y administrativas, expresaron su percepción sobre las estrategias de seguridad implementadas en el hospital. El 98% de los colaboradores considera que los incidentes se reportan aún cuando hayan sido corregidos antes de afectar al paciente, aspecto que se relaciona con los reportes de situaciones de riesgo, los cuales son en mayor proporción incidentes.

El 99% de los entrevistados considera que la seguridad del paciente en su área es muy buena o aceptable y el 80% consideraron que sienten que la dirección está comprometida con la seguridad del paciente. Este aspecto también se relaciona con la evaluación de la cultura organizacional, en la que uno de los criterios se relaciona con la seguridad del paciente en los ejes de la acreditación, el cual estuvo evaluado con 4/5.

Para continuar reforzando los temas de seguridad se realizan capacitaciones al personal en especial al ámbito asistencial de manera coordinada con los líderes de cada componente del programa de seguridad, los coordinadores y jefes de los diferentes departamentos y servicios, campaña de comunicaciones y campaña educativa en conjunto con la facultad de enfermería y la facultad de instrumentación, como parte de los programas de proyección social.

Por otro lado se continuó en el proceso de formalización de programas clínicos que puedan ser grupos de Excelencia, específicamente la Atención de pacientes con fragilidad liderado por endocrinología, la Atención en Código de ACV liderado por neurología y urgencias (programas que recibieron reconocimiento internacional), la preparación para la certificación en nivel de Plata para la Unidad Clínica de Alto Desempeño (UCAD) de hemofilia, y la estructuración del programa de Atención de Epidermólisis Bullosa liderado por dermatología, el cual ya ha sido presentado a las aseguradoras como un programa de atención integral para esta enfermedad dramática que demanda atención multidisciplinaria.

Mejoramiento Continuo de la Calidad

Se continuó con la implementación de las estrategias definidas para fortalecer la cultura de mejoramiento, orientado a los resultados clínicos y administrativos, a través del acompañamiento en el desarrollo y cierre de los planes de mejora, resultado de diferentes fuentes, como la evaluación de Acreditación del ICONTEC, las referenciacines comparativas, las auditorías internas, las auditorias de aseguradores, entes de vigilancia y control, las manifestaciones de los usuarios, los cambios normativos y los lineamientos de la alta dirección, como resultado de los cambios en el entorno del sector.

En el 2025, también se participó activamente como entidad referente asesora, en la estrategia liderada por Secretaría de Salud y Cámara de Comercio “Ruta del Mejoramiento de la Calidad”, a partir de la cual el hospital recibió un reconocimiento otorgado por la Secretaría de salud de Bogotá, como IPS Tutora, con lo cual se ha mejorado el relacionamiento con otras instituciones y con la Secretaría de Salud, creando un ambiente de colaboración que se refleja en actividades de asistencia técnica de la Secretaría para nuestra institución, la invitación permanente para hacer parte de las mesas de trabajo de la Secretaría, con lo cual conocemos de primera mano la perspectiva y los cambios normativos que se propongan.

Indicador	Resultado
Avance en cumplimiento de actividades de Cultura de mejoramiento	94,1%
Cumplimiento de auditorías programadas para el mejoramiento de la calidad	97,4%
Cumplimiento de planes de mejora de oportunidades de mejoramiento	95%

Se resalta el compromiso y trabajo realizado por los colaboradores de la institución para el logro y cumplimiento de los planes de mejoramiento establecidos para las oportunidades de mejoramiento de acreditación, teniendo en cuenta los cambios normativos, rotación de personal, expectativas del sistema de salud y cambios en el sistema de información del Hospital.

El Icontec propuso oportunidades de mejora que corresponden a cada grupo de estándares y son gestionadas por cada equipo de autoevaluación, con un avance de ejecución total de las Oportunidades de Mejoramiento del 98%, el 2% restante se considera factible finalizarlas en el primer semestre del año 2026.



Logros

A continuación los Principales logros del mejoramiento Institucional, por cada uno de los equipos de Acreditación:

Direccionamiento y Gerencia

- Se ha mantenido el cumplimiento de requisitos para la Recertificación como Hospital Universitario, (obtenida en finales de 2023 por una vigencia de 7 años).
- Fortalecimiento de la Investigación institucional, a partir del nombramiento de un Médico rural para investigaciones, lo cual ha permitido fortalecer el proceso, así mismo, se han formalizado y cerrado varios estudios de investigación propios y en colaboración con la FUCS, generando impacto en nuevo conocimiento en salud.
- Teniendo en cuenta la experiencia obtenida con el Centro de Excelencia de Hemofilia, se realizó seguimiento a la formalización de programas que son sensibles para creación de UCAD, como es el caso de Fragilidad, Atención en código Ictus – Angels, y Epidermiolisis Bullosa.
- En cuanto al Eje de Gestión de Riesgos, se realizó análisis de las actualizaciones normativas de la Supersalud, realizando la implementación correspondiente y se llevó a cabo el Curso de Gestión de Riesgos por Junta Directiva.

- De acuerdo a los avances institucionales y el aporte del Hospital de San José a través del tiempo, se realizó la Celebración del Centenario, dando a conocer la historia institucional a la comunidad hospitalaria y nacional. Se llevo a cabo una jornada académica en la cual se pudo mostrar la historia de la institución y su aporte a la comunicad en el área de la salud, se aportó conocimiento desarrollando temáticas de interés actual en relación a inteligencia artificial, cirugía robótica y programa de disforia de género. Se realizo exposición en el museo de la institución con el fin de que nuestros usuarios conozcan más de la historia del hospital.

- Se han implementado estrategias de RSE como lo es Hospital Verde, estrategias dirigidas a la comunidad y sostenibilidad financiera.



Gerencia del Talento Humano

- Desde el área de Seguridad en el Trabajo, se realizó la integración de matrices de necesidades e impactos de acuerdo a la solicitud realizada en la OM, lo cual permite la optimización de la información, de acuerdo también a los lineamientos específicos de la ARL.
- Aumento de la cobertura de participación en la encuesta de Cultura Organizacional.
- Actualización de los planes de entrenamiento para cargos de mayor rotación.
- Teniendo en cuenta los avances tecnológicos, se realizó la inclusión del criterio de transformación digital en el “Sello San José” como elemento transversal.
- Realización de grupos focales con los colaboradores para identificación de necesidades del talento humano.



Gerencia del Ambiente Físico

- Implementación del plan de mantenimiento de la infraestructura y de modernización de equipos industriales, desde el cual se logró la finalización de la instalación y certificación de los ascensores de Fundadores y el avance en obras de remodelación de los pabellones de San Rafael, embellecimiento de plazoleta de la Virgen, mantenimiento de fachada, pasillos comunes, implementación de la central de diluciones, proceso de interconexión de tanques, entre otros.
- En busca de fortalecer el proceso de mantenimiento se dio continuidad a la medición de la oportunidad de respuesta a solicitudes de mantenimiento, encontrándose en los tiempos establecidos en la metodología implementada, según los criterios de priorización.
- Primera Etapa de Remodelación del Pabellón Fundadores A



Gerencia de la Información

- Teniendo en cuenta la implementación del sistema de Información INDIGO, se ha realizado avances en la construcción de Cubos de datos, los cuales están en proceso de validación.
- Formalización de la metodología de simulacros de plan de contingencia Para fortalecer los procesos de simulacros de caídas del sistema de información de la historia clínica.
- Se realizó la actualización de la infraestructura de red y digitalización del sistema de información de la HC con interoperabilidad con el sistema de información INDIRA y Labcore.
- Modernización de canales de comunicación audiovisual para pacientes y visitantes.

Gerencia de la Tecnología

- Actualización y cumplimiento del plan de renovación tecnológica, con inversiones importantes en la adquisición de: Arco en C, Equipo para hipotermia terapéutica para el Recién Nacido, Manta antichoque, microscopio neurocx, circulación extracorpórea, ecógrafo de anestesia, cánulas de alto flujo para pediatría, ventilador de alta frecuencia, cabinas de flujo laminar, etc.
- Se realizó actualización del sistema de información de mantenimiento SAMM para la Medición de Tiempos de Parada de Equipos, así mismo, se llevó a cabo referenciancias internas y externas, para determinar la criticidad de la parametrización.
- Se realizó una campaña de Gestión de la Tecnología con el fin de socializar los diferentes procesos que componen la gestión de la tecnología desde la necesidad de adquisición hasta su disposición final.
- En coordinación con gestión ambiental, se realizó campaña de disposición final de tecnología.
- Implementación de cirugía robótica



PACAS

Proceso de Atención al Cliente Asistencial

- Conformación del Centro de Experiencia del Paciente (CEP), con el cual se ratifica la atención centrada en el paciente.

- Se realizó revisión de la declaración de derechos del Cliente Interno.

- Fortalecimiento de jornadas de capacitación del programa de seguridad, rondas de seguridad y manejo de paquetes instruccionales.

- Se evidenció aumento de cobertura de participación en encuesta de cultura de seguridad, debido a estrategias implementadas desde el programa de seguridad clínica.

- Formalización de ruta de atención de segunda víctima en casos de eventos adversos.

- Aumento de cobertura de evaluación de servicios en GPC debido al acompañamiento y seguimiento que se fortaleció desde la Oficina de Calidad a los servicios de la institución.

- Con el fin de fortalecer los perfiles farmacoterapéuticos, se ajustó el trabajo conjunto entre toxicología y farmacovigilancia, generando un impacto positivo en el proceso.

- Desde el Comité de Infecciones, se implementaron acciones de mejoramiento con el fin de realizar mantenimiento del control de Infecciones y fortalecimiento de las estrategias lideradas desde esta área.

- Se cuenta con fortalecimiento en la implementación de Rutas Integrales de Atención (RIAS)

- Para fortalecer los procesos del servicio de Patología, se implementó el sistema de información CORAL.

- Desde el banco de sangre se fortaleció la captación de donantes de sangre a nivel institucional y extrainstitucional.

- El área de Trabajo Social realizó la implementación de herramientas para la identificación de riesgos de población vulnerable.

- Fortalecimiento de consulta prioritaria para la atención de Triage IV y V, con la intervención de medicina familiar.

- Evaluación de tiempos de atención en urgencias, identificación de causas, implementando acciones de mejora que permitieron fortalecer la oportunidad en la atención del servicio.

Mejoramiento

- Actualización del proceso institucional de Referenciaciones Comparativas internas y externas, con la respectiva matriz de riesgos y beneficios de éstos ejercicios.
- Se realizó la integración de más participantes en los equipos de mejoramiento: PACAS, Imágenes diagnósticas, TICs e Inteligencia de Negocios.
- Se realizó fortalecimiento del acompañamiento de Oficina de Calidad a los servicios médicos para evaluación de procesos por autocontrol y a nuevos jefes de servicio.
- Modernización de canales de comunicación audiovisual para pacientes y visitantes.





Retos Organizacionales





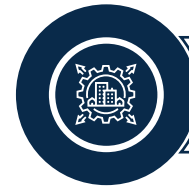
Retos Estratégicos

Relacionados con la volatilidad del sector salud

- **Relacionamiento con aseguradores**, constituye un reto para nuestro hospital porque implica equilibrar la sostenibilidad financiera del hospital, las exigencias contractuales especialmente por acuerdos de tarifas por debajo del costo, por el no reconocimiento de los costos de la calidad y por las demoras en el flujo de recursos.
- **Asegurar la viabilidad financiera, con adecuado flujo de recursos, sin afectar la calidad y los resultados clínicos.**

La negociación con las aseguradoras para incrementos tarifarios ha representado uno de los mayores riesgos de sostenibilidad y por tanto ahora se mantiene como una prioridad en la gestión de la Dirección General.

Incremento en el salario mínimo en personal que labora 7 x 24, también ha tenido impacto negativo en la gestión de nuestro hospital, obligando a que se realicen cambios en los modelos de contratación con los colaboradores y nos ha obligado a ajustar los cargos por área, para reasignarlos en áreas y tareas prioritizadas.



Retos en Infraestructura

La Dirección General se ha propuesto establecer para el hospital, un ambiente moderno en una institución centenaria declarada monumento nacional. Ya se inició con las remodelaciones con la primera etapa del Proyecto del Pabellón Fundadores.

A Corto Plazo:

- Concluir la remodelación del Pabellón Fundadores y la Adecuación de Cirugía Ambulatoria y atención de Pacientes Particulares.
- Culminar el Proyecto de remodelación de cámaras de Radiología.

A Mediano Plazo:

- Plan de remodelación de la infraestructura con Semaforización.
- Utilización de Áreas del hospital que entregará la FUCS.

A Largo Plazo:

- Hospital del Futuro.





Retos en Tecnología

A Corto Plazo:

- Instalación de Miniangiógrafo en Radiología con la cual se mejorará la oportunidad de procedimientos de radiología intervencionista

A Mediano Plazo:

- Adquisición e instalación de PET SCAN y su adecuación en área de Lavandería

A Largo Plazo:

- Plan de renovación de Equipos Biomédicos según Priorización



Otros retos

- Superar las barreras tecnológicas en la digitalización de la información.
- Mantener la Reputación Institucional y la confianza de los usuarios.
- Complejidad clínica en población con prevalencia de enfermedades crónicas de alto costo.
- Transformación digital y uso de la inteligencia artificial para apoyo diagnóstico y terapéutico.



×
×



Gestión por Departamentos y Servicios

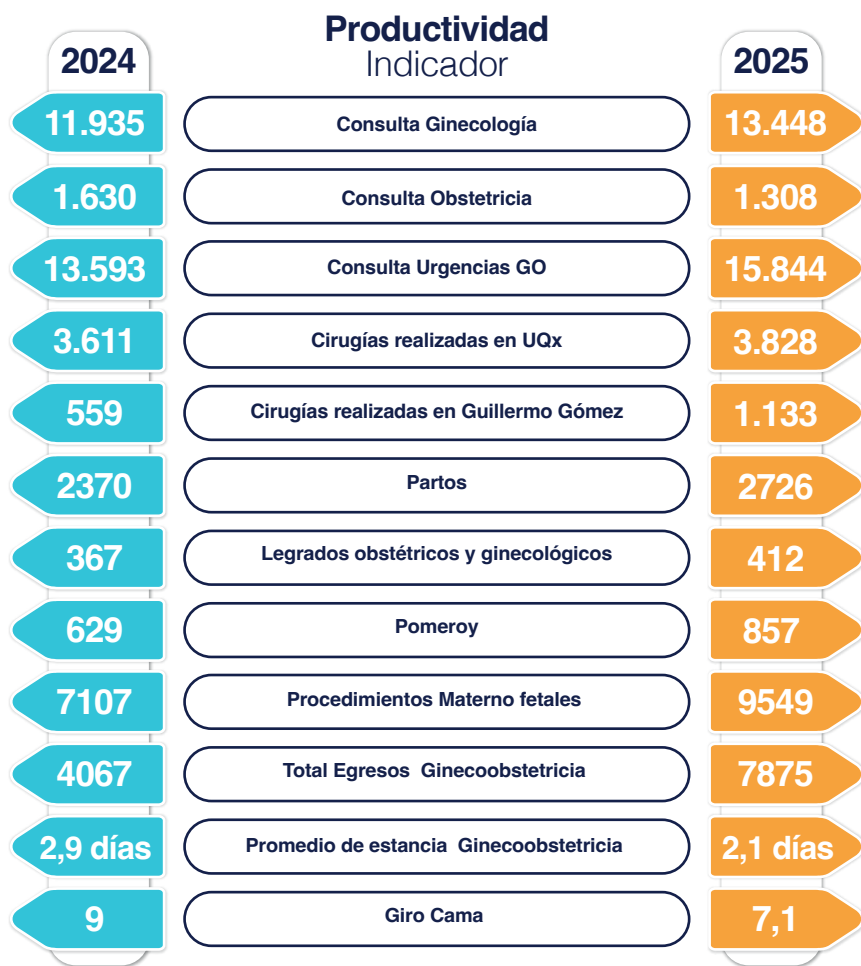
×
×



Departamento de Ginecoobstetricia

Las consultas en el servicio de ginecología incrementaron un 13%, mientras que las consultas de obstetricia presentaron una disminución del 20%. Este comportamiento se asocia principalmente a la reducción sostenida del número de nacimientos en Bogotá y la limitación por parte de las aseguradoras, de remisión a consulta prenatal, hasta último trimestre.

En contraste aumentó el 17% en la atención por urgencias, lo cual ha hecho evidentes momentos de sobreocupación, en especial al cierre de servicios de obstetricia en el segundo semestre de 2025.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

Durante el año 2025 se registró un incremento del 15% en el número de partos atendidos en comparación con el año anterior. Este comportamiento se explica principalmente por los cierres temporales y definitivos de servicios de obstetricia en otras instituciones, lo que ha generado un aumento en el flujo de pacientes remitidas a nuestra institución, consolidándola como un centro de referencia para la atención obstétrica. De manera similar aumentó en 12% el número de legrados y 36% los Pomeroy.

Logros

- Mantenimiento del programa de cirugía fetal, consolidando al servicio como uno de los pocos centros de referencia a nivel nacional con capacidad para realizar este tipo de procedimientos de alta complejidad.
- Incremento en el número de cirugías endoscópicas realizadas durante los turnos de urgencias en el pabellón Guillermo Gómez, optimizando la capacidad quirúrgica y la resolución oportuna de los casos ginecológicos de urgencia.
- Renovación tecnológica: Actualización y adquisición de equipos biomédicos en los diferentes servicios, incluyendo electrobisturi, incubadoras y camas hospitalarias.
- Ampliación de la oferta diagnóstica nocturna: Implementación de la jornada nocturna (a partir de las 10:00 p. m.) para la realización de estudios ecográficos de alta complejidad, fortaleciendo el manejo del alto riesgo obstétrico durante este turno.
- Innovación quirúrgica: Realización de las primeras cirugías robóticas de la especialidad en la unidad quirúrgica.



Retos



Estabilización de la Historia Clínica Electrónica “Índigo”, garantizando la capacitación del personal médico y de enfermería, así como la correcta trazabilidad y registro de la información clínica.



Fortalecer la incorporación de nuevas tecnologías en el servicio, en el marco del convenio docencia–servicio con la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), con el fin de mejorar los procesos asistenciales, docentes y de investigación.



Implementar estrategias de humanización de la atención, orientadas a mejorar la experiencia del paciente y su familia durante los procesos de hospitalización y parto.



Mejorar la eficiencia operativa del servicio, mediante la optimización del uso de salas quirúrgicas, camas hospitalarias y recursos diagnósticos.

Sin embargo y tal como se muestra en la proporción de consultas de anestesiología, respecto a las otras especialidades quirúrgicas, debe ajustarse aún más la capacidad instalada de anestesiología, para asegurar el mejor oportunidad en el agendamiento.

En este año, se estabilizó el equipo de anesthesiólogos, gracias a la intervención de la Dirección general, el cambio del modelo de gestión y el liderazgo de la jefe del servicio que se alineó a las necesidades institucionales, con el fin de mejorar la oportunidad en la atención y la seguridad de los procesos en el quirófano y los servicios satélites en los que apoyan los procedimientos con sedación. Se mejoró la oportunidad de atención en cirugías de urgencia mediante la redistribución dinámica de salas y priorización de casos, disminuyendo los tiempos de espera y contribuyendo a la resolución rápida de eventos críticos.

Logros

- Estabilización del talento humano de anestesiología, logrando cubrir las necesidades de quirófanos disponibles y ofertados para los diferentes bloques quirúrgicos.

- Coordinación entre especialidades médicas y quirúrgicas para la atención de los pacientes con discrasias sanguíneas, en concordancia a los lineamientos y recomendaciones del UCAD.

- Consolidación de la Cirugía Robótica con el entrenamiento de los especialistas de los servicios involucrados en el desarrollo del programa, la definición de un paquete de costos y un tarifario para cirugía robótica y la ejecución de 28 procedimientos, con buenos resultados clínicos.

- Remodelación de áreas de lavamanos quirúrgicos e instalación de puertas automáticas para ingreso a quirófanos.

- Se continuó con la renovación de equipos con dos torres de laparoscopia 4k con BCG, compresores Vasculares marca LM Instruments para cirugía cardiovasculares, Cambio de UPS principal el cual cubre la totalidad de salas de cirugía, adquisición de monitores de oxigenación cerebral, monitores de profundidad anestésica y monitores TOF para control de la relajación neuromuscular. Por otra parte se actualizó el equipo de Urodinamia.

- Sistematización de las reuniones de seguimiento a los servicios (reuniones administrativas) y las reuniones para análisis de casos de mortalidad.

- Negociación de una reserva de instrumental de trauma de la compañía Smith&Nephew en calidad de inventario o "stock" en la unidad quirúrgica. Esto ha mejorado el flujo quirúrgico de los pacientes de urgencias. Se firmó con la misma empresa un comodato para un artroscopio de última tecnología que se entregó en el mes de noviembre.

- Desarrollo de actividades académicas con alto reconocimiento en la comunidad médica en las especialidades quirúrgicas, en el marco de la celebración de los cien años del hospital y la celebración del cumpleaños de otros servicios como ortopedia y urología.



Retos



Continuar con la revisión de tarifas junto con contratación tanto en cirugía abierta como de mínima invasión y las tarifas de paciente institucional.



Una preocupación de todos los servicios quirúrgicos, es el ajuste tarifario en relación con lo ofertado por las aseguradoras y su implicación en los honorarios médicos, razón por la cual, se debe trabajar en el ajuste de costos de los paquetes quirúrgicos y la negociación con las aseguradoras, para mediar y lograr beneficios para ambas partes.



Iniciar programas de innovación y diversificación de servicios, como el programa de cirugía de ablación de próstata con láser con la llegada del láser de Holmio magneto.



Sistematizar y consolidar la información de la actividad quirúrgica, en bases de datos integrados con el sistema IndiGo.



Implementar estrategias efectivas para mejorar el giro cama en recuperación, mediante programas de cirugía ambulatoria para procedimientos de complejidad media.



Formalizar un programa de cirugía bariátrica para paciente particular



Continuar trabajando en mantener la calidad de la historia clínica, el seguimiento de adherencia a guías de práctica clínica y en general todos los mecanismos para fortalecer la gestión clínica y la generación de un programa de excelencia quirúrgica.



Continuar la renovación de las máquinas de anestesia en la Unidad Quirúrgica Central y en Guillermo Gómez, lo mismo que los monitores anestésicos acorde con la complejidad de casos que se manejan institucionalmente.



Incrementar la producción intelectual y científica de los servicios quirúrgicos, promoviendo la participación del personal asistencial y en formación en proyectos de investigación, publicaciones y eventos académicos.



Fomentar la participación en congresos, clubes de revista y simposios institucionales. Se programa el primer simposio internacional que se realizará en febrero para manejo del paciente cardiopatía para cirugía no cardiaca.



Fortalecimiento del equipo de anesthesiólogos para asignación de un especialista permanente en el área de recuperación.



Los jefes de los servicios del Departamento médico participan de manera activa en las reuniones transversales de los comités institucionales, en los cuales se ha demostrado liderazgo en la presentación de temas de relevancia en la gestión clínica, tales como la vigilancia epidemiológica, el control de infecciones, la seguridad del paciente y la medicina transfusional.

También se lidera desde este departamento el equipo de autoevaluación del Proceso asistencial de Acreditación, con el cual se han realizado importantes avances en la autogestión de los jefes de servicio y la autoevaluación en la adherencia a las guías, protocolos, la calidad de los registros médicos, la gestión de interconsultas y de juntas médicas y en general todas las actividades propias de la gestión interdisciplinaria.

Muy importante resaltar el liderazgo de las especialidades de hematología, neurología, dermatología y endocrinología, en la implementación de programas clínicos (Ucad hemofilia, Ruta de atención eventos cerebrovasculares en código ICTUS, atención de casos de Epidermolisis ampollosa y programa de fragilidad, respectivamente), que buscan demostrar desempeños y resultados clínicos de excelencia, que incluso ya han recibido reconocimientos internacionales.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

Las especialidades del departamento médico que presentaron mayor número de atenciones por consulta externa en el año 2025 fueron en su orden dermatología, neurología, endocrinología y cardiología.

En contraste las interconsultas con mayor número de casos fueron para medicina interna, cardiología, neurología y gastroenterología.

Realizaron procedimientos bajo anestesia en el quirófano, gastroenterología, neumología, dermatología y hematología. Otros servicios que realizan procedimientos bajo anestesia son resonancia magnética, radiología y hemodinamia.

El Promedio días estancia en el 2025 estuvo en 8,8 días, con leve incremento con respecto al 2024, cuando estuvo en 8,4 días. Este incremento se explica por la complejidad de los casos teniendo en cuenta que se trata de pacientes pluripatológicos complejos, los familiares no aceptan fácilmente los planes de hospitalización domiciliaria por temor a perder la continuidad de los tratamientos y adicionalmente se han presentado razones no médicas, relacionadas con falta de oportunidad en reportes de patología, dificultades en autorización o disponibilidad de medicamentos de alto costo y silencio administrativos o demora en la dispensación de producto por la EPS o su operador logístico.

Respecto a la gestión clínica los resultados del departamento médico muestran cumplimiento de las metas establecidas, con proporción de eventos adversos e infecciones asociadas a la atención en salud por debajo del 1%.

Respecto a la terapia transfusional, proceso que ha sido supervisado y acompañado de manera directa desde este departamento, se realizó un ejercicio de análisis de la auditoría realizada en conjunto entre las diferentes especialidades y el servicio de medicina transfusional, con resultados que muestran eficiencia, oportunidad y resultados clínicos favorables que demuestran buenas prácticas, en las diferentes fases del proceso de transfusión.

Sin embargo, se identifican aspectos a mejorar en la oportunidad de registro del seguimiento de la transfusión, en especial en los horarios en que no está médico hospitalario, noches y fines de semana.



Logros

- Consolidación del programa de UCAD hemofilia y preparación para un nuevo ciclo de mejoramiento y certificación.
- Reconocimiento internacional por resultados clínicos en Patologías con otras metodología de excelencia Osteoporosis y ACV.
- Fortalecimiento de la gestión de comités institucionales relacionados con la gestión clínica, en especial el de medicina transfusional y el de farmacia, éste último con la participación activa del servicio de toxicología clínica.
- Participación activa de los jefes de servicio de especialidades médicas en las reuniones del departamento, en el equipo de PACAS y en general en las actividades de mejoramiento institucional.
- Nombramiento como miembro de numero en la Sociedad de Cirugía al Dr Miguel Silva jefe de neurología, ya contamos con 6 miembros.
- Fortalecimiento del Equipo primario de EIMAC y la ruta de cáncer institucional.
- Mantenimiento del reconocimiento de los grupos de investigación en Minciencias, con buen nivel de calificación. Hematología ascenso a Categoría A.

Retos



Contar con datos de los indicadores de productividad del servicio (número de actividades, costos y facturación), de manera oportuna y completa, que permita tomar decisiones con mayor certeza y sin los problemas de la calidad del dato que se han presentado con IndiGo.



Demostrar una participación más activa de los especialistas en la contratación con los aseguradores, teniendo en cuenta la situación económica que está afrontando la institución, de manera que se logre superar de manera efectiva las barreras administrativas propias de los cambios en la oferta y demanda.



Ampliar las certificaciones de excelencia en programas de las especialidades médicas, que han demostrado resultados clínicos de alto nivel, lo mismo que el reconocimiento académico.



Cumplir procesos de interconsulta y juntas por encima de 90%



Proyectar el Programa de quimioterapia segura a un mejor nivel.



Mejorar todos los procesos de integración interdisciplinaria.



Evaluar y desarrollar proyectos de innovación.



Desarrollar material educativo con el concurso de varios especialistas en forma interdisciplinarias con el curso de la subdirección y de la oficina de Comunicaciones.





Departamento de Pediatría

Se destaca el crecimiento sostenido de Pediatría General, con un aumento del 27,5 %, así como de Cardiopediatría, Genética. Durante el 2025 se dio apertura al servicio de neuropediatría, inicialmente para la atención de casos de asfixia perinatal y la implementación de la terapia de hipotermia. Sin embargo, se registraron 48 consultas en segundo semestre, lo cual permitió la diversificación del portafolio de servicios del departamento.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera



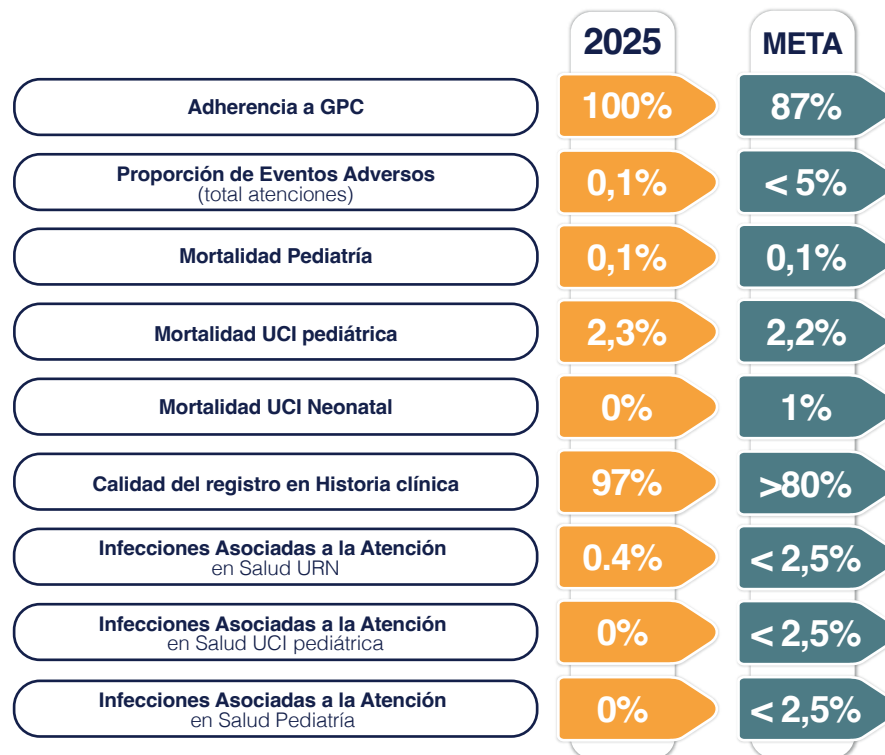
Respecto a cirugía programada y de urgencias, se realizaron 285 intervenciones quirúrgicas; se evidencia una disminución del 6% con respecto al 2024.

La ocupación del servicio estuvo en promedio en 79%, siendo la mayor ocupación la unidad de cuidado intensivo neonatal 82%.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

El promedio de estancia aumentó de manera importante en la Uci neonatal, lo que se asocia a una mayor complejidad clínica de los pacientes atendidos y a la necesidad de tratamientos más prolongados. Este comportamiento es coherente con el perfil del hospital como centro de referencia de alta complejidad, que recibe pacientes con patologías graves y condiciones crónicas, lo mismo que recién nacidos de muy bajo peso al nacer, pacientes con malformaciones congénitas, prematuridad extrema y otras condiciones que requieren procesos de transición clínica más prolongados antes del egreso.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

Durante 2025, el servicio de Pediatría no registró eventos adversos prevenibles ni no prevenibles, lo que representa una reducción total de estos eventos frente a 2024 y refleja un fortalecimiento de las prácticas de seguridad del paciente.

Logros

- Posicionamiento en los ámbitos asistencial, académico, tecnológico y de calidad, fortaleciendo su rol como servicio de referencia en la atención pediátrica y neonatal de alta complejidad.

- En el componente tecnológico, se logró la incorporación y puesta en funcionamiento del ventilador de alta frecuencia oscilatoria (VAFO).

- Se dio apertura del servicio de neuropediatría mediante la llegada de un especialista, lo que permitió ampliar la oferta de atención especializada, mejorar la oportunidad diagnóstica y fortalecer el abordaje integral de pacientes con patologías neurológicas complejas.

- En el ámbito académico y de investigación, el Departamento alcanzó una producción científica destacada con la publicación de once artículos en revistas indexadas entre los cuartiles Q1 y Q3, incluyendo trabajos en The Lancet Global Health y el New England Journal of Medicine, todos con filiación institucional de la Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

- Se realizó el IX Foro de Investigaciones para Estudiantes de Pediatría FUCS, llevado a cabo el 26 de mayo de 2025 en el Hospital de San José, con la participación de estudiantes de pregrado de Medicina.



Retos



Uno de los principales retos para 2026 continúa siendo la sostenibilidad financiera del Departamento, en un contexto nacional marcado por la crisis estructural del sistema de salud.



Será prioritario avanzar en la mejora y ajuste de tarifas, especialmente con Salud Total, donde los incrementos logrados hasta el momento no reflejan de manera adecuada la complejidad y el consumo de recursos de la atención pediátrica de alta complejidad.



Otro reto será el incremento de la ocupación efectiva de la UCIP, fortaleciendo su posicionamiento como unidad de referencia.



Modernizar los monitores multiparámetro, incorporar de manera sistemática capnógrafos para el seguimiento ventilatorio continuo y actualizar la central de monitoreo de la UCIP.





Servicio de Urgencias Adultos



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

Se realizaron múltiples reuniones del equipo primario de urgencias, en conjunto con la oficina de calidad, el personal asistencial y administrativo, para implementar algunas estrategias que mejoraron el tiempo del ciclo total de atención, cumpliendo así la meta establecida. Estos eventos se relacionan con lesiones de piel, flebitis no prevenibles, hematomas y caídas.

Se realizó seguimiento y se observa que la complejidad de los pacientes ha aumentado por la edad y las patologías de base que tienen estos pacientes, además las lesiones de piel presentadas son no prevenibles ya que la mayoría son pacientes adultos mayores con reposo permanente desde la casa lo cual aumenta el riesgo de este tipo de lesiones, igualmente presentan flebitis frecuentemente por la piel tan sensible y secundario a esto también se presentan los hematomas, por lo anterior durante todo el año se realizó capacitación continua a todo el personal nuevo con el fin de mitigar riesgos para el paciente. Se continuara realizando seguimiento para mejorar los resultados.

Para el año 2025 se realizó seguimiento semanal a todos los ingresos clasificados como Triage II y se logro a traves de todas estas auditorias ajustar los tiempos de atención a 4 minutos ya que desde que ingresa el paciente se prioriza y se atiende de inmediato con el fin de disminuir riesgos en el paciente.

Durante el 2025 se atendieron 50 casos de código azul los cuales tuvieron en promedio de atención 1 minuto.

La tasa de mortalidad estuvo en 2,2% siendo atribuible a la complejidad y descompensación de los pacientes, que siendo triage 1 o 2, tienen múltiples comorbilidades.

Logros

- Posicionamiento del servicio de urgencias como referente para el plan de la Secretaría de Salud en su Programa “Más Bienestar”, en el que se está fortaleciendo la red de urgencias de Bogotá.
- Consolidación de la Ruta de atención de Código ICTUS, en coordinación con el servicio de neurología.
- Se continúan haciendo publicaciones de los diferentes trabajos de investigación realizados por el servicio, en coordinación con la Facultad de Medicina de la FUCS.

Retos

Mantener la autonomía en la atención de pacientes, mejorando la productividad del servicio y los resultados clínicos acorde con la oportunidad de atención.

Mejorar el giro cama de los pacientes de urgencias, especialmente en el traslado oportuno de los pacientes hacia hospitalización.

En un entorno tan complejo para los usuarios, es un reto mejorar la satisfacción de los pacientes, sobre todo para aquellos que, por el nivel de complejidad del hospital y la ocupación permanente del servicio de urgencias, no es posible atender (triage 4 y 5).

Ampliar y modernizar la infraestructura, con áreas más amplias para reanimación e hidratación.



Unidad de Cuidado Intensivo

Para el 2025 la gestión de la UCI, se centró en la consolidación del modelo de atención humanizada en la que se definió un Protocolo de Información a Familiares, que ha requerido en muchos casos las reuniones multidisciplinarias para aclarar dudas sobre pronóstico y planes de tratamiento, en los casos más complejos y también el seguimiento y control al registro formal y la firma del familiar que recibe la información del paciente.

Respecto a la gestión de la capacidad instalada en la unidad durante el 2025 la ocupación estuvo en promedio en 90%, con giro cama de 6 veces y promedio de estancia en 2025 se ha mantenido en 5 días, todos en tiempos acorde con lo esperado para la complejidad de los pacientes atendidos.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

En cuanto a la gestión clínica en la UCI, se evidencian buenos resultados clínicos con proporción de eventos adversos muy por debajo del esperado para este servicio, siendo los principales causas las autoextubaciones y las infecciones asociadas a la atención en salud. El promedio de mortalidad general para el 2025 fue de 9.5% y para el mismo periodo del 2024.

Tras varios años de sostener una tasa de cero casos de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica, se registró un

cambio en la tendencia del indicador en los últimos dos años. Este incremento se vincula fisiopatológicamente a la microaspiración de secreciones orofaríngeas colonizadas por patógenos de origen endógeno. Ante este hallazgo, la unidad ha reforzado la adherencia estricta a los paquetes de medidas preventivas, enfatizando el mantenimiento de la cabecera entre 30-45°, la higiene oral protocolizada y la profilaxis gástrica adecuada para mitigar riesgos.

Logros

- Trabajo coordinado con la Unidad de Prevención y control de Infecciones para asegurar el uso racional de antibióticos.
- Se mantuvo el porcentaje ocupacional en un promedio por encima del 80%.
- Se consolidó el plan de sedación mínima adecuada y analgesia guiada de acuerdo a las necesidades del paciente, disminuyendo el delirio en los pacientes
- Se logró prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención en salud, disminuyendo disminuir las tasas de infección de vías urinarias, infección asociada a catéter central y disminuir las neumonías asociadas a la ventilación mecánica.
- Trabajo continuo en el proceso de conciliación y reconciliación medicamentosa, especialmente al egreso.
- Fortalecimiento de la relación con el servicio de cardiología y la unidad de cuidado intermedio.

Retos

- Fortalecer la participación de los servicios tratantes, en las diferentes reuniones de análisis de casos complejos, de mortalidad y complicaciones, para enfrentar problemas, buscar soluciones y definir propuestas de mejoramiento continuo.
- Fortalecer el programa de Sedación mínima adecuada y analgesia guiada por las necesidades del paciente, para disminuir los episodios de delirio en la Unidad de Cuidado Intensivo.
- Fortalecer el programa de nutrición enteral temprana.
- Fortalecer la investigación aplicada, con énfasis en la seguridad de nuestros pacientes.
- Cumplimiento en el programa de respeto de las horas de sueño de los pacientes en la Unidad para garantizar su descanso en las noches y la madrugada.





Unidad de Cuidado Coronario

El promedio de estancia hospitalaria en el 2025 fue de 3.23 días, con notable giro de cama en este 2025, mostrando adecuada gestión, si se tiene en cuenta la complejidad de pacientes.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

La mortalidad del 2025 se encuentra en un promedio de 0.82% que respecto al del año 2024 aumento lo cual se explica porque se manejan patologías críticas.

Durante el segundo semestre se logró centralizar los pacientes de patologías cardiacas en un solo pabellón Eliseo Montaña, con lo cual se puede alcanzar mejor entrenamiento y especialización del talento humano.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

La unidad coronaria en conjunto con cardiología participó en el desarrollo de varios trabajos de investigación y publicaciones de 8 artículos y 2 posters, relacionados con el manejo de patologías cardiacas.

Logro

- Se logró consolidar un servicio de Cardiología donde se atienden patologías complejas cardiovasculares como es la realización de TAVI, VALVE in VALVE, Cierre de auriculilla, cierre de FOP y CIA percutáneo, ablación epicárdica – endocárdica, Aislamiento de venas pulmonares con el sistema Fara pulse, implante de micra, MITRACLIP, como tratamiento de lesiones complejas, con resultados que nos permiten un adecuado posicionamiento del servicio de cardiología a nivel de la ciudad de Bogotá, como el reconocimiento internacional dado trabajos de investigación.

Retos



Dada la adquisición de un ecógrafo para el servicio, se debe instaurar la facturación con este equipo de ecografía pleural, ecografía pulmonar y ecocardiogramas en el piso de cardiología para lograr un mejor giro cama en este piso.



Como la realización de nuevos protocolos de investigación de vexus en pacientes de unidad coronaria y sus desenlaces.

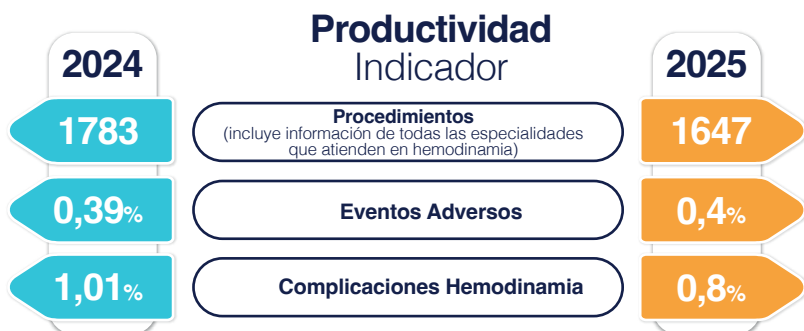


Servicios Médicos de Apoyo

Servicio de Hemodinamia

Durante el año 2025, el Servicio de Hemodinamia orientó sus esfuerzos a optimizar la productividad, focalizando en la mejora de la oportunidad de atención de las consultas y en la programación de procedimientos, mediante la implementación de estrategias destinadas a fortalecer la eficiencia operativa del servicio.

Estas acciones permitieron incrementar la disponibilidad de consultas y optimizar la asignación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, logrando una reducción de los tiempos de espera para el acceso a la consulta especializada y la realización de intervenciones. De este modo, se contribuyó a una atención más oportuna, continua y acorde a la capacidad instalada del servicio



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

Durante el periodo evaluado, el Servicio de Hemodinamia mantuvo una adherencia global alta en el diligenciamiento de historias clínicas, con resultados entre 89% y 92% y un promedio cercano al 91%, lo que evidencia cumplimiento adecuado de los estándares institucionales.

Durante el año 2025, el Servicio de Hemodinamia participó en dos trabajos de investigación y 2 publicaciones, en conjunto con la FUCS.

Logro

- Se logró consolidar un servicio de Cardiología donde se atienden patologías complejas cardiovasculares como es la realización de TAVI, VALVE in VALVE, Cierre de auriculilla, cierre de FOP y CIA percutáneo, ablación epicárdica – endocárdica, Aislamiento de venas pulmonares con el sistema Fara pulse, implante de micra, MITRACLIP, como tratamiento de lesiones complejas, con resultados que nos permiten un adecuado posicionamiento del servicio de cardiología a nivel de la ciudad de Bogotá, como el reconocimiento internacional dado trabajos de investigación.

Retos

Impulsar la investigación científica y fortalecer la articulación con otros servicios asistenciales para garantizar la continuidad y calidad de la atención integral.

Fortalecer la productividad y la oportunidad en la atención mediante la optimización de agendas y la reducción del ausentismo.

Servicio de Trasplante

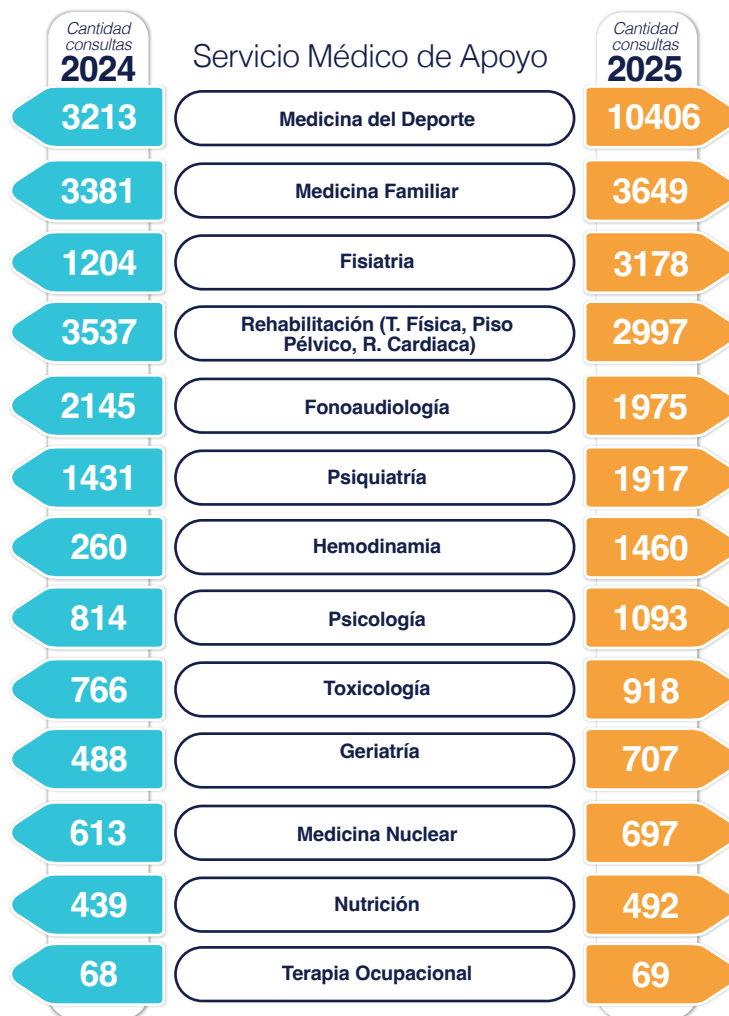


Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

En comparación con el año 2024, durante el periodo 2025 se evidenció una disminución en el número de pacientes activos en lista de espera para trasplante renal, situación atribuible principalmente a cambios internos en las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

De forma concordante, se presentó una leve reducción en el número de trasplantes realizados. Este comportamiento obedece, por una parte, a las modificaciones implementadas por la Secretaría Distrital de Salud en la gestión operativa del proceso de donación y, por otra, a las características de la población atendida, dado que la mayoría de los trasplantes efectuados por la institución corresponden a donantes cadavéricos, ya que los pacientes incluidos en lista de espera no cuentan, en su mayoría, con la opción de donante vivo. Adicionalmente, el volumen total de pacientes en lista de espera es limitado, lo cual impacta directamente el número de procedimientos realizados.

Otros Servicios Médicos de Apoyo



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

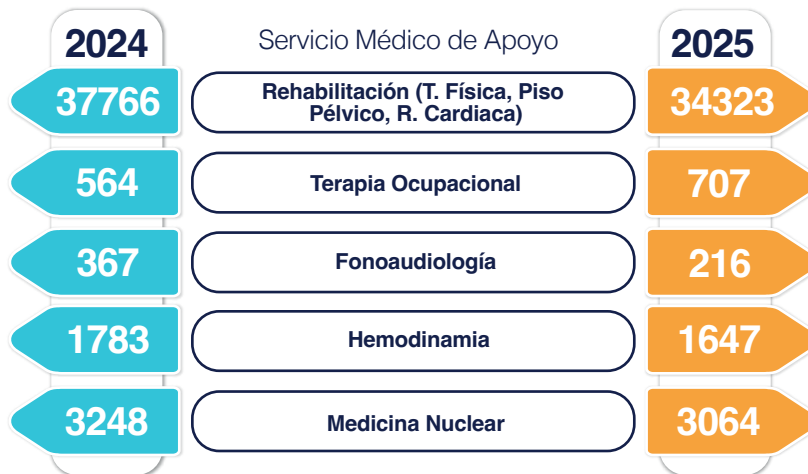
Para el 2025 el servicio de Medicina del Deporte demostró un aumento muy significativo de su actividad en consulta externa, aumentando en 223% el número de pacientes atendidos. Sigue la tendencia al aumento de servicios Fisiatría que incrementó en 163%,

Logros

Geriatría (44%), Psicología (34%) y Toxicología (19%). Este servicio ha apoyado el programa de farmacovigilancia y ha realizado seguimiento a perfiles farmacoterapéuticos, en especial a paciente con polifarmacia.

Medicina familiar por su parte, realizó actividades específicas de promoción y prevención con la implementación de RIAs, en especial la ruta de cáncer y se realizaron 4 sesiones educativas en salud dirigidas a la comunidad en general a través de Facebook Live, abordando los temas de prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, hábitos de vida saludable, promoción de la lactancia materna y sensibilización sobre los cuidados paliativos.

Cantidad Procedimientos



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

- Incremento en las actividades de consulta externa y procedimientos de apoyo en varias de las especialidades.

- Fortalecimiento de la consulta prioritaria con consulta de Medicina Familiar.

- Fortalecer la implementación de la Ruta del Cáncer y otras RIAs.

- Para el área de rehabilitación se adquirieron equipos de electroestimulación de última tecnología para rehabilitación de piso pélvico, siendo este uno de los servicios de mayor demanda en rehabilitación. También se adquirieron pulsoxímetros para rehabilitación cardíaca, con lo cual se ha podido monitorear con más seguridad los pacientes.

- Consolidación de la atención de neuropsicología y la rehabilitación cognitiva.

Logros

- Fortalecimiento del programa de farmacovigilancia en los diferentes servicios del Hospital San José beneficiando así a más servicios y aumentando el número de solicitudes de interconsultas para valoración.
- Integración de trabajo interdisciplinar con servicio como hematología, en servicios de apoyo. Dicha colaboración tuvo como resultado 3 protocolos de atención hematogeriátrica ya en proceso de publicación en almera.
- Incremento de tamizaje nutricional a pacientes de cuidado crítico y Pediatría.

Retos

Implementación del programa de atención integral del paciente con pluripatología.

Ampliar las áreas de consulta y procedimientos para servicios como medicina familiar, fisiatría y geriatría, con lo cual se puede aumentar capacidad instalada y diversificación de servicios.

Definir la oferta de servicios para disforia de género, como programa definido y multidisciplinario.

Fortalecer la atención integral por urgencias de pacientes con enfermedades mentales





Servicios de Imágenes Diagnósticas



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

Para el año 2025, se dio prioridad a intervenir las limitantes por la infraestructura, por lo cual se adelantó la remodelación de las cámaras C y D, lo mismo que se adquirieron equipos así: un equipo de radiología convencional, un Rx portátil y un miniangiógrafo, el cual ya se adquirió pero aún está en proceso de instalación, para lo cual se están adelantando ajustes a la infraestructura.

El año 2025 fue un período de dificultades en temas del talento humano, dadas las exigencias de la Secretaría de Salud, por lo cual ha tenido que fortalecerse el trabajo en turno diurno para disminuir al máximo la atención de casos en el turno nocturno, limitándolo a verdaderas urgencias.

Logros

- Renovación tecnológica con la adquisición de equipos de radiología convencional, portátil y miniangiógrafo.

Logros

- Renovación tecnológica con la adquisición de equipos de radiología convencional, portátil y miniangiógrafo.
- Adecuaciones de infraestructura en las cámaras C y D del servicio, lo cual permitió que en el mes de noviembre entrará en funcionamiento el equipo nuevo de Rayos X marca Radrex
- Inicio del proyecto de remodelación de la infraestructura física, con el fin de dar uso eficiente a las cámaras de Radiología.
- Adecuación de la cámara D de acuerdo con los requisitos de habilitación de la SDS, para poder montar el equipo multipropósito Ultimax I (miniangiógrafo).



Retos



Obtener licencia de funcionamiento del equipo de Rayos X ubicado en la Cámara B, de acuerdo con proceso de habilitación por la SDS.



Coordinación efectiva de la sala de hemodinamia, con asignación de una franja de agendamiento para los procedimientos intervencionistas (derivaciones biliares transparieto hepáticas y paso de catéteres a pacientes de hematología)



Puesta en marcha del miniangiógrafo para procedimientos intervencionistas, sin que se dependa de la programación de la sala de Hemodinamia.



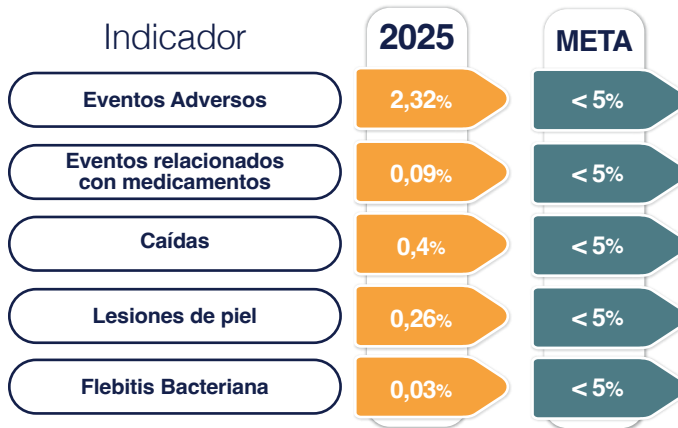
Contar con todo el apoyo de las áreas encargadas para tener en el servicio una red de internet estable que no genere retrasos en la toma y lectura de estudios, en el cargue de imágenes en el sistema, ya que el 70% de los inconvenientes con el sistema de Índigo/Indira obedecen a esta falla, afectando el funcionamiento del servicio especialmente en las noches y fines de semana donde no se cuenta con apoyo de las personas responsables del buen funcionamiento de la plataforma.



Departamento de Enfermería

El departamento de enfermería centró su gestión en la selección y entrenamiento para el cubrimiento del talento humano, dada la alta rotación de personal. Durante el año 2025, la rotación de profesionales de enfermería fue de 45% aumentando en 16% y en Auxiliares de Enfermería fue de 37% aumentando en un 3% en comparación con el año 2024, asociado a otras ofertas laborales más competitivas.

Por otro lado para la gestión del cuidado realizó actualización de protocolos y procedimientos y desarrolló actividades de educación continuadas en las que se socializaron los procesos prioritarios.



Fuente: Informe Estadística y Sistema de Gestión Almera

Debido al incremento importante en los eventos adversos relacionados con caídas y lesiones de piel, se realizó análisis de causas encontrando asociación con el desplazamiento de pacientes con dispositivos invasivos, la complejidad clínica y el no acompañamiento permanente por parte de los familiares durante la estancia hospitalaria.

A partir de este análisis se definió revisar y actualizar la Guía de Prevención de Caídas y el Protocolo de Traslado Seguro, lo mismo que el reforzamiento de la educación al paciente y su cuidador. Aunque es menos frecuente, se analizó que pueden presentarse casos por daño de los equipos de apoyo para el paciente, por lo cual se debe hacer mayor verificación y mantenimiento del mobiliario servicios.

En cuanto al desarrollo de actividades de docencia, enfermería participa activamente en los procesos de formación en temáticas de actualidad académica, capacitación y desarrollo continuo del talento humano, proyectos de investigación en distintas áreas de la institución, contribuyendo a la generación de conocimiento disciplinar. En el año 2025, se trabajó en conjunto con docentes de la FUCS en los siguientes proyectos de investigación:

“Evaluación de una intervención psicoeducativa para mejorar el afrontamiento y la adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo” (en proceso).

“Ruta de atención para diagnóstico de ictus en pacientes que ingresan a urgencias” (sometimiento).



Logro

- Incremento en la cultura de reporte de situaciones de riesgo, favoreciendo la identificación oportuna de riesgos y el diseño de planes de mejora.
- Articulación efectiva con servicios interdependientes tales como Seguridad Clínica, Farmacovigilancia, Comité de Infecciones y Gestión Pretransfusional, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario y el análisis integral de los casos.
- Participación del personal de enfermería en el curso de “Competencias para el futuro en terapia de infusión” laboratorio B- Braun.

Retos



Implementación efectiva del modelo de cuidado propio del hospital, en conjunto con la Facultad de enfermería de la FUCS



Disminuir la rotación de personal con el fin de estabilizar los procesos y contribuir de manera más efectiva en la seguridad del paciente y en el cumplimiento de la promesa de valor institucional.





Unidad de Prevención y Control de Infecciones

Desde el comité de infecciones, se ha venido adelantando las estrategias de la OMS, encaminadas a salvar vidas con la reducción de infecciones asociadas a la atención en salud. Por eso y en cumplimiento a los lineamientos de la Secretaría de Salud, el comité de infecciones ha implementado un sistema de control robusto que le ha permitido alcanzar índices de infección muy bajos (1,1%), el cual muestra resultado destacado, ya que según el Plan De Desarrollo Distrital 2020-2024 la meta es mantener el índice de IAAS global por debajo de 2%.

En total en 2025 se registraron 279 casos de IAAS y la frecuencia de tipo de infección se mantiene con respecto a los años anteriores. En orden de frecuencia las siguientes serían las IAAS más frecuentes: 1) ISO, 2) Bacteriemia, 3) IVU (solo 30% asociadas a sonda) 4) Flebitis, 5) endometritis.


Indicadores de IAAS de obligatorio reporte a INS: Todos se encuentran dentro del promedio reportado al INS excepto:

El indicador de ISO post herniorrafía. Los reportes al INS no discriminan si la cirugía es abierta o laparoscópica, si es con o sin malla y el tipo de defecto. Por lo anterior, la meta de 5% fue fijada por el hospital teniendo en cuenta promedios internacionales.

Los indicadores de ISO post reemplazo articular no son de reporte obligatorio al INS. El índice de ISO de rodilla es ligeramente superior al promedio de reporte mundial.

Se revisó el indicador de adherencia a los protocolos de prevención de infecciones, encontrando cumplimiento superior al 90% en todos.

También se trabajó en los Indicadores del Programa de optimización de antimicrobianos y los de ajuste de antibióticos de acuerdo con resultado de antibiograma y toma de cultivo previo al inicio de antibióticos que son de ejecución de los servicios tratantes, no han logrado alcanzar con la meta del 90% a pesar de que reiterativamente se les ha capacitado.



Por otro lado, se trabajó en la promoción en cada servicio de las actividades de difusión de lineamientos del comité, de manera que los diferentes servicios y áreas tienen funciones específicas asignadas como parte del programa de prevención y control de infecciones. Mensualmente se mide su cumplimiento. Con respecto al año pasado, el cumplimiento aumentó de 83% a 93%.

Logros

- Estabilización del equipo humano del servicio, para cumplir con la normatividad vigente del Minsalud.
- Diseñar y ejecutar campaña de higiene de manos, concientización de antibióticos y encuesta de tolerabilidad al alcohol glicerinado, con la cual se identificaron aspectos a ajustar y mejorar.
- Realizar la capacitación anual y el quiz de suficiencia de conocimientos dirigido a todo el personal administrativo y asistencial con una nota promedio de 84,3% y un total de 1466 personas que presentaron el quiz.
- Adopción de la Guía de manejo de NAC liderada por la Universidad Nacional de Colombia con la participación de especialistas de diferentes disciplinas.
- Disminuir el índice de infección del servicio de hematología mediante ajustes a los criterios de vigilancia de IAAS y medidas de prevención.

Retos

Llevar a metas los indicadores cuya ejecución depende de los servicios tratantes: ajuste de antibióticos de acuerdo con resultado de antibiograma, toma de cultivo previo al inicio de antibióticos.

Lograr que el 90% de los residentes de cada servicio realicen la capacitación de infecciones.



Calidad y Auditoría Médica

La Oficina de calidad desarrolla procesos de apoyo transversales en la institución, asegurando el cumplimiento normativo y el mejoramiento continuo de los procesos, para lo cual tiene definidos varios frentes de trabajo: el Sistema Único de Acreditación, el Sistema único de Habilitación, el Programa de Seguridad Clínica, el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad, el área de Organización y Métodos y la Gestión de las manifestaciones de los usuarios.

Para asegurar el mejoramiento continuo, se trabajó con el modelo de evaluación de Acreditación, a través de los Ejes de la calidad superior: Seguridad y Gestión Clínica Excelente y Segura, Humanización y Atención centrada en el usuario, Gestión de la Tecnología, Gestión del Riesgo, Responsabilidad Social y Desarrollo de la Cultura organizacional.

Se realizó seguimiento a las reuniones de los diferentes equipos de mejoramiento, se fortaleció la gestión de los comités y se presentó seguimiento de los avances en junta directiva.

Indicador	Resultado
Cumplimiento Planes de Mejora Acreditación	95%

Fuente: Informe Oficina de Calidad

Durante el 2025 se recibieron 82 visitas de aseguradores o entes de vigilancia y control, haciendo auditorías de cumplimiento de condiciones de habilitación, visitas de seguimiento contractual o visitas de acompañamiento a la implementación de programas o lineamientos de la Secretaría de Salud. Respecto al total de planes de mejoramiento, incluyendo todas las fuentes o sistemas de referencia (auditorías, análisis de eventos de seguridad, planes de mejoramiento, referenciaci3nes y sistema de gesti3n de seguridad y salud en el trabajo), todos actualmente en proceso de implementaci3n y seguimiento.



Se enfocaron a los procesos prioritarios con especial énfasis en condiciones de habilitaci3n, gesti3n de medicamentos, equipos de respuesta rápida, enfoque en la gesti3n de riesgos en paquetes instruccionales, paciente trazador (proceso de atenci3n a los usuarios), centro de investigaciones, guías de práctica clínica, calidad en los registros médicos, oportunidad de atenci3n entre otros.

Una fuente importante de mejoramiento son las referenciaci3nes comparativas, las cuales se encuentran formalizadas y centralizadas en oficina de calidad. Se realiza plan de referenciaci3nes internas y externas, en especial en procesos priorizados y por cada grupo de autoevaluaci3n.

Posterior al ejercicio realizado se evalúa la utilidad del ejercicio frente al beneficio bien sea en relacionamiento o en generaci3n de ideas y planes de mejora para los procesos.

En el año 2025, se realizaron en total 17 referenciaci3nes externas, de las cuales se generaron 2 planes de mejora ya ejecutados sin riesgo para nuestra instituci3n.



De igual forma se recibieron 21 referenciaci3nes, las cuales se evaluaron en relaci3n con el costo beneficio, aplicando una matriz que permite definirlo de manera cualitativa. De éstas, 16 representaron beneficio alto para el Hospital por el relacionamiento con la entidad externa, debido a que fueron atendidas por cargos tácticos y directivos, con beneficio de responsabilidad social y aprendizaje recíproco con la otra instituci3n.

Gesti3n Clínica y Seguridad del Paciente:

Respecto a la Gesti3n Clínica y la Seguridad del paciente, durante el año 2025 se promovió la cultura de reporte con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos.

Los frentes de trabajo del programa de seguridad son la capacitaci3n y promoci3n de cultura, para lo cual en el año se realizaron dos sesiones para cada servicio asistencial (93% de cobertura), administrativo (75%) e incluyendo terceros (83%).

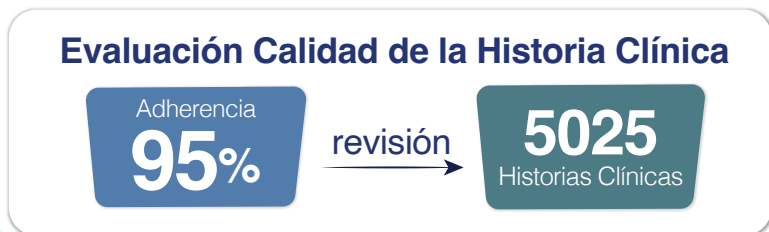
La cultura de reporte se ha fortalecido, lo cual se evidencia con el aumento de reportes de incidentes, de manera que hemos sido más preventivos. En el 2025, el 90% de los reportes fueron incidentes, el 1,5% fueron complicaciones y el 5,8% de los reportes fueron eventos adversos.



Frente al total de atenciones en el año, la proporción de eventos estuvo en rango de meta, (4,04%); sin embargo, dado que se presentó aumento con respecto al año anterior, se analizaron las principales causas de eventos y se trabajó en las estrategias para disminuirlos (IAAS, flebitis, lesiones de piel, caídas, úlceras por presión, arrancamiento de catéteres, eventos relacionados con medicamentos, omisión de protocolos, fallas en la identificación del paciente y extubación no programada). Aunque fueron clasificados como complicaciones, las causas de análisis de situaciones de riesgos relacionadas con procedimientos quirúrgicos y en general procedimientos invasivos, también son motivo de revisión y análisis para disminuir su incidencia y se promueve la aplicación de los protocolos de seguridad, en las rondas de seguridad semanales logrando visitar dos veces al año cada servicio.

Durante el 2025, se trabajó en la propuesta de la OMS para la campaña de seguridad del paciente, con enfoque en **“Cuidados seguros para todos los recién nacidos y todos los niños”**, con lo cual se realizó la primera jornada académica enfocada al paciente pediátrico, con la participación de cuidados intensivos pediátricos, terapia respiratoria y farmacovigilancia.

Una de las principales estrategias para mejorar la seguridad del paciente y la gestión clínica excelente, es la evaluación de adherencia a las guías y protocolos, logrando para el año 2025:



Desde oficina de calidad se ha trabajado en la documentación de los programas:

Certificación de excelencia como son la UCAD hemofilia (con la cual se está trabajando en los planes de mejora para certificación “Plata” con la metodología EFQM.

La formalización de protocolos, indicadores y estructuración de la Ruta de atención eventos cerebrovasculares en código ICTUS (Neurología), atención de casos de Epidermolisis ampollosa (Dermatología) y el programa de fragilidad para pacientes con osteoporosis (Endocrinología).

Humanización y Atención Centrada en las personas:

Durante el 2025 se actualizó la política de humanización, incluyendo como grupos de interés los estudiantes, docentes y las estrategias de enfoque de derechos y bienestar.

Se realizó el foro de humanización denominado “Experiencias en la atención humanizada del paciente y familia: una mirada desde la asistencia y la docencia”, con enfoque en el respeto de los derechos del personal en formación, como base para la atención humanizada. La temática abordada incluyó el buen trato, la comunicación asertiva, la empatía y compasión y el respeto por la diversidad. En el mes de marzo se realizó la campaña de humanización con actividades lúdicas en stand y capacitación por servicio, haciendo énfasis en la política y las estrategias de humanización.

Referente a la gestión de PQRSF, los servicios más felicitados fueron Urología, Cirugía General, Pediatría, Ginecoobstetricia, Ortopedia, Medicina Interna, Otorrino, Cardiología, Oncología y Neumología.



Durante el año 2025, la proporción de manifestaciones de los usuarios frente al total de atenciones fue del 4,8%. Del total de solicitudes recibidas, el 76% correspondió a reclamos, el 14% a peticiones, el 6% a sugerencias y el 2% a quejas. El análisis de las causas evidenció que el mayor número de casos de inconformidades, se relacionó con la accesibilidad a los servicios de consulta externa, seguida de aspectos asociados con la oportunidad en la programación de cirugías y procedimientos.

Para el análisis de la importancia de las manifestaciones del usuario, el Pareto muestra que los principales problemas se concentran en el agendamiento de citas, la información clínica y administrativa y la oportunidad de programación de cirugía.

Los servicios asistenciales con mayor número de requerimientos son ortopedia, urgencias, resonancia, rehabilitación, radiología, otorrino, hematología y cirugía general.

Respecto a la importancia y el riesgo de las quejas, se identificaron como las más importantes las relacionadas con eventos adversos, la falta de humanización, las relacionadas con oportunidad en la programación de cirugía y las que corresponden a la atención de urgencias.

A partir del análisis de estas situaciones, se priorizó trabajar en lo relacionado con accesibilidad en el agendamiento de citas implementando puntos presenciales de asignación de citas, la instalación de digiturnos en las salas de espera y la estabilización del personal del call center.

Se debe continuar trabajando en la modernización de la tecnología del Call Center para agilización y eficiencia en la asignación de citas (actualización de software, mejoras en la infraestructura) e implementar o mejorar canales digitales para la asignación de citas (aplicación móvil, portal web) que puedan descongestionar el Call Center.

Respecto a la falta de oportunidad en la programación de cirugía, se ha trabajado desde la dirección y con los jefes de los servicios de mayor demanda (otorrino, ortopedia), para la consecución de especialistas, la revisión y ajuste de la agenda de programación incluyendo fines de semana y la principal estrategia implementada específicamente para el servicio de ortopedia, fue la creación de stock o reserva de insumos, comodatos o negociaciones especiales con los proveedores priorizados (insumos para manejo de trauma y negociaciones especiales con proveedores para despacho según disponibilidad en insumos vasculares).

Otros servicios en los cuales se ha trabajado a la par son anestesiología para el refuerzo de talento humano en la consulta y completando el equipo de especialistas que permitió cubrir la programación de cirugía. Igualmente se incrementaron los especialistas en hematología y otorrinolaringología, para cubrir la demanda de servicios.

Los temas de humanización también se han trabajado en conjunto con el CEP (Centro de experiencia al paciente), haciendo comités para análisis de casos con riesgo jurídico y otros casos sensibles en términos de relación médico paciente.

Respecto a las quejas por no atenciones de urgencias, se hizo revisión de los casos para analizar la pertinencia de la clasificación de triage, se ha incrementado la cobertura de atención de consulta prioritaria con medicina familiar y se ha hecho la revisión de los tiempos de atención inicial de urgencias, para identificar las fallas y mejorar la oportunidad.



Gestión de Riesgo:

En conjunto con oficina jurídica, se trabajó en la implementación del PTEE (programa de Transparencia y ética empresarial, lo mismo que en la consolidación del SICOF (Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude), con los análisis de los diferentes tipos de riesgos.

En este sentido se apoya la gestión de contratos, analizando los compromisos que se adquieren acorde a la normatividad del sistema obligatorio de garantía de calidad y se realiza seguimiento a dichos acuerdos.

Se apoya también la gestión de casos de riesgo jurídico y las tutelas, las cuales se han incrementado de manera significativa, como respuesta de los usuarios a la incertidumbre del sistema y en especial ante la negación de servicios por parte de las aseguradoras, muchas de las cuales se encuentran en seguimiento o intervenidas. En el año 2025, se cerraron 17 casos de investigación de SDS, 3 casos de tutela y se realizaron 14 conciliaciones.

También se gestiona el sistema único de habilitación cuyo cumplimiento representa para la institución uno de los aspectos que debe controlarse de manera permanente. En el año se hizo la autoevaluación, verificando el cumplimiento de los estándares conforme a los servicios que se encuentran habilitados.

A partir de esta evaluación se establecieron planes de remodelación de la infraestructura, aprobados y priorizados en el Comité de Infraestructura.

Gestión por Procesos:

Durante el año 2025, se fortaleció la gestión institucional mediante la actualización integral del proceso de PQRSF, garantizando el cumplimiento de la normatividad legal vigente y asegurando la correcta y oportuna clasificación de los requerimientos recibidos por la IPS. De igual forma, se intervino el proceso de Gestión Contable

mediante el levantamiento, estandarización y documentación de nueve (9) procedimientos, en los cuales se definió de manera detallada el paso a paso de las actividades operativas, de control y de cierre del proceso.

Adicionalmente, se desarrolló un estudio de tiempos y movimientos en el Laboratorio Clínico, orientado a determinar la productividad del área de Microbiología y a soportar técnicamente la toma de decisiones relacionadas con la suficiencia y distribución del talento humano. En materia de gestión documental, se realizó la revisión de la vigencia de la documentación institucional y se gestionó con las diferentes áreas, la actualización y revisión de los documentos correspondientes. Asimismo, se adelantó el levantamiento y actualización de procesos institucionales y se llevó a cabo la reestructuración del macroproceso de gestión del conocimiento, de la innovación, docencia e investigación, con el propósito de fortalecer la gobernanza, la articulación y la estandarización de estos ejes estratégicos dentro de la organización. De manera complementaria, desde esta área se lideró y gestionó la identificación, análisis y actualización de los riesgos institucionales de todos los procesos de la entidad, bajo el enfoque de gestión del riesgo establecido en la Norma ISO 31000, fortaleciendo la toma de decisiones y el control institucional.

En coordinación con la Dirección, se definieron lineamientos institucionales para el control y diligenciamiento oportuno de los indicadores, estableciendo un plazo máximo de quince (15) días para el registro de la información, con el fin de preservar la integridad de los datos durante el ejercicio anual y garantizar la disponibilidad de información confiable para la toma de decisiones. Como resultado de la implementación de este mecanismo de control, durante la vigencia se gestionaron un total de 801 solicitudes de habilitación de indicadores por parte de los diferentes procesos y servicios.

Solicitudes Habilidadación
Indicadores

801 por diferentes
procesos y
servicios

De manera transversal, el área realizó la administración funcional del sistema de información Almera y brindó acompañamiento técnico permanente a los procesos y servicios en temas de gestión por procesos, levantamiento, documentación, parametrización y uso de herramientas institucionales. Adicionalmente, se prestó apoyo continuo a la ejecución de auditorías del PAMEC, participando en la identificación de debilidades de los procesos evaluados y en la definición y seguimiento de acciones de mejora con los líderes responsables, contribuyendo al fortalecimiento del desempeño institucional y a la mejora continua.

Logros

- Fortalecimiento de la gestión de comités institucionales, en especial en la presentación de resultados de mayor impacto clínico en el comité de vigilancia epidemiológica, el comité de seguridad del paciente, comité de transfusiones y comité de farmacia.

- Desarrollo de dos jornadas académicas relacionadas con el eje de humanización y el eje de la Seguridad del paciente, en el marco de la celebración de las campañas de cada eje.

- Fortalecimiento del proceso de referenciación comparativa, como fuente de identificación de oportunidades de mejora.

- Apoyo en la conformación de la Unidad clínica de Alto desempeño UCAD para la atención de pacientes con hemofilia, reconocimiento como primer centro de excelencia del hospital.

- Mantenimiento de los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, con enfoque en las oportunidades de mejoramiento del proceso de acreditación y los lineamientos del Direccionamiento estratégico.

- Fortalecimiento de la cultura de autocontrol en la evaluación de Guías de práctica clínica y de auto evaluación de la calidad de la historia clínica, realizadas por los jefes de servicios asistenciales, de manera que se identifican las fortalezas y aspectos a mejorar en la gestión clínica.

- Fortalecimiento del proceso de capacitación a los colaboradores desde el programa de seguridad del paciente, con enfoque en prevención de situaciones de riesgo, análisis de eventos adversos y cultura de seguridad.

- Evaluación permanente del cumplimiento de condiciones de habilitación y atención a aseguradoras y entes de vigilancia y control, demostrando su cumplimiento.

Retos

Participar en otras certificaciones de calidad que demuestren mayor madurez en los ciclos de mejoramiento

Disponer de tableros de información sistematizados y en tiempo real basados en inteligencia de negocios, que faciliten el seguimiento de los procesos y servicios.

Alcanzar el diligenciamiento y análisis de los indicadores de gestión de manera más oportuna, para disponer de los datos necesario para la toma de decisiones.

Consolidar la cultura de cierres de ciclo de mejoramiento con el seguimiento efectivo y con evidencias de los planes de mejora.

Remodelación de la infraestructura, en especial de los servicios de hospitalización.



Comunicaciones

La oficina de comunicaciones enfocó su gestión en actividades clave para fortalecer la imagen corporativa en los siguientes aspectos:

Logros

Celebración Centenario

- Se realizó una Misa Campesina, un evento social corporativo y la apertura de una exposición histórica en el museo con un número significativo de visitantes.
- **Gestión de Marca y Espacios:** Instalación de placas conmemorativas en piedra y acero, creación de un espacio para banderas en consulta externa y restauración de astas en la fachada principal plaza España.
- **Producción de Material Especial:** Publicación de un libro repertorio (1,000 ejemplares), video histórico, kits de lujo para la asamblea, desarrollo de pendones para fachadas, exposición histórica en el jardín principal.
- Desarrollo del material corporativo de 100 años, incluido logo, presentaciones PowerPoint, papelería, material publicitario entre otros.



- Apoyo estratégico para el desarrollo y producción de la estampilla de 100 años Emisión postal colombiana UPAEP 2025 sobre el tema «sanidad». Celebra 100 años de la fundación de la Sociedad de Cirugía de Bogotá (Hospital San José). Puesta en circulación el 29 de diciembre de 2025, La hoja está compuesta por 4 estampilla e igual número de motivos. Fueron emitidas 5.200 estampillas. El tamaño de la estampilla es 37 X 28 mm, valor facial \$20.000 pesos colombianos. Diagramación por Servicios Postales Nacionales S.A.S, impresión por Cartor Security Printers S.A.S. Resolución 04629 del 31 de octubre de 2025 Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.



- Apoyo logístico y desarrollo del Evento Hospital de San José: Un Siglo en Escena 100 Años de Identidad y Transformación Médica liderado por la empresa Dr. Stich, logrando un alcance importante en el sector de la moda y la medicina, logrando la participación de exponentes de la moda, médicos personal administrativo y asistencial.



- Celebración Día del Médico conmemorativa por los 100 años del hospital con un coctel de celebración y como invitado especial el grupo de mariachi clásico contemporáneo.

- Posicionamiento en medios de comunicación, medios digitales e impresos con una gestión importante con medios de comunicación logrando salidas con entrevistas en horario prime horario prime time (horario de máxima audiencia es la franja de mayor sintonía, en los noticieros.



Proyectos de Infraestructura

Imagen Corporativa

- Actualización de señalización corredores principales, incluida Consulta Externa primer y segundo piso con nuevos diseños y mayor tamaño.
- Cambio de logos institucionales del segundo piso, dejando solo uno que se visualiza en todo el pasillo siendo más llamativo y actualizado.
- Se instalaron 4 televisores de 85 pulgadas en lugares estratégicos del hospital permitiendo tener mayor cobertura del canal institucional y dar cumplimiento a las **Estrategias de Cartelería Digital** proyectando contenido dinámico como videos institucionales, agregando también contenido publicitario de la universidad FUCS.
- Apoyo en el proyecto de digiturno en cuanto a piezas de comunicación, colores y artes para la implementación en salas de espera.



Responsabilidad Social

- Entrega de donaciones a mujeres en conjunto con la empresa Nosotras, apoyo mensual a las Fundaciones Dra. Clown y Misión Social.
- Apoyo al proyecto de voluntariado del hospital en la recolección de regalos para adultos mayores y niños de la comunidad.
- Acompañamiento en la entrega de regalos de donaciones realizadas por la comunidad para los pacientes pediátricos hospitalizados.
- Participación conjunta en actividades con la FUCS en sus proyectos de responsabilidad social Corparques, Mundo Aventura, Catedra Internacional de ODS "Aportes de la Salud a la Agenda 2030, actividades generales para la comunidad.



Digital:

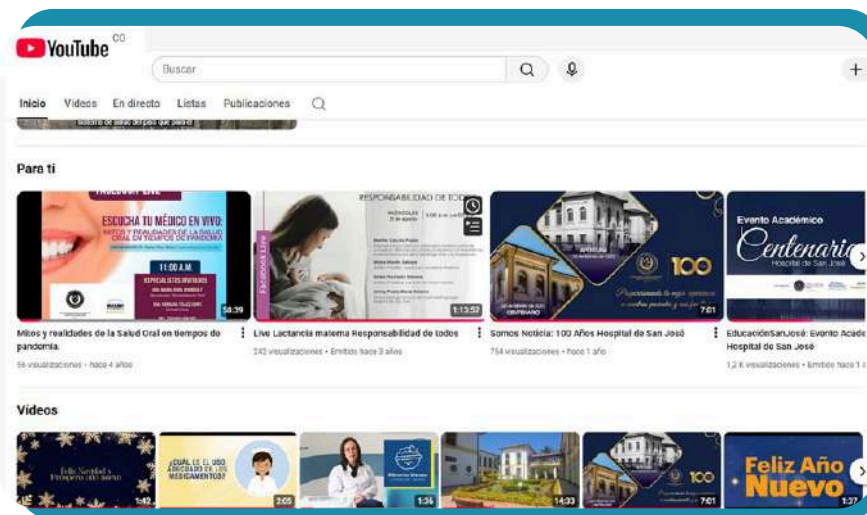
Página web, redes sociales, portal educación

- Durante el año 2025, la estrategia digital mostró un crecimiento sólido, destacando el canal institucional de YouTube, donde el video histórico del hospital alcanzó 6,607 visualizaciones y el simposio de residentes sumó 1,143 vistas.

- En redes sociales, Facebook se consolidó como la plataforma de mayor impacto con un alcance de 365,4 y más de 12,900 seguidores, seguida por Instagram con un alcance de 113,5. Estas cifras reflejan una mayor interacción impulsada principalmente por los eventos y publicaciones relacionados con la celebración del centenario.

- La página web enfocó su tráfico en secciones de servicio al usuario como programación de citas, historia clínica y convenios.

- En cuanto al portal de educación institucional, se logró un avance significativo en capacitación normativa, con 971 colaboradores completando el club de reinducción. Asimismo, se implementaron nuevos módulos sobre desnutrición infantil y enfoque diferencial, asegurando que los colaboradores cumplan con los requisitos institucionales.



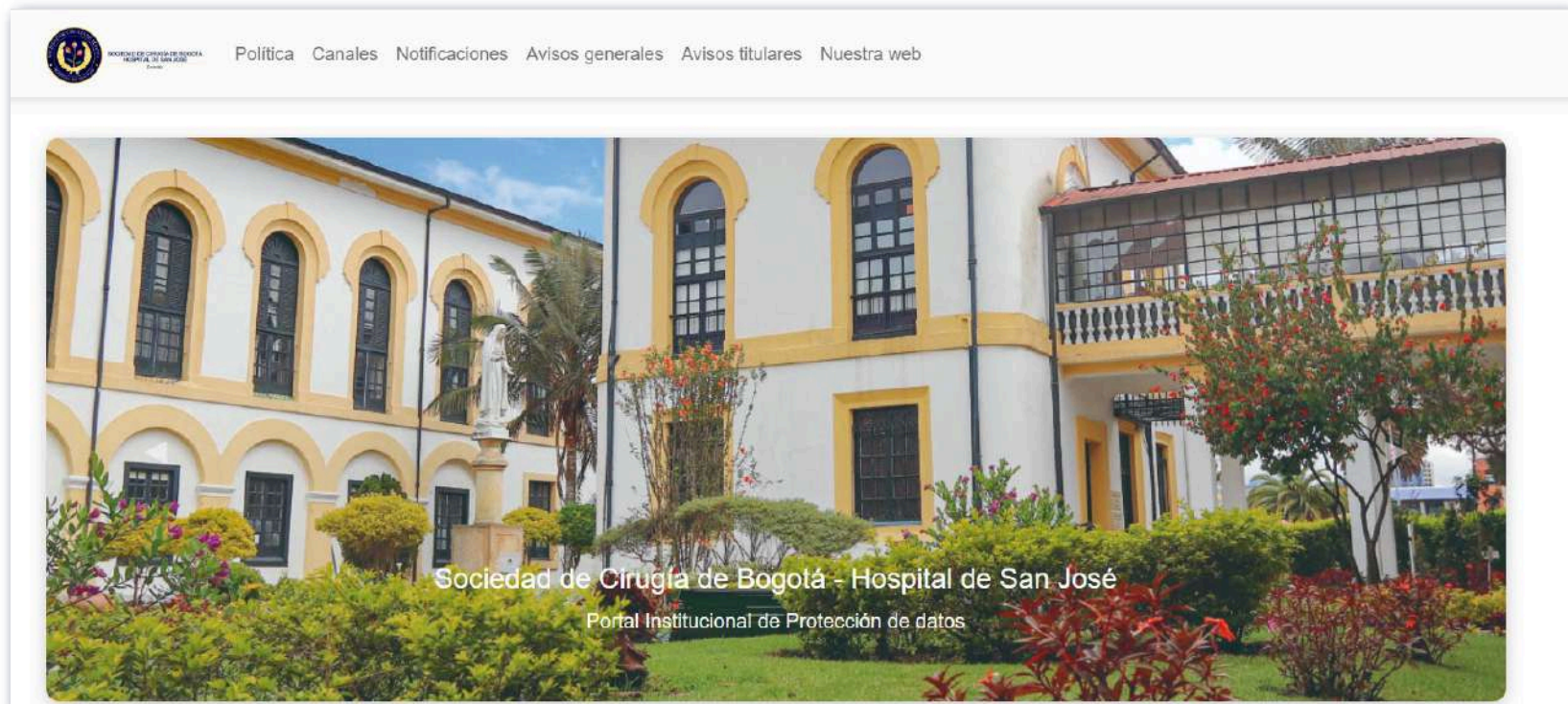
Protección de Datos

- Radicación del registro de bases de datos ante la Superintendencia de Industria y Comercio y actualización de cláusulas contractuales.

- Actualización de los avisos informativos tanto digitales como impreso.

- Acompañamiento institucional en contratos, PQRS, y consultas generales.

- Actualización documental en la plataforma normativa.



Para el año 2026, la Oficina de Comunicaciones orientará su gestión al fortalecimiento del proceso comunicacional institucional, mediante la actualización de la documentación, lineamientos e indicadores, con el propósito de optimizar la planeación, el seguimiento y la medición del impacto de las acciones de comunicación.

Retos



Desarrollo del Plan Estratégico de Comunicaciones para los servicios particulares, incluyendo el diseño de una nueva parrilla de contenidos orientada a la oferta de servicios de Fundadores, con un enfoque de posicionamiento, diferenciación en tarifas.



Actualización de los medios digitales institucionales -página web, portal de educación e intranet- con el fin de fortalecer la presencia digital, mejorar la experiencia de los usuarios y consolidar estos canales como herramientas estratégicas de comunicación interna y externa.



Implementación de señalización inclusiva de acuerdo a la normativa vigente, esto con una empresa certificada que nos permita dar cumplimiento en áreas comunes principalmente en el hospital.



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ



Seguridad de Infraestructura

Para el periodo descrito la jefatura de seguridad en cumplimiento de las instrucciones emitidas por las directivas de La Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José adoptó las medidas necesarias para mitigar el riesgo de ocurrencia de eventos que pudieran afectar la vida, bienes o pérdidas económicas; para tal fin, en cumplimiento de los protocolos y el desarrollo de actividades de prevención y sensibilización se evitó el aumento de eventos de fuga, secuestro de pacientes y el aumento significativo de eventos de consumo intrainstitucional de psicoactivos y pérdida de pertenencias.

Se realizaron 21 sesiones de capacitación con asistencia de 628 funcionarios pertenecientes a los servicios asistencial, administrativo y terceros, los temas tratados fueron, oferta y procedimientos de seguridad, identificación, perdida y fuga de pacientes, plan candado, elementos perdidos y recomendaciones de seguridad.

En el 2025, no se sobrepasó la meta de casos de hurto, debido al trabajo permanente de recorredores, control en puertas de ingreso y salida de la institución.

Logros

- Asignación de recursos para ampliación del sistema de cerca eléctrica en las rejas del hospital ubicadas en las porterías de resonancia y para la actualización del sistema de videovigilancia a sistema digital IP.
- Instalación del sistema de alarma en el servicio de Gastroenterología.
- Apertura de la portería de la Carrera 19 e incremento del servicio de vigilancia, con lo cual se mejoraron las condiciones de acceso para los pacientes y visitantes.



Retos



Aumentar las manifestaciones de agradecimiento en el servicio, disminuir las quejas y reclamos.



Actualizar el sistema de control electrónico de acceso en unidades de cuidado intensivo y servicio de urgencias en coordinación con el Servicio de Sistemas.



Crear el protocolo de control y custodia de llaves, aplicado a la marcación de puertas y llaves de todo el hospital en coordinación con servicios administrativos.



Actualizar y ampliar el sistema de botones de pánico.



Crear estrategias que permitan aumentar manifestaciones de agradecimiento en el servicio, es de anotar que para el periodo 2025 se presentaron 17 felicitaciones frente a 25 presentadas en el año 2024.



Crear estrategias que permitan disminuir manifestaciones de quejas y reclamos en el servicio, es de anotar que para el periodo 2025 se presentaron 41 quejas y reclamos frente a 27 presentadas en el año 2024.



Iniciar Plan Piloto de instalación del sistema de control de acceso y equipos de control de acceso de reconocimiento facial en la puerta electrónica de la unidad quirúrgica.



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Colombia

Subdirección Médica

Dr. José David Rodríguez González - Subdirector Médico

Honorables miembros de la Sociedad de Cirugía:

El 2025, año de nuestro Centenario, fue un periodo que combinó tradición, transformación y consolidación estratégica. Desde la Subdirección Médica mantuvimos un enfoque claro y consistente en cuatro principios que han orientado nuestra gestión durante estos años:

- **Generación de valor**
- **Excelencia en resultados clínicos**
- **Sostenibilidad institucional**
- **Gestión integral del riesgo.**

Estos pilares no son declaraciones conceptuales; son criterios de decisión diaria en un entorno sectorial complejo, financieramente tensionado y regulatoriamente exigente.

En términos de resultados clínicos, la institución cerró el año con indicadores que reflejan estabilidad y madurez en nuestros procesos asistenciales.

- El índice de infecciones ponderado fue de 1.02 por cada 100 atenciones y la mortalidad hospitalaria de 11.48 por cada 1000 atenciones, ambos por debajo de las metas nacionales e institucionales.
- En hospitalización, la tasa de reingresos fue de 0.83 por cada 100 atenciones y la adherencia a guías de práctica clínica alcanzó el 95%. La tasa general de complicaciones fue de 0.35 por cada 100 atenciones y los eventos adversos se mantuvieron en 3.73%, también por debajo de los estándares establecidos.

Estos resultados no solo evidencian calidad asistencial; representan control del riesgo clínico, reducción de reprocesos, menor exposición a litigiosidad y una operación costo eficiente que protege la sostenibilidad financiera del hospital.

Desde la perspectiva operativa, el año presentó un reto significativo con el cierre del Pabellón Fundadores A, a partir de junio para su remodelación y la intervención de otros espacios como la Sala 10. A pesar de esta reducción temporal en la capacidad instalada, **logramos una ocupación hospitalaria del 99%, una estancia promedio de 4.2 días adecuada para nuestro nivel de complejidad y un giro cama de 4.9 veces.**

La ocupación de quirófanos para cirugía programada se mantuvo por encima del 85%, con seguimiento periódico junto a la Presidencia y la Dirección General, **y el porcentaje de cancelación por causa**

institucional fue del 2%, muy por debajo de la meta del 4%. Estos resultados demuestran una coordinación efectiva entre urgencias, unidad quirúrgica, admisiones y esta Subdirección, evitando sobreocupación, protegiendo la seguridad del paciente y manteniendo productividad incluso en condiciones de restricción física.

En materia de gestión del riesgo, realizamos seguimiento continuo a la situación financiera de los aseguradores con los que mantenemos convenios. Como resultado de esta estrategia:

- Segmentación de la capacidad instalada, mitigando la concentración de cartera y reduciendo la vulnerabilidad frente a posibles inestabilidades sectoriales.
- En cuanto al riesgo reputacional, en un contexto nacional caracterizado por aumento de quejas y judicialización de la salud, la institución no registró eventos graves que comprometieran su imagen institucional.
- La satisfacción de nuestros usuarios alcanzó el 97.8%, consolidándose como uno de nuestros activos estratégicos más relevantes.

Conscientes de que la experiencia del paciente es hoy un diferenciador competitivo, lideramos la transformación del antiguo Centro de Atención Amable y Seguro hacia el nuevo Centro de Experiencia del Paciente. Este proyecto, estructurado para implementación en 2026, busca modernizar los procesos de humanización, incorporar métricas robustas de experiencia y gestionar de manera integral el journey del paciente. **El objetivo es fortalecer la fidelización, mejorar el posicionamiento institucional y consolidarnos como centro de referencia en atención centrada en el paciente.**

Durante 2025 también avanzamos en el desarrollo estructurado de programas clínicos bajo una metodología diseñada para llevarlos a estándares de alto desempeño, alineados con modelos de excelencia como EFQM.

Iniciamos este proceso con el programa de Epidermólisis Bullosa del servicio de Dermatología y la Unidad Materno Fetal de Ginecología, tomando como referente el exitoso programa de Hemofilia liderado por Hematología. La consolidación de programas como centros de excelencia no solo eleva el nivel científico y asistencial, sino que constituye un factor diferenciador competitivo y generador de valor institucional.

En paralelo, continuamos trabajando con la Presidencia y la Dirección General en la modernización de los canales de agendamiento, evaluando soluciones que permitan digitalizar y automatizar este proceso. La implementación prevista para el primer semestre de 2026 busca mejorar la experiencia del paciente, reducir el ausentismo y optimizar los ingresos de los diferentes servicios, fortaleciendo la productividad y sostenibilidad.

Las alianzas estratégicas siguieron siendo un componente clave en la generación de valor. Participamos activamente en el Clúster de Salud, iniciamos un proyecto de ciencia de datos con la Universidad Externado de Colombia y participamos en la primera rueda de negocios del sector salud, desde donde se gestó un proyecto de optimización en la compra de medicamentos con potencial impacto positivo en costos. Asimismo, participamos en la construcción del modelo de salud “Más Bienestar” para Bogotá, reafirmando nuestro compromiso con la transformación del sistema.

Acompañamos además a los diferentes servicios en la evaluación e incorporación de:

- Nuevas tecnologías y desarrollos estratégicos, como Spyglass en Gastroenterología, Farapulse en Electrofisiología, la consignación institucional de tejidos.
- La renovación del comodato de la torre de artroscopia para Ortopedia.
- Las torres de laparoscopia de última tecnología para cirugía general.
- El fortalecimiento del programa de cirugía robótica, siempre bajo análisis técnico, clínico y financiero riguroso.

En el enfoque de sostenibilidad, continuamos trabajando en los ejes ambiental, social y económico. Logramos una disminución del 1.2% en residuos biosanitarios y del 8.5% en residuos anatomopatológicos y cortopunzantes, evidenciando mejoras en los procesos de segregación. Se redujeron en 2% los costos asociados al consumo de agua y se mantuvo estabilidad en el consumo energético. Se sembraron 200 árboles nativos en los Cerros Orientales con participación de 27 colaboradores y obtuvimos el Primer Lugar en la estrategia “Mi Empresa También Retorna” en la categoría Gran Empresa, consolidándonos como referente en economía circular en el sector salud. Desde el componente social, capacitamos a 100 médicos del programa Médico al Territorio de la Secretaría de Salud de Cundinamarca en hemofilia y trastornos de la coagulación, fortaleciendo el posicionamiento académico del hospital y de la UCAD de Hemofilia.

Asimismo, el evento conmemorativo “Un Siglo en Escena”, desarrollado junto a FUCS y aliados estratégicos, proyectó nuestra marca institucional en escenarios no tradicionales.

Honorables miembros, el 2025 demostró que nuestra institución combina excelencia clínica, eficiencia operativa, control del riesgo y visión estratégica. No solo mantuvimos la estabilidad en un entorno desafiante, sino que fortalecimos las bases para el crecimiento sostenible del próximo ciclo institucional.

Agradezco profundamente a los miembros de la Sociedad de Cirugía por su respaldo permanente y su confianza en esta Subdirección. A la Junta Directiva, por su orientación estratégica y acompañamiento riguroso. Al Dr. Jorge Gómez Cusnir, por su visión de largo plazo y liderazgo que inspira excelencia. Y al Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno, por su confianza, claridad en la toma de decisiones y compromiso constante con la estabilidad organizacional y el bienestar de nuestro talento humano.

Con su liderazgo conjunto, el Centenario no fue solo una celebración histórica, sino un punto de consolidación estratégica para el futuro del hospital.

A continuación, revisaremos los principales resultados de los servicios de apoyo que dependen de esta subdirección.

Cordialmente,



José David Rodríguez González
Subdirector Médico





×
×

Banco de Sangre

El presente informe expone los resultados de la gestión operativa, clínica y administrativa del Banco de Sangre y el Servicio de Gestión Pre Transfusional (SGPT) durante el ejercicio 2025. El año se caracterizó por un enfoque en la seguridad del paciente y el fortalecimiento de la infraestructura.

A pesar de los desafíos en la captación extramural y la alta rotación de talento humano, el servicio logró mantener un indicador de demanda satisfecha del 94%. La gestión 2025 no solo se centró en la productividad, sino en la innovación a través de estrategias de fidelización. Este balance operativo busca sentar las bases para la autosuficiencia y la implementación de los nuevos lineamientos nacionales de hemovigilancia y gestión de la sangre.

×
×

Indicadores de Gestión

2024

3.009



Donantes Sangre
Total aceptados

115



Procedimientos
Aféresis de Plaquetas

6.331



Componentes sanguíneos producidos y entregados por el banco institucional al servicio de transfusión

242



Concentrados Unitarios de plaquetas CUPS obtenidos por Aféresis

125



Jornadas de
Donación

7.894



Componentes
transfundidos

1.430



Pacientes
transfundidos

74%



Porcentaje de suministro
propio de hemocomponentes

4 horas



Ciclo total de
transfusión: meta <6h

14,5



Tasa de reacciones
transfusionales por 1000 transfusiones

2025

3.174

147

6.265

271

158

7.248

1.550

78%

5,2 horas

20

Logros

- Se logró con éxito la redistribución física del Banco de Sangre, cumpliendo con la normatividad vigente, lo cual fue corroborado en la visita del INVIMA con concepto de cumple, por lo que se certificó con éxito el banco de Sangre.
- El programa de hemovigilancia muestra una madurez notable, con una reducción de las reacciones adversas a la donación (del 1.7% en 2024 al 0.46% en 2025). Aunque las reacciones transfusionales aumentaron ligeramente, todas fueron clasificadas como complicaciones inherentes a la condición del paciente y no a fallas en la cadena de seguridad.
- Se cumplió con la meta de oportunidad de administración de hemocomponentes, manteniendo un promedio de 3 horas y 57 minutos (meta < 4h). No obstante, el ciclo total de transfusión se incrementó debido a factores externos de irradiación, lo que requiere monitoreo continuo.
- **Eficiencia Financiera:** Consolidación como unidad de alta rentabilidad alcanzando un 34%, lo que representa un crecimiento de 12 puntos porcentuales frente a 2024.





×
×

Servicio Farmacéutico

Al cierre del ejercicio 2025, el Servicio Farmacéutico se consolida no solo como una unidad de soporte asistencial, sino como un pilar estratégico de seguridad clínica, eficiencia financiera e innovación tecnológica para el Hospital.

Bajo una visión de alta complejidad, la gestión del 2025 se ha centrado en tres ejes:

Transformación Tecnológica: Implementación exitosa de la Fase I de automatización (sólidos), que ha permitido absorber un incremento del 10.1% en la demanda técnica sin aumentar el recurso humano.

Seguridad del Paciente: Fortalecimiento de los macroprocesos de Farmacovigilancia y Quimioterapia Segura, logrando indicadores de calidad en la dispensación superiores al 93%.

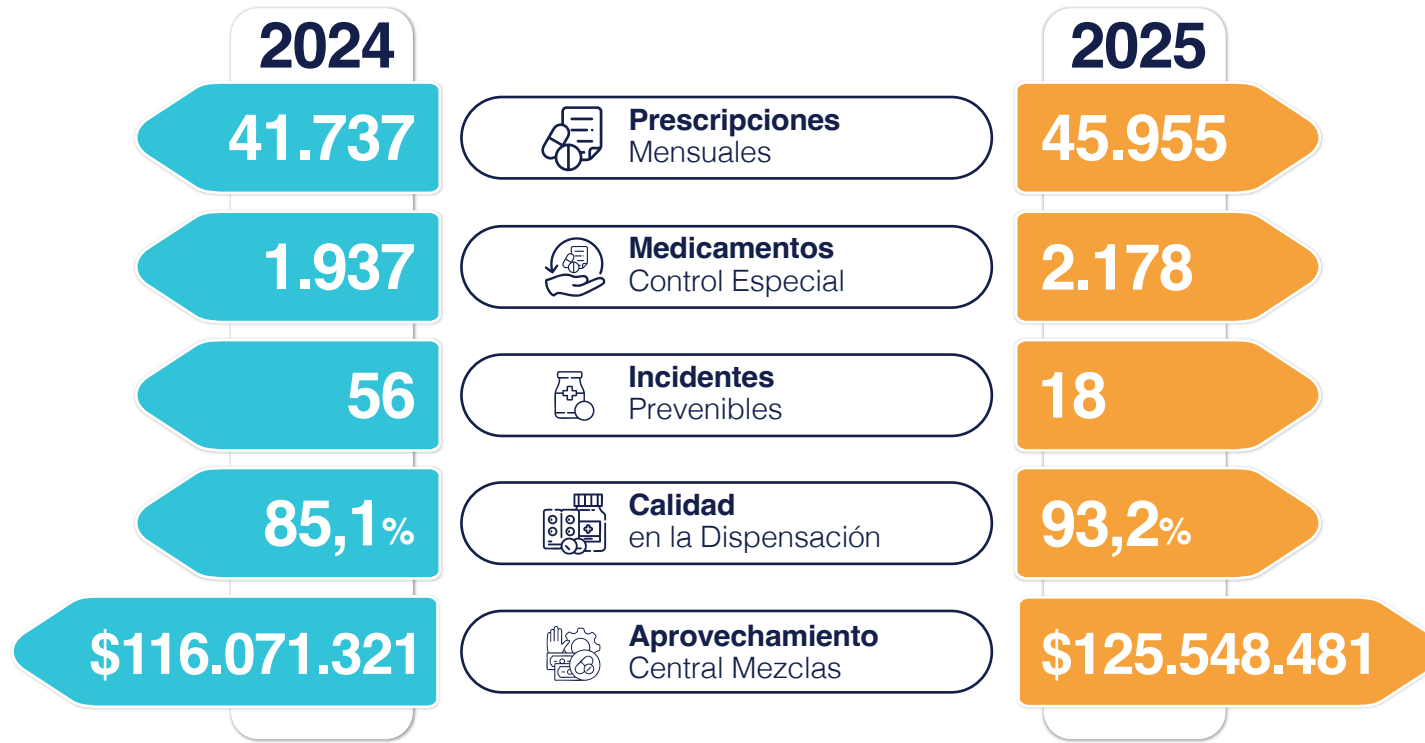
Sostenibilidad y Liderazgo: Consolidación de prácticas de "Hospital Verde" y proyección del talento humano en escenarios académicos internacionales, elevando el nombre de la institución.

Esta gestión demuestra que el servicio ha evolucionado de la gestión de volumen a la gestión de precisión, optimizando la capacidad instalada y preparándose para los retos normativos y operativos del 2026.

×
×



Indicadores de Gestión



Logros

- La complejidad de los tratamientos aumentó (promedio de 10 prescripciones por paciente vs. 8.9 en 2024), sin embargo con los procesos de automatización se gestiona este incremento de carga de trabajo con el mismo talento humano.
- Con 7 estudios clínicos activos y una participación destacada en simposios internacionales, el Servicio Farmaceutico reafirma el carácter universitario del hospital y su capacidad para gestionar terapias de vanguardia con trazabilidad absoluta.
- **Seguridad del Paciente:** Reducción del 67.8% en incidentes prevenibles mediante la implementación de barreras de seguridad con códigos de barras y franjas de seguridad para medicamentos MAR y LASA.



Fonoaudiología



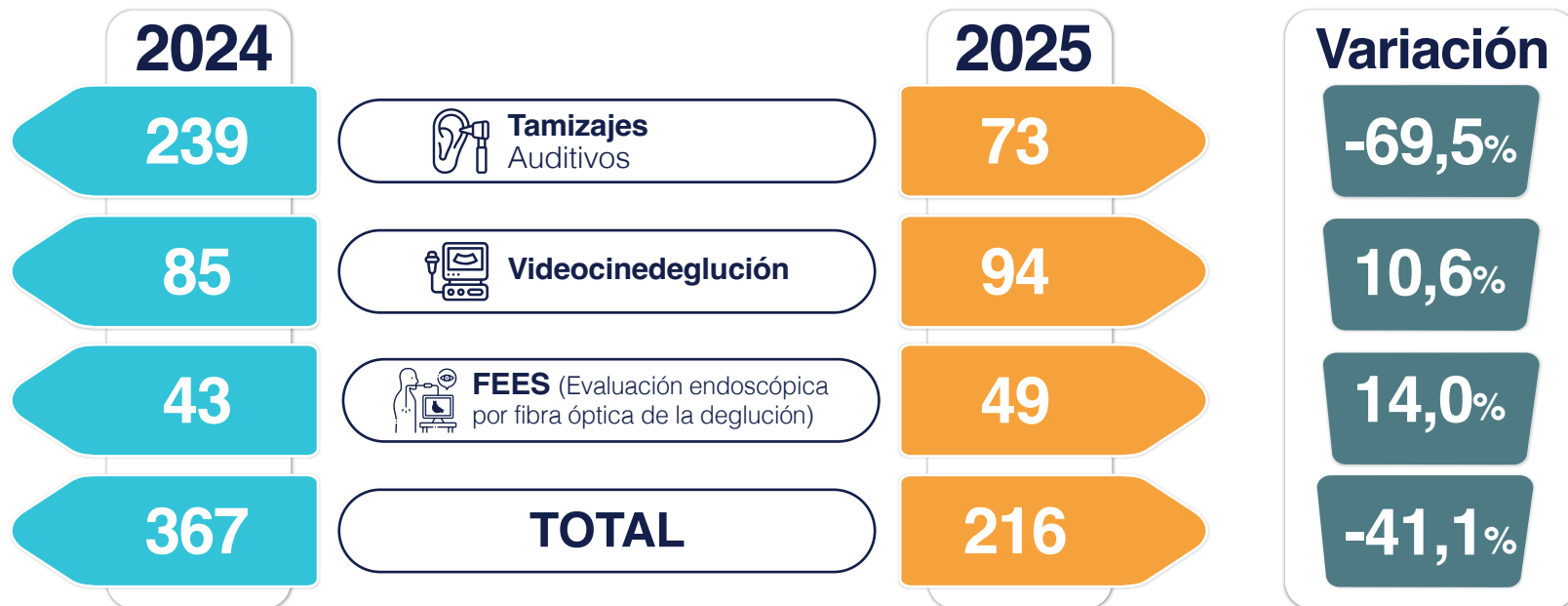
El presente informe detalla la gestión integral y el desempeño operativo del servicio de Fonoaudiología durante la vigencia 2025. Durante este periodo, el servicio mantuvo su compromiso asistencial en consulta externa y hospitalización (incluyendo Unidades de Cuidado Especial), cubriendo todo el ciclo vital. Se resalta la consolidación de la disfagia como la principal causa de interconsulta hospitalaria y la patología vocal como líder en el ámbito ambulatorio. El servicio se ha enfocado en mantener altos estándares de calidad, seguridad del paciente y adherencia a protocolos clínicos.



Indicadores de Gestión



Procedimientos Realizados



Se registró una ocupación de la capacidad instalada del 90.98%. No obstante, la productividad total experimentó una disminución del 10.5% respecto a 2024.

Logros

- El servicio mantiene indicadores de excelencia en la seguridad del paciente, con 0% de eventos adversos, complicaciones o mortalidad. Asimismo, se alcanzó una adherencia global del 100% a las Guías de Práctica Clínica (Succión, Disfagia y Disfonía) y un 99% en la calidad de los registros de historia clínica.
- La percepción de los pacientes es altamente positiva, logrando un 100% de satisfacción y recibiendo 39 felicitaciones formales.
- Se presentó un incremento del 13.6% en las actividades del programa de Lactancia Materna y detección temprana de trastornos de succión, impactando directamente en la prevención de reingresos neonatal.
- **Calidad Clínica:** Alcance del 100% de adherencia a Guías de Práctica Clínica y 99% de excelencia en la calidad de registros de historia clínica.
- **Alta Complejidad:** Incremento en procedimientos especializados de deglución: 10.6% en videocinedeglución y 14% en FEES. posicionando al servicio en el manejo de pacientes con trastornos de la deglución.





Laboratorio Clínico



El presente informe detalla la gestión integral del Laboratorio Clínico, un año definido por la expansión operativa y la consolidación de estándares de excelencia diagnóstica en nuestra condición de Hospital Universitario Acreditado. Durante este año, el servicio ha demostrado una notable capacidad de adaptación al procesar un 4.06% más de muestras respecto al año anterior.

A continuación destacaré los pilares estratégicos de nuestra operación: la productividad, la eficiencia en la entrega de resultados, la seguridad del paciente y la satisfacción de nuestros usuarios y otros logros obtenidos.



Indicadores de Gestión



El laboratorio ha logrado absorber un incremento neto de más de **21,900 pruebas** anuales sin comprometer la oportunidad de entrega, la cual se mantiene en un sólido **91.01%**. El área de Inmunoquímica continúa siendo el motor de volumen, aportando el 62.3% de la producción total.



Logros



- Los niveles de satisfacción que superan las metas institucionales: 98.82% en pacientes y 96.39% en el cuerpo médico. La drástica reducción del 90% en quejas y reclamos (solo 1 caso en 2025) ratifica la calidad percibida del servicio 99% en la calidad de los registros de historia clínica.
- La adherencia a guías de práctica clínica se mantuvo en un 90.4%. Asimismo, la cultura de reporte de riesgos se ha fortalecido, manteniendo una tasa de complicaciones mínima (1 solo caso frente a más de medio millón de procedimientos).
- Renovaciones tecnológicas claves en hematología y microbiología, así como la adecuación de áreas críticas para cumplir estándares de habilitación y reactivovigilancia.
- El laboratorio se encamina hacia una mayor rentabilidad mediante la ampliación del portafolio de pruebas y la implementación de estrategias de ahorro y mitigación de costo.



Nutrición

El presente informe técnico detalla la gestión integral del Servicio de Nutrición y Dietética durante el año 2025. El objetivo primordial fue consolidar la eficiencia operativa y la seguridad del paciente, enfocándose en la optimización de la capacidad instalada y el fortalecimiento de la adherencia a protocolos clínicos.

A través de este análisis, se exponen los resultados de productividad en consulta externa e interconsultas, el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad, y el compromiso con la actualización científica del talento humano. Los indicadores aquí presentados reflejan un servicio que no solo ha superado sus metas de atención, sino que también ha mantenido niveles de satisfacción del usuario cercanos a la excelencia, adaptándose a los retos de la demanda asistencial tanto en áreas de hospitalización como ambulatorias.



Indicadores de Gestión



Promedio días con Soporte Nutricional



Indicadores de Gestión

Número de pacientes a quienes se aplicó el Tamizaje Nutricional



Logros

- **Excelencia Clínica:** Alcance del 100% de adherencia a Guías de Práctica Clínica y cero casos de mortalidad por desnutrición.
- **Humanización:** Logro del 99.3% de satisfacción con un incremento del 7.9% en felicitaciones por trato humanizado.



Psicología

El presente informe detalla la gestión integral del Servicio de Psicología del Hospital de San José durante el año 2025, un periodo marcado por la consolidación de la humanización y la empatía como ejes estratégicos de la atención. Durante este ejercicio, el servicio no solo logró una expansión histórica en su capacidad operativa, destacando un crecimiento en interconsultas y una duplicación de la actividad en Neuropsicología, sino que también fortaleció su rigor técnico mediante la implementación de nuevas herramientas de evaluación objetiva.

A través de alianzas estratégicas con la FUCS y la Universidad de los Andes, el servicio ha reafirmado su papel como centro de formación de excelencia, integrando la academia con una práctica asistencial que prioriza la oportunidad y la seguridad del paciente, alcanzando un índice de satisfacción sobresaliente.



Indicadores de Gestión



Logros

- El servicio alcanzó un máximo histórico de 3,117 interconsultas. El área de Neuropsicología se posicionó como el motor de crecimiento del servicio, atendiendo al doble de pacientes en comparación con el año anterior gracias a la nueva oferta de rehabilitación cognitiva.
- El estándar de seguridad fue impecable con cero eventos adversos reportados durante el año. La satisfacción del usuario incrementó al 99.52%, reflejando una percepción positiva sobre la calidad de la atención y la claridad en los trámites administrativos.
- La proyección del servicio se fortaleció con la participación en escenarios internacionales (Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud en Perú) y la formación de 60 profesionales en protocolos críticos como el "Código Lila".

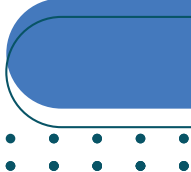


Rehabilitación

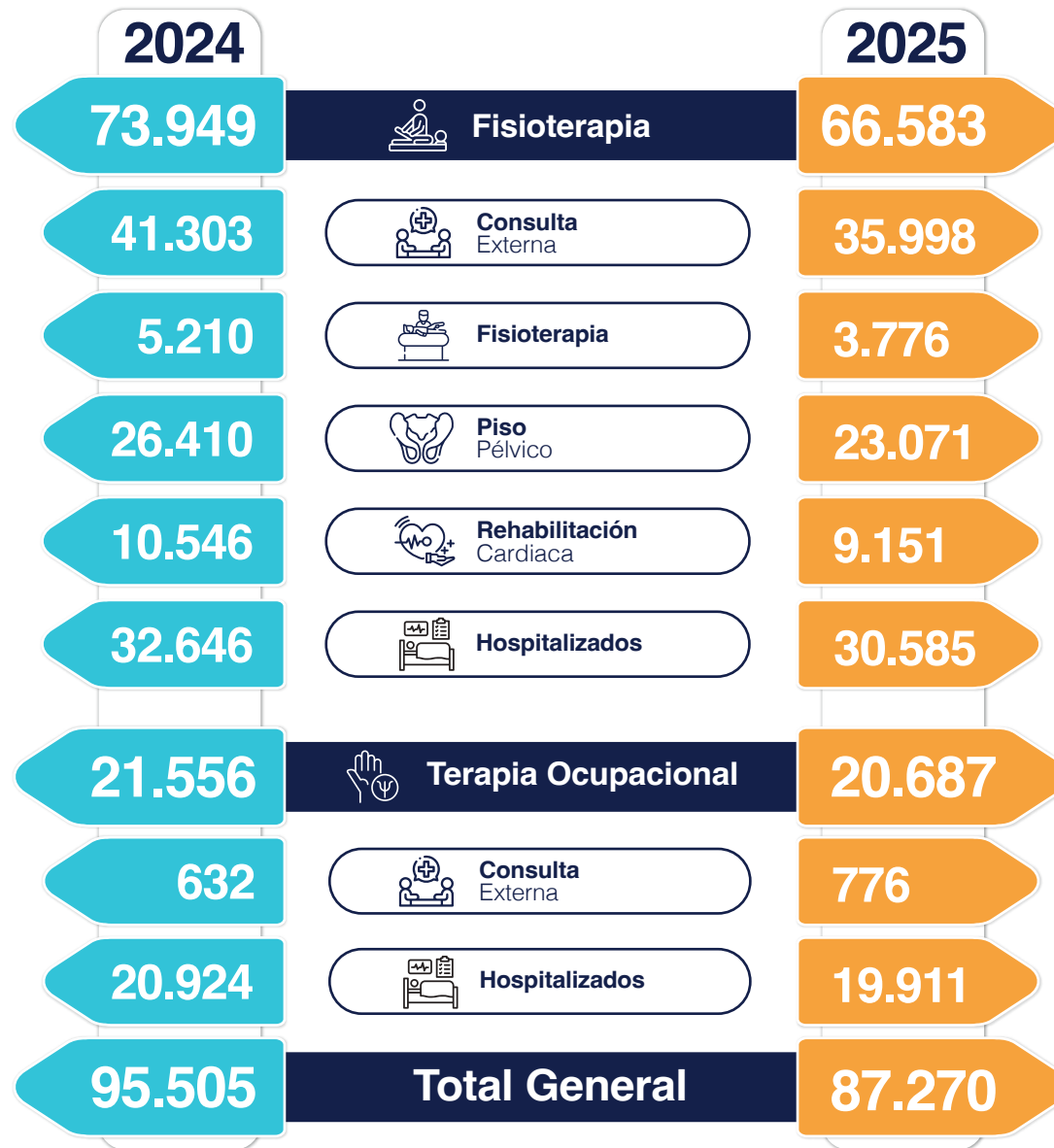
El presente informe tiene como propósito exponer de manera consolidada los resultados de la gestión clínica, administrativa y académica del Servicio de Rehabilitación durante la vigencia 2025. La operación del servicio se fundamenta en un equipo interdisciplinario de colaboradores, que garantizan la atención en áreas críticas como Fisioterapia Hospitalaria, Piso Pélvico, Rehabilitación Cardíaca y Terapia Ocupacional.



El servicio logró mantener la mayoría de sus indicadores de oportunidad dentro de las metas institucionales, destacándose la consolidación del programa de Piso Pélvico como el mayor generador de pacientes e ingresos, fortalecido por la adquisición de tecnología de última generación.



Indicadores de Gestión



El servicio mantiene niveles de excelencia con un índice de satisfacción del **99.68%**. Asimismo, el programa de humanización **PAPHOS** mostró una evolución positiva en todos sus indicadores, logrando que el **100%** de los pacientes de larga estancia recibieran orientación sobre el uso productivo del tiempo libre.

Logros

- A pesar de una disminución general del 8.62% en la productividad (atribuida principalmente a recomendaciones de la ARL, licencias de maternidad y cambios normativos en la jornada laboral), el servicio logró mantener la atención hospitalaria al 100% de cumplimiento y gestionar una capacidad promedio en consulta externa de 206 pacientes por día.
- Cumplimiento del 100% en el indicador de Paciente Trazador, garantizando la seguridad en registros clínicos.
- La adquisición de equipos de última generación para Piso Pélvico y la ampliación de la capacidad en Rehabilitación Cardíaca representan una ventaja competitiva clave en ingresos y complejidad.
- La continuidad de los convenios con universidades como la FUCS, ECR e Iberoamericana, garantiza la actualización científica y el relevo generacional del talento humano.





×
×

Terapia Respiratoria Adultos

×
×

El presente informe expone los resultados de la gestión operativa, asistencial y académica del servicio de Terapia Respiratoria Adultos durante el periodo 2025. El año se caracterizó por un crecimiento del 5.1% en la productividad de procedimientos y una consolidación de la excelencia clínica, alcanzando una adherencia del 100% a las guías de práctica clínica. A continuación los principales resultados.



Indicadores de Gestión



Logros

- Se evidencia un alto compromiso con los estándares institucionales, logrando un cumplimiento del 100% en adherencia a protocolos y manteniendo la oportunidad de respuesta a interconsultas dentro de los rangos establecidos (4 horas en hospitalización y 3 horas en urgencias).
- La cultura de reporte y análisis proactivo permitió una disminución en las situaciones de riesgo en comparación con el año anterior.
- El servicio se ha consolidado como un centro de formación de referencia, integrando exitosamente a pasantes y estudiantes de múltiples facultades. La colaboración con la ECR en investigación aplicada (protocolo de reclutamiento alveolar) fortalece el perfil científico del área.



Terapia Respiratoria Pediátrica



El presente documento detalla la gestión integral del servicio de Terapia Respiratoria Pediátrica durante el ejercicio 2025. El servicio mantuvo una operación continua de 24 horas en áreas críticas como la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), Hospitalización y Urgencias.

A lo largo del año, la gestión se centró en alcanzar una mayor productividad de procedimientos, incrementando el 11.87% respecto al año anterior.

En seguridad y Calidad Clínica: Se garantizó una adherencia del 100% a las guías de práctica clínica y una tasa de infección asociada a ventilación mecánica del 0%. Un aspecto a resaltar fue la Innovación Tecnológica, consolidando el uso de tecnología de punta, como el ventilador Babylog VN 800 y sistemas de humidificación de alto flujo, optimizando el tratamiento de pacientes de alta complejidad.

Este informe reafirma el compromiso del servicio con la sostenibilidad financiera y la calidad en la atención.

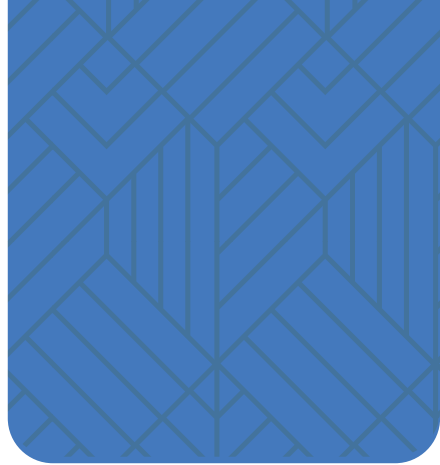


Indicadores de Gestión - casos



Logros

- El cumplimiento del 97.1% en los objetivos terapéuticos de los tratamientos terminados supera la meta institucional del 95%, demostrando la efectividad de las intervenciones a pesar de variables externas como la alta ocupación en los picos respiratorios.
- Se mantuvieron excelentes resultados en los indicadores de calidad como 0% de infecciones asociadas a la ventilación y 100% de satisfacción de los familiares de pacientes de la UCIP y UCIN.
- Se alcanzó un índice de satisfacción del 100%, reflejando el impacto positivo de las estrategias de humanización y educación a familias.



Trabajo Social



El presente informe técnico detalla la gestión integral del servicio de Trabajo Social durante el periodo 2025, estableciendo un análisis comparativo con el año inmediatamente anterior para medir el impacto de nuestras líneas de intervención. La labor del servicio se fundamenta en elevar la calidad de vida de pacientes en condiciones de vulnerabilidad. A través de la gestión de indicadores de interconsultas, rutas de atención en violencia intrafamiliar y sexual, y el seguimiento post-egreso, el servicio de Trabajo Social actúa como un eje articulador que garantiza la protección de derechos y la satisfacción del usuario dentro del Hospital de San José.



Indicadores de Gestión - casos



Logros

- Durante el 2025 se evidenció un aumento en la detección de casos, atendiendo un total de 2,465 pacientes (frente a 2,398 en 2024), con un cumplimiento del 100% en la activación de rutas de información sobre violencias en las interconsultas recibidas.
- Se registró un incremento crítico en los casos sospechosos de violencia sexual, pasando de 73 casos en 2024 a 99 casos en 2025. Todos los casos fueron gestionados bajo los protocolos legales vigentes, notificando a entes garantes como el ICBF y Comisarías de Familia.
- La cobertura de llamadas efectivas del programa "Buen Trato" mejoró significativamente, alcanzando un 84.19% en 2025, superando el 80.20% del año anterior. Esto refuerza la adherencia al tratamiento y la continuidad del cuidado fuera del entorno hospitalario.



×
×

Glosas

El presente informe detalla la gestión integral realizada por la Oficina de Glosas durante la vigencia 2025, enfocándose en el control, respuesta y conciliación de las objeciones y devoluciones presentadas por las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), aseguradoras de SOAT y demás pagadores del sistema.

A lo largo del año, la oficina centró sus esfuerzos en la depuración de estados de glosa y en la búsqueda de canales efectivos de comunicación con aseguradoras de difícil acceso. La gestión no solo buscó la recuperación de cartera, sino también la socialización interna de los motivos de glosa más recurrentes - como soportes, autorizaciones y tarifas - para atacar de raíz las causas que afectan los indicadores de aceptación institucional.

×
×



Indicadores de Gestión - Devoluciones



Se evidencia una disminución del 43% en el porcentaje de devoluciones realizadas por las EPS, donde el principal motivo son Autorizaciones y soportes.

Indicadores de Gestión - Notas Crédito



Desde la oficina de Glosas, se continúa realizando una gestión en la disminución de notas crédito, tendencia que se viene manteniendo desde hace 4 años. Para este periodo es importante tener en cuenta que se realizó la conciliación de cartera para el paz y salvo 2023 con Compensar, que suma **\$983.736.857** adicionales.

Indicadores de Gestión



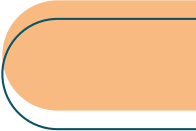
Al final del ejercicio, se observa que el porcentaje de glosa aceptado por el hospital es del 0,7% del total facturado, con una notable tendencia a la disminución del valor final aceptado.

Logros

Incremento en la Gestión de Conciliaciones: Se logró un aumento significativo en la resolución de cuentas, alcanzando un valor de \$20.329.996.027 en conciliaciones realizadas, lo que representa un incremento de \$3.692.923.680 respecto al año 2024.

Disminución del 25.6% en el porcentaje de aceptación sobre las facturas afectadas, lo que refleja una buena gestión operativa del área.

El porcentaje de aceptación frente a la facturación total se situó en un 0.7%, una cifra que refleja una recuperación de recursos eficiente para la institución.



Odontología

Durante el año 2025, el servicio de odontología, bajo el convenio entre la IPS Salud Bosque de la Universidad El Bosque y nuestra institución, se ha enfocado en consolidar la atención intrahospitalaria de alta complejidad. La gestión se ha caracterizado por un enfoque transdisciplinario, especialmente con los servicios de Hematología, Cardiología y Pediatría.



Indicadores de Gestión - casos



Logros

- La formalización del portafolio y su respectiva estructura tarifaria en febrero de 2025 permitió la viabilidad financiera de procedimientos complejos, como el manejo de enfermedades huérfanas, traumas dentoalveolares entre otros.
- El servicio demostró una alta demanda y pertinencia clínica, atendiendo un total de 452 interconsultas y realizando 396 procedimientos de alta complejidad a pacientes con patologías severas (hematología y cardiología principalmente). El incremento en la complejidad de los casos atendidos reafirma el valor del servicio dentro del ámbito hospitalario.
- Se logró una integración exitosa del componente académico con el asistencial, facilitando la rotación de 11 internos y 9 residentes de posgrado. Esta sinergia garantizó una atención basada en evidencia y el desarrollo de 13 protocolos clínicos especializados que elevan los estándares de seguridad para pacientes de alto riesgo.
- La IPS Salud Bosque SAS solicitó la terminación del contrato con el hospital, proceso que se formalizó el 30 de diciembre en conjunto con las partes interesadas. Con el fin de garantizar la continuidad del servicio, el Dr. Jorge Pardo asumirá la operación a través de la sociedad colombiana de anaplastología y reconstrucción maxilofacial.



Epidemiología y Estadística



El presente informe muestra la gestión realizada por el Departamento de Epidemiología y Estadística durante el 2025. Bajo un enfoque dual, el departamento ha centrado sus esfuerzos en la vigilancia de eventos de interés en salud pública (EISP) y en la consolidación de información asistencial estratégica para la toma de decisiones institucionales.

Durante este periodo, la gestión se desarrolló en un entorno de desafíos operativos críticos, incluyendo una transición tecnológica hacia el sistema IndiGo y una renovación del 62% del talento humano del área. A pesar de estas barreras, el servicio garantizó la continuidad del reporte normativo ante entes de control, manteniendo estándares superiores de calidad del dato y fortaleciendo la cultura de medicina basada en la evidencia a través de la capacitación y el soporte a la investigación institucional.



Indicadores de Gestión



Logros

- El volumen de eventos investigados y reportados aumentó un 23.9% respecto al 2024 (3,948 eventos en total), impulsado principalmente por morbilidad materna extrema y enfermedades huérfanas, lo que subraya la complejidad creciente del perfil epidemiológico del hospital.
- Se evidencia una mejora sustancial en la precisión diagnóstica institucional; el error estándar en estadísticas vitales disminuyó del 25% al 6% en el segundo semestre.
- Gracias al trabajo conjunto con el área de investigaciones, se ha impulsando la generación de conocimiento propio y la estandarización hacia la codificación CIE-11.
- Notificación obligatoria del 100% de eventos y en la realización de comités institucionales (COVE y Ética).
- Posicionamiento institucional entre las 40 mejores entidades del país en la Cuenta de Alto Costo.



×

×



Gases Medicinales

×

×

El presente documento expone los resultados de la gestión integral realizada por el área de Ingeniería Biomédica - Tecnovigilancia y Gases Medicinales durante el ejercicio 2025. Este informe permite evaluar el desempeño institucional en dos ejes críticos para la seguridad del paciente y la continuidad operativa: la vigilancia de equipos y dispositivos médicos y la eficiencia en el suministro de gases medicinales.

A través de un análisis comparativo con el periodo anterior, se destacan los avances en la cultura de reporte de seguridad, la gestión proactiva de alertas sanitarias del INVIMA y el apoyo técnico en proyectos de infraestructura hospitalaria

Indicadores de Gestión



Gases Medicinales



Se registró un aumento significativo en el consumo de oxígeno líquido (12.903 m³ adicionales respecto a 2024) y producción de aire medicinal (13.987m³ mas que el 2024). Este incremento en la demanda fue respaldado operativamente por la ejecución de mantenimientos en la red evitando desperdicios y sobrecostos.

Logros

- Se evidenció una evolución positiva en la cultura de seguridad, reflejada en un incremento de la cultura del reporte. Esto indica una detección más temprana de riesgos antes de que causen daños graves, gracias a las campañas de capacitación y uso seguro de tecnología.
- La institución incrementó su capacidad de respuesta ante las publicaciones del INVIMA, logrando gestionar 13 alertas aplicables sin que ninguna afectara directamente la integridad de los pacientes. Se destaca la articulación efectiva con proveedores para realizar ajustes correctivos oportunos.





×
×

CEP

Centro de Experiencia del Paciente

El presente informe detalla la gestión realizada por el Centro de Experiencia al Paciente (CEP) —anteriormente denominado Centro de Atención Amable y Segura (CAAS)— durante el ejercicio 2025. La transición hacia este nuevo modelo de experiencia refleja el compromiso del Hospital de San José con la centralidad en el paciente y su familia, enfocándose en la gestión proactiva de necesidades, la orientación administrativa y la humanización de la atención.

×
×

Durante este periodo, la oficina consolidó su rol en la identificación temprana de expectativas del paciente hospitalizado, logrando el cumplimiento de metas de medición con un total de 1,440 encuestas aplicadas. La gestión se centró en cuatro pilares fundamentales: accesibilidad, humanización, oportunidad y, de manera destacada, el fortalecimiento de la información al usuario, indicador que presentó un crecimiento notable frente al año anterior.



Indicadores de Gestión



Logros

- Se logró una mejora sustancial del 13.04% en el indicador de Información y del 8.2% en Oportunidad. Esto evidencia que las estrategias de guías digitales (QR) y el refuerzo de personal en puntos de información están impactando positivamente en la percepción del usuario.
- En la percepción de humanización, se mantienen estándares superiores al 91%. La continuidad del conocimiento de derechos y deberes por parte del personal de salud (99.4%) garantiza una base sólida de cultura institucional.
- Se observa una disminución significativa en la recepción de PQRSF en la oficina del CEP (de 243 en 2024 a 137 en 2025), lo cual se atribuye a una mayor resolutivez del personal y una gestión efectiva de requerimientos verbales en tiempo real.
- La cobertura de seguimiento telefónico alcanzó el 75%. Aunque es un resultado positivo, se identifica la necesidad de optimizar la base de datos de contacto desde el área de Admisiones para reducir el margen de pacientes no contactados y mejorar la adherencia a cuidados en casa.
- Persisten barreras externas, como los retrasos en autorizaciones por parte de las EPS, y desafíos internos relacionados con el confort y la privacidad en los espacios físicos. Estos puntos representan las principales áreas de oportunidad para elevar la experiencia del paciente a estándares de excelencia, de esta manera se cuenta con un proyecto que busca elevar los estándares de atención al usuario a experiencia del paciente, integrando protocolos de atención del personal, hotelería y disminución de trámites que iniciará su piloto en el pabellón fundadores.

A woman with long, wavy, light brown hair, wearing a bright red blazer over a black top, is seated at a white desk. She is looking towards the camera with a slight smile. Her hands are resting on an open, spiral-bound notebook on the desk. She is wearing a gold ring on her left hand. The background consists of a window with white horizontal blinds. A dark blue horizontal bar is overlaid on the right side of the image, containing the title and name.

Subdirección de Talento Humano

Luz Elena Ochoa Villa - Subdirectora de Talento Humano

Respetados señores

Miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José

En cumplimiento de mis funciones, presento el resumen detallado de las acciones estratégicas lideradas por la Subdirección de Talento Humano y el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) durante el año 2025. Nuestra gestión se ha fundamentado en la premisa de que el desarrollo integral y ético de nuestros colaboradores es el motor principal para alcanzar la excelencia institucional.

1. El Talento Humano como Pilar del Éxito Organizacional

Entendemos que el capital humano es el pilar fundamental de nuestra institución, por lo que su bienestar impacta directamente en la calidad del servicio que ofrecemos a la comunidad.

- Ambiente Laboral y Valores: Hemos fortalecido un entorno de trabajo cálido y armonioso, donde cada profesional es valorado y respaldado en su desarrollo personal y profesional.
- Gestión del Liderazgo: Priorizamos el fortalecimiento de las competencias de nuestros líderes institucionales y la implementación de estrategias de reconocimiento.
- Humanización del Servicio: La consolidación de equipos comprometidos no solo optimiza la productividad, sino que eleva los estándares de humanización en la prestación de salud.

2. Gestión Integral en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)

La seguridad de nuestro equipo es un compromiso permanente que garantiza la eficiencia operativa y la calidad asistencial.

- Resultados Operativos: Logramos resultados altamente positivos, evidenciados en una reducción significativa del índice de accidentalidad.
- Prevención y Educación: Este logro es fruto de una gestión rigurosa en la prevención de riesgos y campañas de educación continua en campo.
- Bienestar Integral: Reconocemos que el bienestar físico y mental de los colaboradores repercute directamente en la eficiencia operativa de la institución.

3. Alineación Estratégica y Sostenibilidad

Nuestra gestión se anticipa a los desafíos del sector salud mediante una visión proactiva y ética, alineada con las políticas institucionales.

- Análisis Prospectivo: Realizamos un análisis detallado de la oferta y demanda de talento humano para garantizar una gestión estratégica frente a las dinámicas del entorno.
- Compromiso y Salud Mental: Implementamos iniciativas de salud mental y equilibrio entre la vida personal y laboral, mejorando los niveles de compromiso y productividad.
- Cultura Organizacional: Generamos espacios de integración y cercanía, entendiendo que la felicidad del equipo es un factor determinante para el éxito y la sostenibilidad de la organización.

Conclusión

La gestión realizada en esta Subdirección evidencia nuestro compromiso con el desarrollo integral del talento humano como eje transformador, para consolidar una institución más humana, eficiente y sostenible.

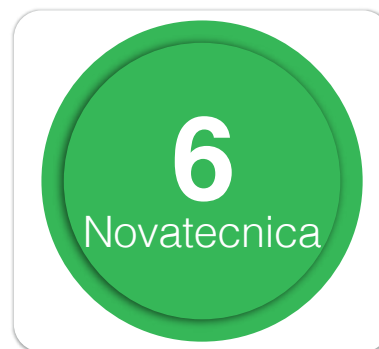
Cordialmente,



Luz Elena Ochoa Villa
Subdirectora de Talento Humano



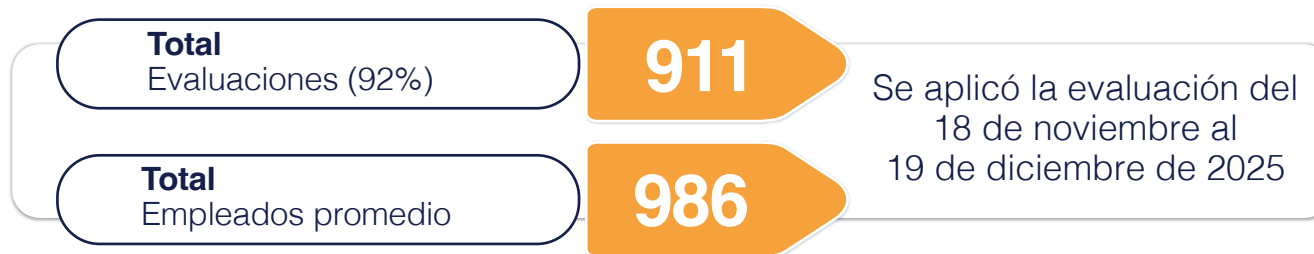
1.897 Colaboradores



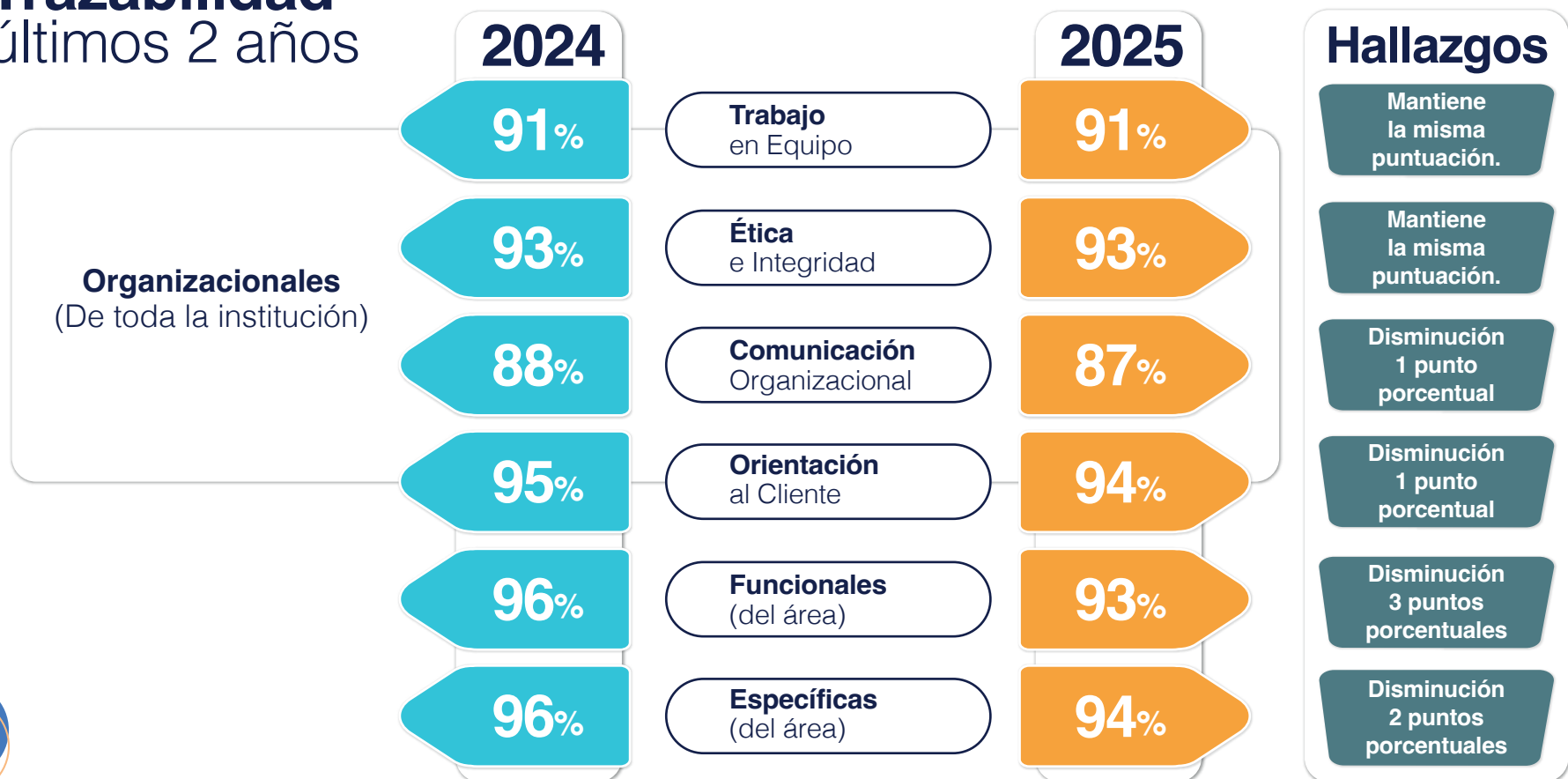
×
×

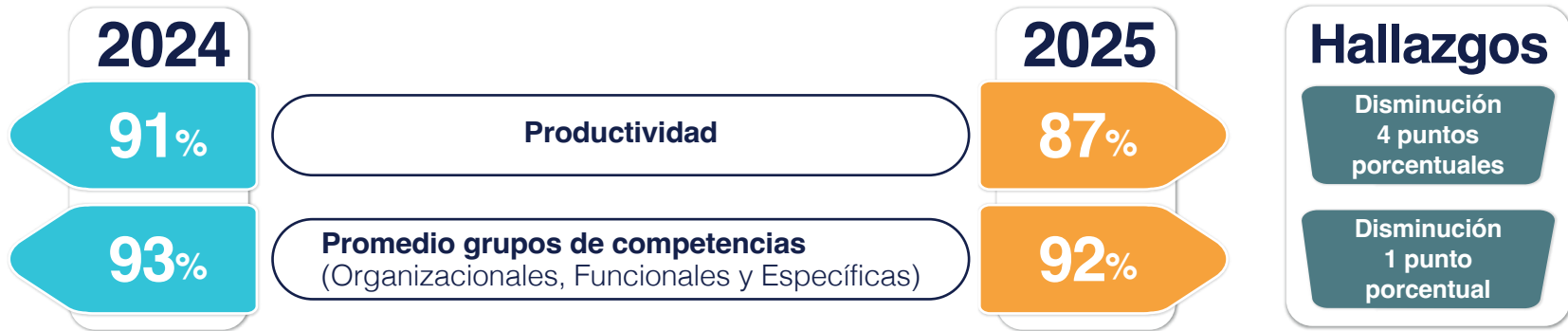


Evaluación de Desempeño por Competencias y Productividad



Trazabilidad últimos 2 años





Factores de riesgo:



Medidas para mitigar los factores negativos

- Ayuda Psicológica.
- Apoyo emocional.
- Suministro de elementos de protección personal.
- Constante capacitación.
- Plan de incentivos.
- Actividad de bienestar.

Medición Clima Organizacional

Total Colaboradores

1.254

Periodo de
aplicación

Total Muestra
correspondiente al 97% del total

1.216

Del 01 al 31 de
agosto de 2.025

Conclusiones de la Medición

Dimensiones

Sin ninguna variación respecto al año anterior fueron Relaciones Interpersonales, Nivel jerárquico, Promoción y desarrollo.

La variación en aumento respecto al año anterior fue Condiciones generales con cinco (5) puntos porcentuales.

La Variación en disminución de un 1% respecto al año anterior (Condiciones del cargo, Comunicación Organizacional, Compensación y Satisfacción general)

Promedio general institucional en sus dimensiones 77%, en comparación con el año 2024 se mantuvo en el mismo porcentaje.

De acuerdo con los resultados anteriormente descritos y teniendo en cuenta que se involucran los colaboradores de las empresas tercerizadas, refleja un análisis holístico de la institución, nos demuestra un impacto sin desfavorabilidad en la percepción general del clima laboral.

La institución sigue tomando todas las medidas para mitigar este impacto.

- Ayuda Psicológica.
- Apoyo emocional
- Suministro de elementos de protección personal.
- Manejo de Stress.
- Constante capacitación de protocolos de Bioseguridad
- Capacitación a líderes.
- Grupos focales.

Medición Cultura Organizacional

Talento Humano analiza, promueve y gerencia la transformación de la Cultura Organizacional, teniendo en cuenta criterios como:

Realizar evaluaciones de la Cultura Organizacional

Identificar los elementos claves de la cultura que deben ser mejorados.

Priorizar las acciones de mejora que impacten en la transformación de la cultura.

Por lo anterior se tienen en cuenta los cuatro factores culturales: ***Direccionamiento, Persona, Acreditación y Atributos Organizacionales.***

Evaluaciones
realizadas

1.219

Calificación
general

4,01

Conclusiones de la Medición

La calificación general (4,01) manteniéndose igual respecto a la medición del año anterior, sin embargo, con este resultado se supera la meta organizacional de 4,0.

El factor más bajo es el de personas con 3,87 mientras que el más alto es direccionamiento con 4,10.

El factor que disminuyó respecto al año anterior es el de personas, presentando una baja de 0,13 pts.

Los subfactores que más disminuyeron fueron los relacionados con Personas - Importancia colaboradores (3,67) y por atributos organizacionales Liderazgo (3,94) y Talento (3,85).

Las acciones para 2026 deben ir encaminadas a los planes que se relacionen con el bienestar del colaborador y formas diversas de reconocimiento laboral.

Beneficios

Hospital de San José



Plan Beneficio

Incentivos económicos y no económicos

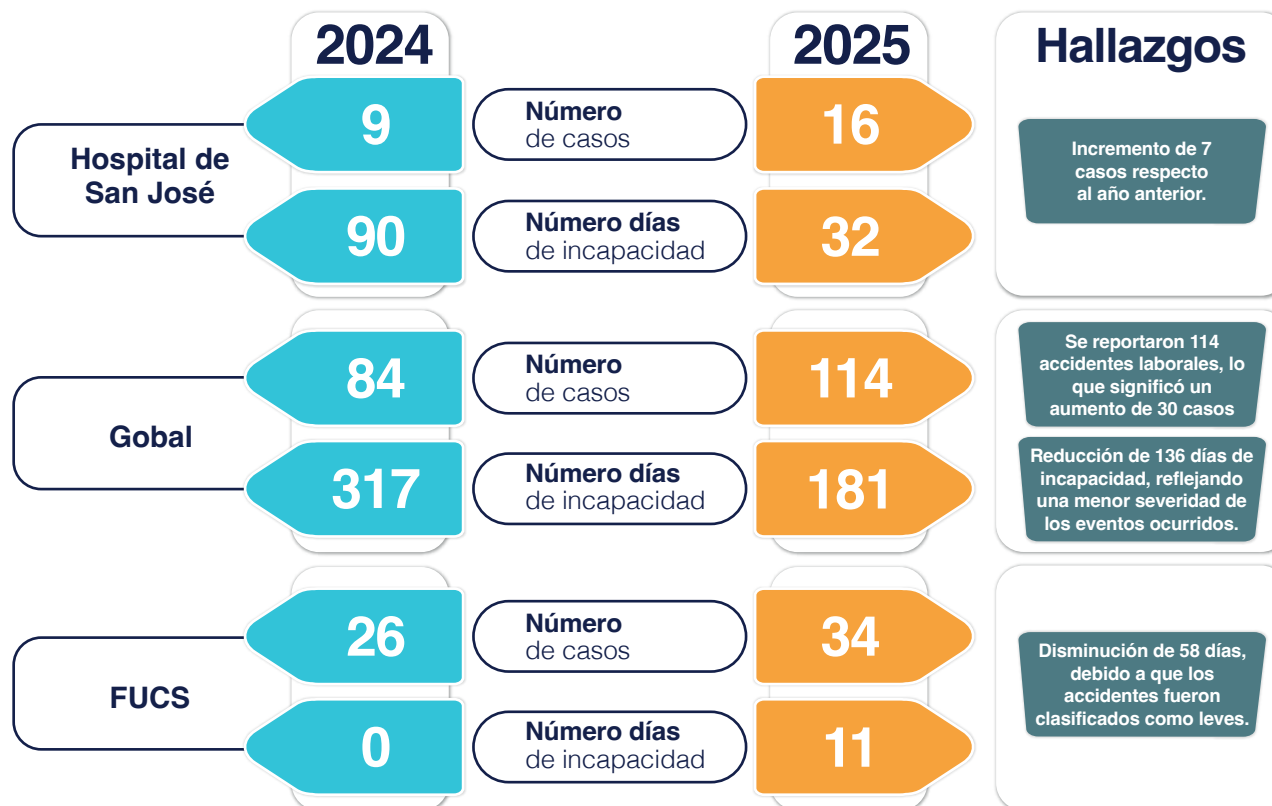
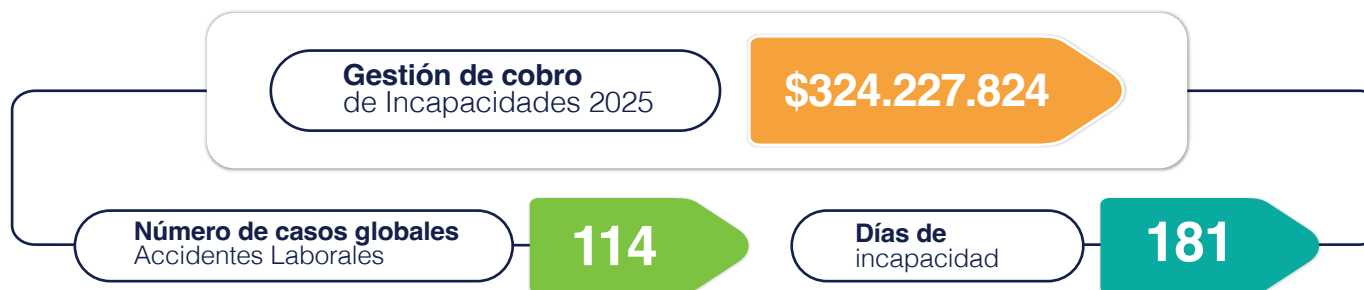
Auxilio de calamidad, anteojos, estudio, fallecimiento y matrimonio.

Actividades de integración, Bodytech Bonificación de Jubilación, Bonos éxito, Cine Colombia Convenios y seguros colectivos, Cumpleaños personal medio día libre, **Día:** de la Mujer, San José, secretaria, enfermera, Día de la familia I - II semestre y fin de año.

Días de estrés y calor, hora sindical Nacimiento de hijo, permiso llegar tarde hasta 90 min/mes, préstamo para compra de vivienda o mejoras, prima de antigüedad y extralegal, quinquenio, auxilio educativo.



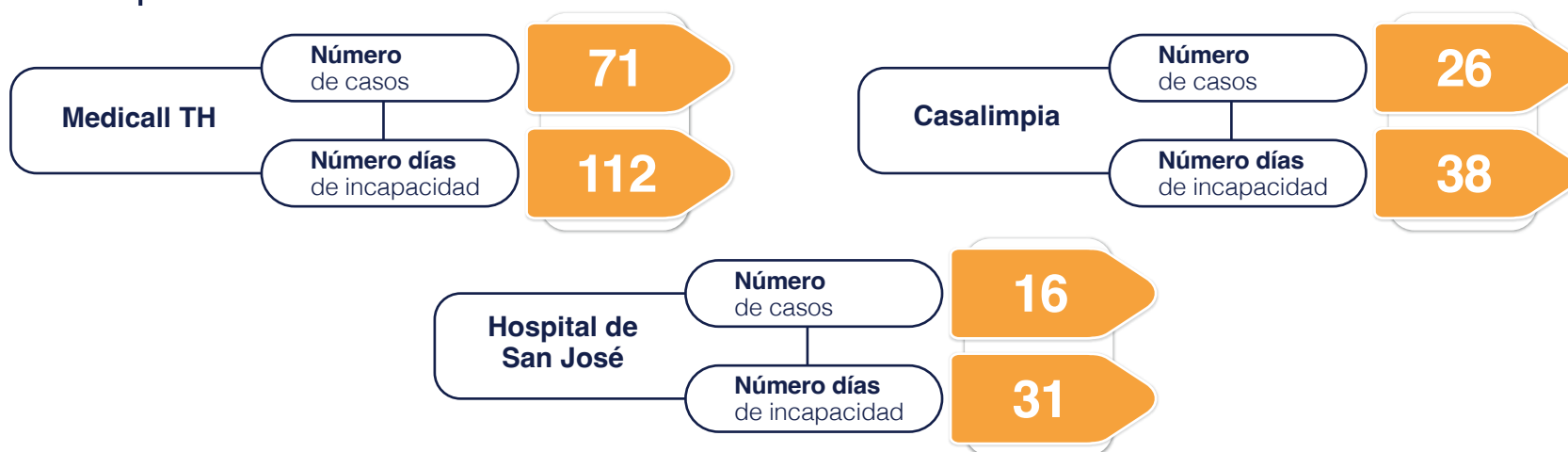
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo



Accidentalidad por riesgo global



Accidentalidad por empresa



Exámenes Médicos Ocupacionales periódicos

Cumplimiento

97%

Logros

Formación de Líderes – Expedición 100

Se realizaron 6 secciones con una cobertura del 90% de asistencia.

Se dio Cumplimiento del Plan de Capacitación en un 98%. La percepción de los colaboradores frente a las condiciones generales aumentó, el resultado está por arriba de la meta establecida 83%.

La medición de clima organizacional en cuanto a satisfacción es favorable la percepción de los colaboradores.

Se superó la meta de cobertura logrando el 92% en la realización de las evaluaciones de desempeño por competencias.

Se dio cumplimiento en el desarrollo de las campañas de promoción y prevención (No fumadores, hábitos de vida, conservación auditiva, orden y aseo 9s).

Se realizó la actualización del Perfil sociodemográfico así como la revisión del plan de acción anual con revisión trimestral.

Se generaron acciones de mejora en los procesos de acuerdo a las inspecciones realizadas.



Se realizaron Inspecciones de extintores EPP Plomados, EPP Químicos.

Seguimiento del uso adecuado de los EPP, esquemas de vacunación.

Seguimiento y control en cada uno de los programas de Vigilancia Epidemiológicos.

Diseño de piezas para comunicaciones sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Actualización de documentos propios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Participación en las mesas laborales con ARL Seguros Bolívar y de Medicall.

Retos y Metas pendientes

Seguir formando a líderes de impacto que puedan mitigar la brecha generacional de la institución.

Fortalecer los procesos de la Subdirección de Talento Humano que contribuyan al sostenimiento.

Cumplir con las actividades programadas en el plan de trabajo y el cronograma de capacitación 2026.

Disminuir la accidentalidad en el 2026





Propuestas y Plan de Trabajo para el siguiente periodo

Alinear las estrategias de Talento Humano con las políticas institucionales, mejorando el clima organizacional y el desarrollo de competencias.

Estrategia de digitalización y programas de bienestar.

Capacitaciones basadas en análisis de datos para lograr métricas claras de rotación, satisfacción y productividad.

Dar continuidad a las actividades propuestas, dando cumplimiento a la normatividad que en su momento se disponga.

Seguir brindando herramientas a los líderes que permita implementar estrategias que fortalezcan el desempeño.

Implementar estrategias que garanticen mayor participación en la encuesta de medición de cultura organizacional.

Seguir gestionando la prevención de la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales.

Fomentar los reportes de actos y condiciones inseguras por parte de los colaboradores.

Plan de Acción

Diagnóstico de necesidades

Evaluación del impacto de rotación

Mejora de la experiencia del colaborador

Reconocimiento de mejores prácticas

Promociones internas





Subdirección Administrativa y Financiera

Andrés Gutiérrez Virgüez - Subdirector Administrativo y financiero

Honorables miembros de la Sociedad de Cirugía:

En primera instancia quisiera referirme a los cien años que ha cumplido el Hospital de San José, lo cual me llena de orgullo y satisfacción, poder tener la oportunidad de hacer parte de esta gran familia, esto sin duda marca un hito en Colombia, un Hospital centenario, el cual no ha cerrado sus puertas desde su inauguración y ha contribuido a la salud en el país de manera significativa.

En cuanto al contexto del sector, se continuó con la incertidumbre que se ha venido presentando de manera histórica, lo cual obedece a falta de políticas de estado que logren impactar de forma positiva y estabilizar o contribuir a mejorar la situación, especialmente en la atención a los pacientes y contar con los recursos suficientes para atender la operación de las IPS, quienes somos los que asumimos toda la responsabilidad en la atención y el riesgo financiero.

Con base en lo anterior, el Hospital de San José, ha mantenido dificultades en la consecución de recursos, lo que ha generado déficit de caja operativo, teniendo demoras en el pago de obligaciones, sin embargo, es importante mencionar que se ha mantenido el pago de las diferentes obligaciones con nuestros proveedores, a pesar de no lograr los montos esperados, que permitan tener una mejor dinámica en la operación.

En cuanto al resultado neto, se logró tener excedentes los cuales son atribuidos en buena parte por los ingresos no operacionales, es importante destacar lo imperioso que resulta mejorar las tarifas a nivel general, toda vez que la relación ingreso-costos y excedente-margen, se continúa deteriorando producto del crecimiento de costos y gastos, lo cual no es compensado de ninguna manera con el ingreso.

Es importante mencionar la depuración de cartera, con el propósito de reconocer en los estados financieros la razonabilidad de este rubro, de tal manera que se realizó deterioro y castigo permitiendo así depurar y contar con la realidad contable y financiera del Hospital, también se destaca la disminución en los pasivos, especialmente en deuda financiera, la cual se pagó en su totalidad en este año.

Como puntos a destacar en infraestructura se realizaron varias adecuaciones y mantenimiento en general, lo que permite mantener el Hospital en buenas condiciones, no obstante, lo de mayor relevancia es el

inicio de la remodelación del pabellón fundadores A, lo cual obedece a la proyección de remodelación y modernización del Hospital, en cuanto a equipo biomédico se destaca la adquisición en conjunto con la FUCS del equipo para cirugía robótica (Davinci) y otros equipos de última tecnología, invirtiendo así, poco más de \$14.000 millones.

Por último, agradecer al Dr. Jorge Gómez Cusnir, al Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno, y a la Junta Directiva por el respaldo recibido, lo cual ha contribuido a la gestión que he podido desempeñar junto con el equipo de trabajo, el cual ha demostrado un alto sentido de pertenencia y compromiso, lo cual se refleja en el resultado positivo en cada área, logrando mantener el soporte a la operación, superando las dificultades y aportando al avance del Hospital.

A continuación, se presentan algunos de los aspectos de mayor relevancia e impacto en el año 2025.

Cordialmente,



Andrés Gutiérrez Virgüez
Subdirector Administrativo y Financiero





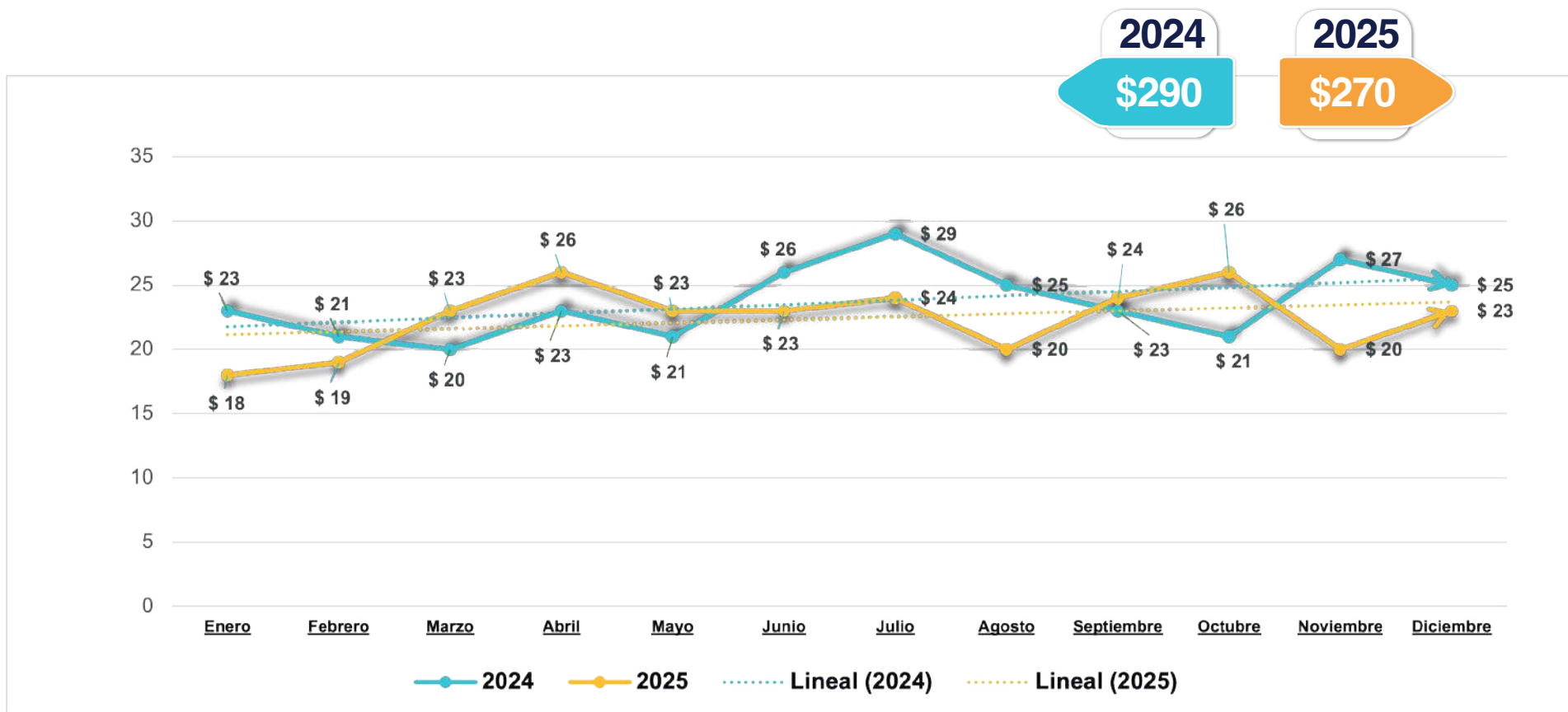
Departamento de Facturación

Durante el período evaluado, el Departamento de Facturación evidenció un desempeño sólido, con cumplimiento de metas, mejora continua de procesos y alto compromiso del equipo de trabajo. El informe presenta un análisis cualitativo y cuantitativo del comportamiento del año 2025 en comparación con 2024. A pesar de las dificultades, la gestión del recurso humano permitió mantener la operación y obtener resultados mensuales positivos. La implementación de la Resolución 2275 de 2025 fortaleció la oportunidad, trazabilidad y eficiencia en la facturación y radicación. Finalmente, el cambio estructural del departamento, con estrategias en liderazgo, ha sido clave para mejorar el control y los resultados institucionales.



Comportamiento Facturación

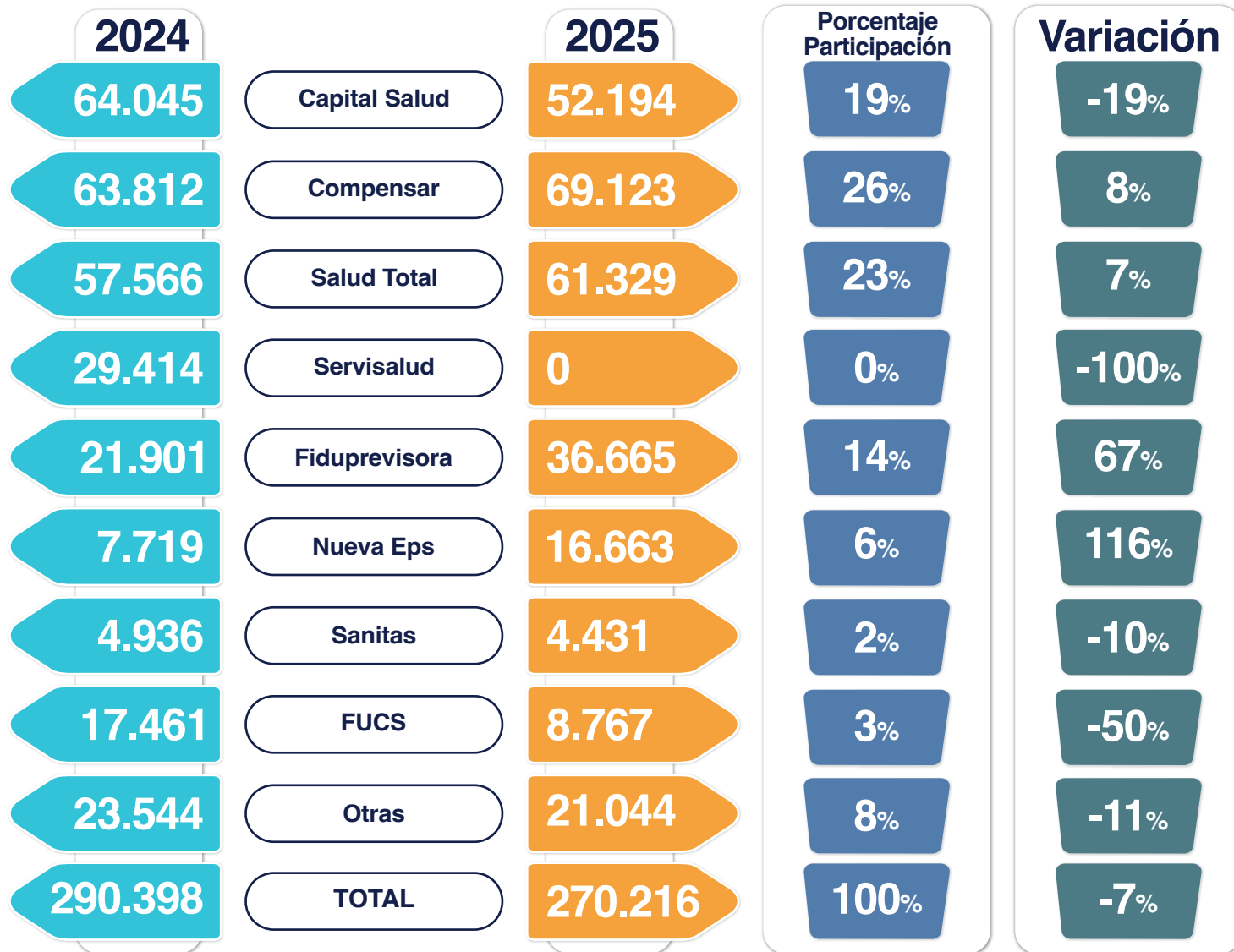
(Cifras miles de millones de pesos)



El decrecimiento del 7% del año 2025 de la facturación, se atribuye especialmente a la disminución en venta de servicios a Capital Salud y por la terminación del contrato con la Unión Temporal Servisalud San José, en cuanto a la FUCS, en el año 2024 se facturó ingresos extraordinarios, apesar de tener incremento con otras entidades, no se logra compensar esta disminución, importante mencionar el proceso de adaptación con la nueva resolución 2275, sentando bases para una mejor eficiencia, control y sostenibilidad financiera; manteniendo un promedio mensual de \$21.700 millones.

Composición Portafolio de Clientes

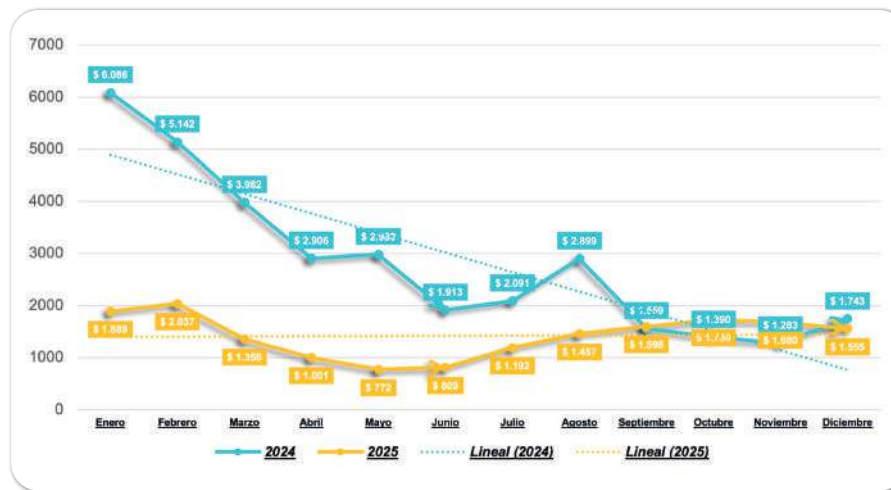
(Cifras en millones de pesos)



En el comportamiento de la facturación por empresas, el 81% del volumen se concentra en Compensar (26%), Salud Total (23%), Capital Salud (19%) y Fiduprevisora (13%). Con una disminución global del 7%, con respecto al año 2024.

Cargos pendientes por facturar

Hospitalizado egresado (2024- 2025)



Ambulatorio (2024- 2025)



En el ambito Hospitalario 2024 fue un año de alto volumen inicial con caída progresiva, mientras que 2025 refleja un comportamiento más controlado y estable, con señales de recuperación en el segundo semestre. Durante 2025 se evidencia una mejora progresiva en la gestión de cargos ambulatorios pendientes por facturar, reflejada en la reducción sostenida mensual y en un mayor control del proceso de facturación en el ambito ambulatorio.

Logros

- Se fortalecieron las metodologías de análisis y facturación, logrando mayor estabilidad operativa y continuidad en los resultados mensuales.
- Se redujeron los tiempos entre la prestación del servicio, la generación de la factura y su radicación, alineándose con los lineamientos de la Resolución 2275 de 2025.
- Se evidencia una reducción progresiva de cuentas represadas, reflejando mayor control, seguimiento y depuración oportuna de la información.
- Disminuyó los cargos pendientes por facturar, en el ámbito hospitalario y ambulatorio, evidenciando una mejora progresiva en su control.





×
×

Departamento de Cartera

×
×

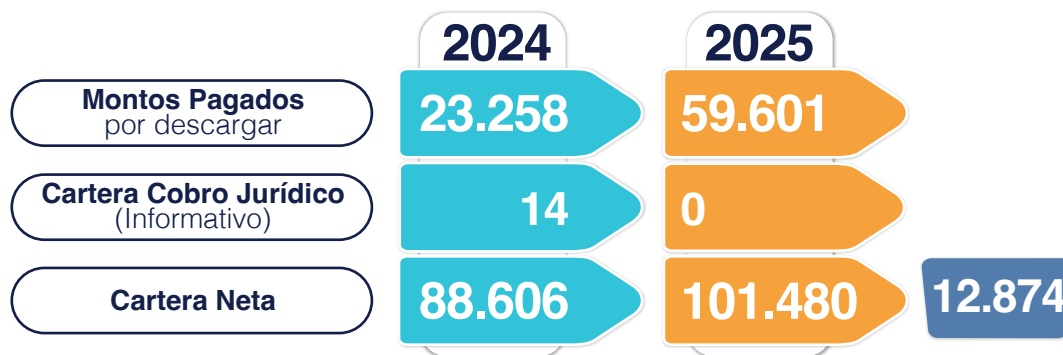
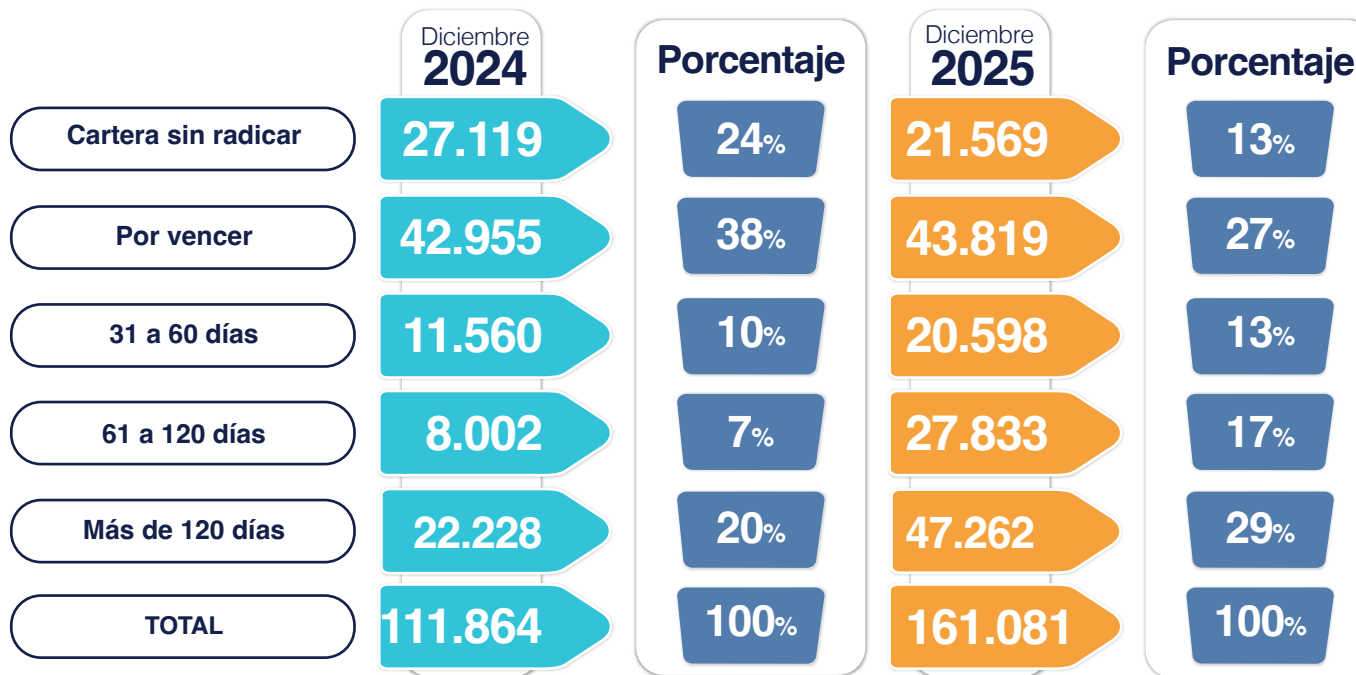
Se analiza el comportamiento de la cuenta por cobrar, considerando los estados que la componen, tales como valores pendientes por radicar, cuentas en objeción, pagos pendientes por aplicar y demás variables que impactan directamente el recaudo y la cartera neta. Así mismo, se presenta la situación de la cartera con corte a diciembre de 2025, abordando las principales dificultades en el recaudo, las condiciones contractuales vigentes y los retos derivados de los convenios con las E.A.P.B.



Comparativo por edades de la Cartera

31 de diciembre de 2024 - 31 de diciembre de 2025

Cartera total



Se evidencia un aumento significativo en los montos pagados pendientes por aplicar, por valor de \$36.343 millones frente a diciembre de 2024. Esta situación obedece principalmente a dificultades operativas de las EPS en los procesos de radicación, legalización de pagos y manejo de terceros. Se mantiene una gestión permanente de seguimiento a los convenios para la entrega oportuna de soportes, los cuales continúan presentando retrasos, especialmente en entidades como Nueva EPS, Famisanar y FOMAG.

En el caso de FOMAG, se mantiene el abono del 80% del costo médico; Nueva EPS continúa presentando inconsistencias en la entrega de soportes completos por parte del tercero Aciel; mientras que Salud Total sigue apalancando el recaudo mediante pronto pago.

Comportamiento principales empresas

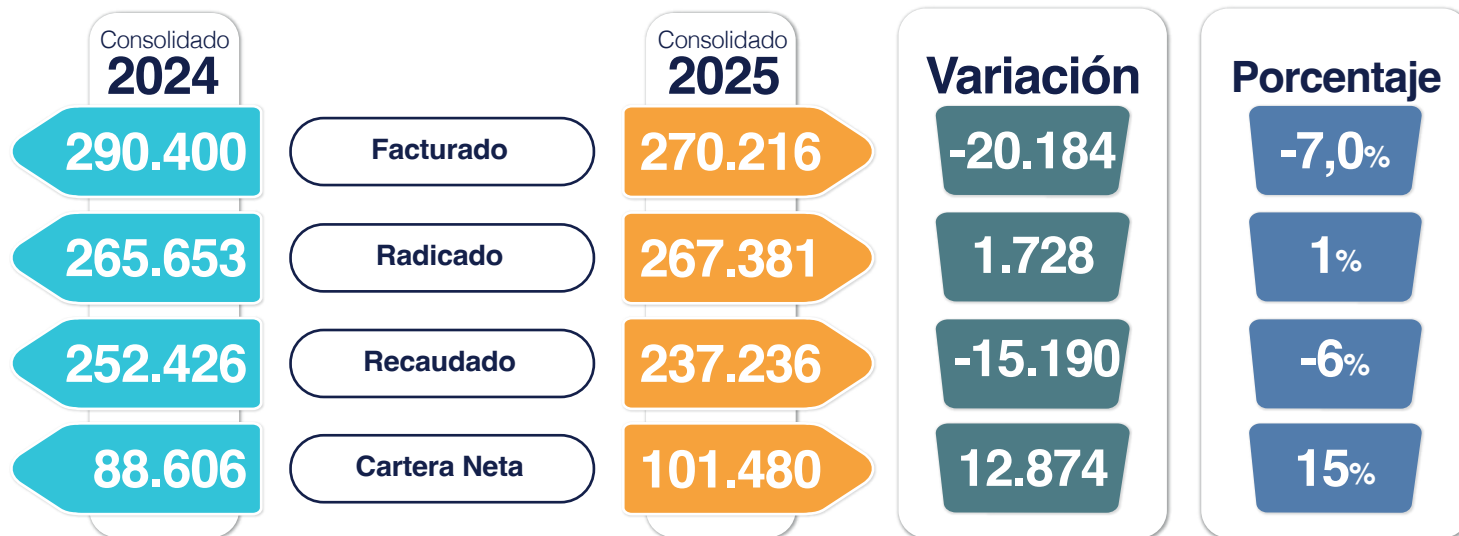
Responsable	Cartera Sin Radicar	Por vencer	31 a 60 días	61 a 120 días	Más de 120 días	TOTAL	Montos pagados por descargar	Cartera neta Diciembre 2025 (cartera bruta menos pagos)	Cartera neta Diciembre 2024 (cartera bruta menos pagos)	Diferencia entre carteras netas 2024 - 2025
Compensar	10.194	9.361	5.085	9.439	16.033	50.1132	19.594	30.519	19.093	11.426
Fiduprevisora	1.839	6.314	3.967	6.046	6.564	4.730	7.597	17.133	10.462	6.671
Capital Salud	2.224	8.234	3.505	7.824	889	22.677	3.949	18.729	22.543	-3.814
Nueva E.P.S.	1.644	3.575	2.747	1.705	12.273	21.944	13.459	8.485	3.979	4.505
Salud Total	3.351	11.446	605	1.265	2.409	19.077	3.908	15.168	16.965	-1.797
Sanitas	930	1.524	219	547	929	4.149	492	3.657	1.565	2.092
Famisanar	163	691	62	162	993	2.070	608	1.462	812	650
Sociedad Clínica Emcosalud	697	207	157	119	747	1.927	351	1.576	1.901	-325
Adres	88	0	91	141	747	1.068	2	1.066	1.284	-219
Compañía Mundial de Seguros	15	206	157	143	514	1.034	12	1.022	617	405
Sub - Total	21.145	41.559	16.595	27.392	42.098	148.790	49.973	98.816	79.222	19.595
Total Otras Empresas	424	2.260	4.003	441	5.164	12.292	9.628	2.664	9.385	-6.720
Total General	21.569	43.819	20.598	27.833	47.262	161.081	59.601	101.480	88.606	12.874

El análisis de las diez principales E.A.P.B. evidencia que la cartera neta (cartera bruta menos pagos) presenta un incremento de \$12.874 millones al cierre de diciembre de 2025 frente al mismo periodo de 2024, destacándose lo siguiente:

- **COMPENSAR:** Incremento de la cartera neta por \$11.426 millones, concentrado principalmente en cuentas sin radicar y por vencer. Paga a 60 días posteriores a la radicación; sin embargo, presenta alta complejidad en la legalización de pagos debido a retrasos operativos.
- **CAPITAL SALUD:** Disminución de la cartera neta por \$3.814 millones, resultado del seguimiento permanente y la conciliación oportuna de glosas, las cuales son canceladas en un plazo inferior a 60 días.
- **FIDUPREVISORA:** Incremento de la cartera neta, asociado a la dinámica de giros mensuales y altos volúmenes de valores objetados.

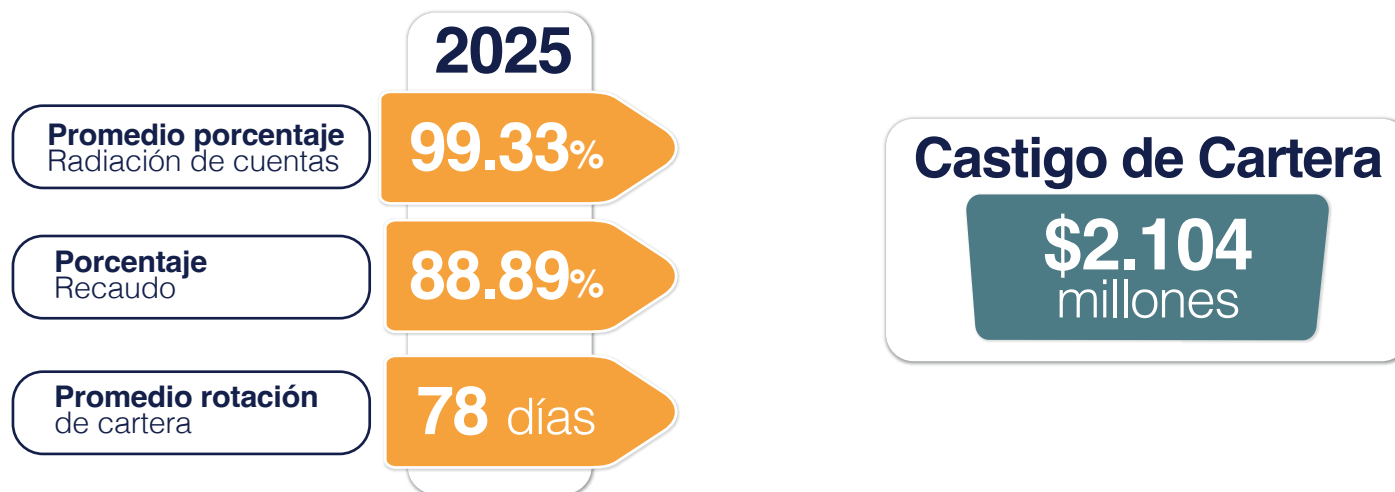
Se destaca que, al cierre del periodo, los valores pendientes por radicar corresponden a: Capital Salud \$2.224 millones, Compensar \$10.194 millones (de los cuales \$1.500 millones corresponden a autorizaciones), Salud Total \$3.350 millones, Nueva EPS \$1.644 millones y Sanitas \$930 millones. En estos convenios se deben concentrar los esfuerzos para mejorar la liquidez, fortaleciendo la oportunidad en la radicación y aumentando las proyecciones de recaudo, aspectos que continuarán siendo abordados en los comités del ciclo del efectivo. Es importante resaltar que se han superado satisfactoriamente los nuevos requisitos de radicación y el cumplimiento del plazo de los 22 días.

Recaudado



El resumen comparativo evidencia variaciones relevantes en los valores facturados, radicados y recaudados. A diciembre de 2025, el valor recaudado asciende a \$237.235 millones, con un promedio mensual de \$19.769 millones, resultado del trabajo articulado entre el equipo de trabajo y las diferentes áreas

Indicadores clave





×
×

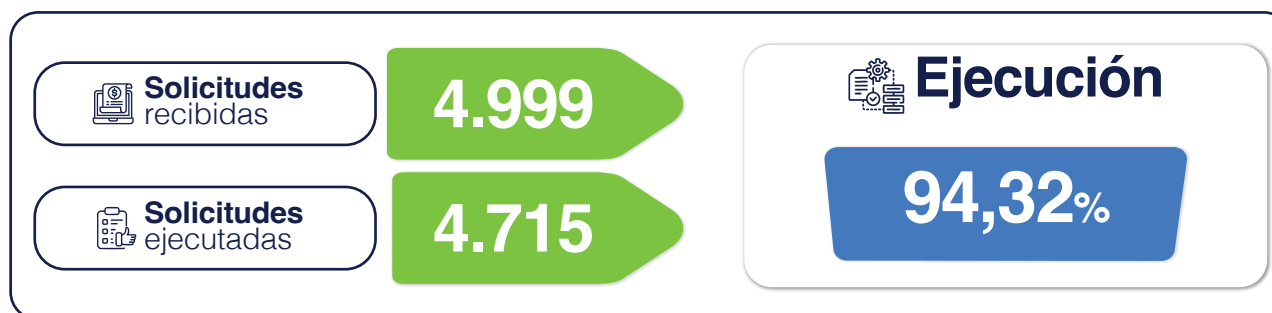
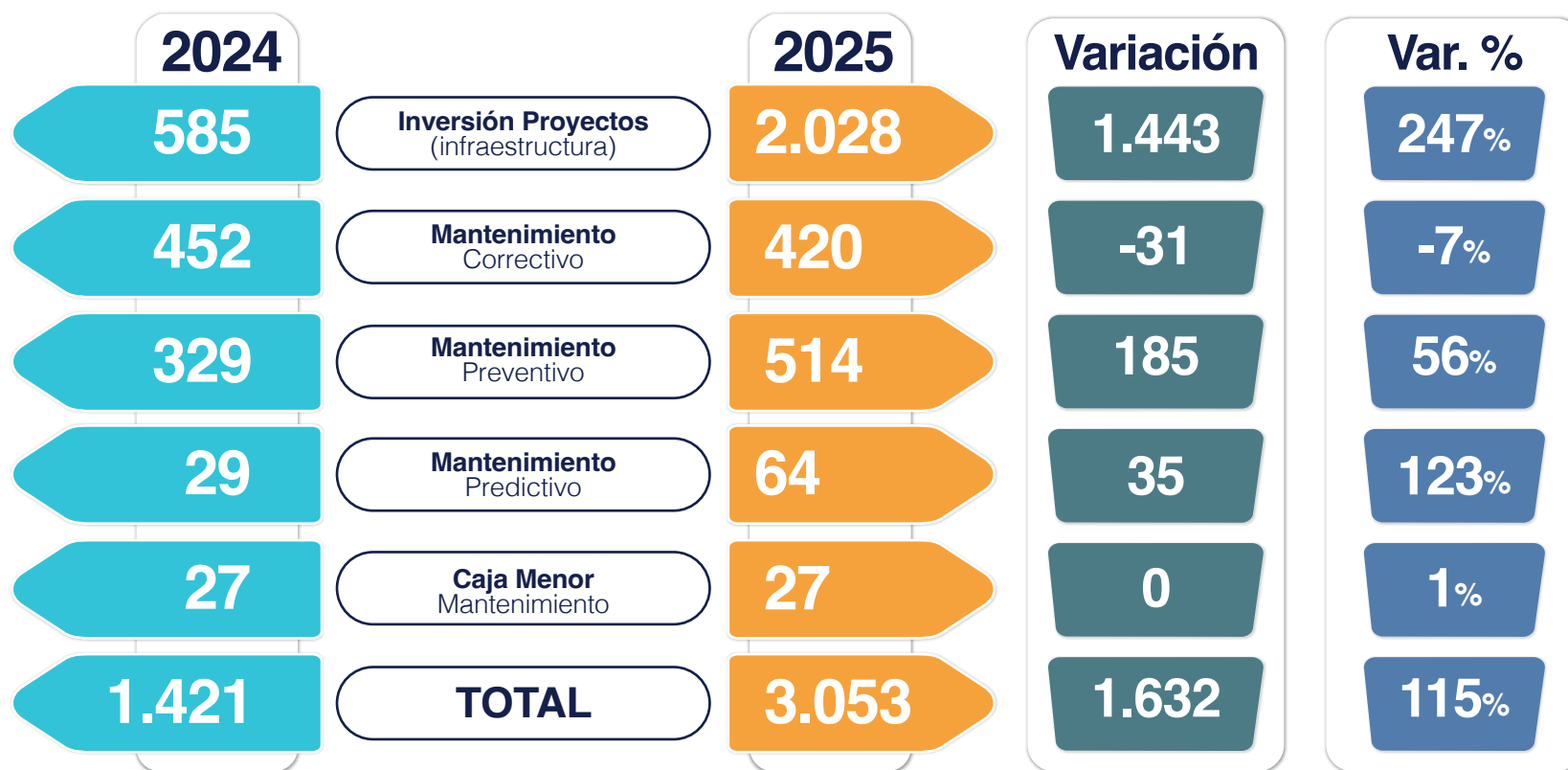
Servicios Administrativos

×
×

El presente informe tiene como objetivo presentar los resultados de la gestión del Departamento de Servicios Administrados durante el año 2025, enfocándonos específicamente en los avances de la gestión de mantenimiento y la gestión ambiental.



Mantenimiento



Se presenta incremento en los diferentes rubros de mantenimiento e infraestructura durante el año 2025, a excepción del mantenimiento correctivo, el cual muestra una reducción debido a que los equipos se encuentran en mejores condiciones operativas, presentando menor número de fallas y averías. El aumento en los demás rubros obedece a la ejecución de nuevas obras y mayores requerimientos de mantenimiento planificado e infraestructura.

Gestión Ambiental

Servicio de agua

65.889 mts³

Monto \$449 millones

Servicio de energía

2.788.725 Kw

Monto \$1.976 millones

Servicio de gas

111.384 mts³

Monto \$335 millones

Servicio de lavandería

776.710 kilos

Monto \$2.270 millones

Servicio de aseo

\$4.083 millones





Logros

Inicio de la Fase I del proyecto PTAR, con diagnóstico y levantamiento de la red interna de alcantarillado del Hospital de San José, estableciendo las bases para el control de los vertimientos hospitalarios.

El hospital obtuvo el Primer Lugar en la categoría Gran Empresa, sobresaliendo entre 48 participantes y consolidándose como referente en economía circular y gestión ambiental en el sector salud, en la estrategia “Mi Empresa También Retorna”, mediante acciones de sensibilización, fortalecimiento de la segregación en la fuente y seguimiento a residuos posconsumo.

Realización de la segunda jornada de siembra de la estrategia de compensación de la huella de carbono, con la plantación de 200 árboles nativos en los Cerros Orientales de Bogotá.

Obras realizadas

Inicio de la remodelación del Pabellón Fundadores A, con la elaboración de diseños arquitectónicos, avanzando en el proceso de modernización del Hospital de San José

Intervención en el TAC Cámara E en Radiología, con mejoras de la infraestructura y dando cumplimiento a los requisitos normativos.

Intervención y adecuación del Banco de Sangre de acuerdo a la normativa.

Plan de interiorismo y obra para los ingresos del hospital, carrera 18 y carrera 19.

Intervención y adecuación para el equipo de cirugía robótica (Da Vinci).

Apertura y modernización de las entradas de las carreras 18 y 19.



Logros

Cambio de tubería de vapor calderas - autoclaves.

Alizado y pintura de varias áreas del Hospital, pabellones, pasillos principales, salas de cirugía, entre otras.

Las brigadas de mantenimiento en los diferentes servicios reflejan un impacto positivo en la eficiencia operativa, optimizando la gestión de los requerimientos y mejorando la oportunidad en la atención.

Durante el 2025, el nivel de satisfacción refleja una calificación positiva, superior a la obtenida en 2024, destacándose variables como la actitud del personal, la calidad de los trabajos realizados y la oportunidad de atención. 99,56%.

Se actualizaron las ubicaciones y unidades funcionales de todos los movimientos (traslados, bajas y requisiciones), y se avanzó con las remarcaciones de los activos fijos ubicados en diferentes áreas del hospital.





×
×

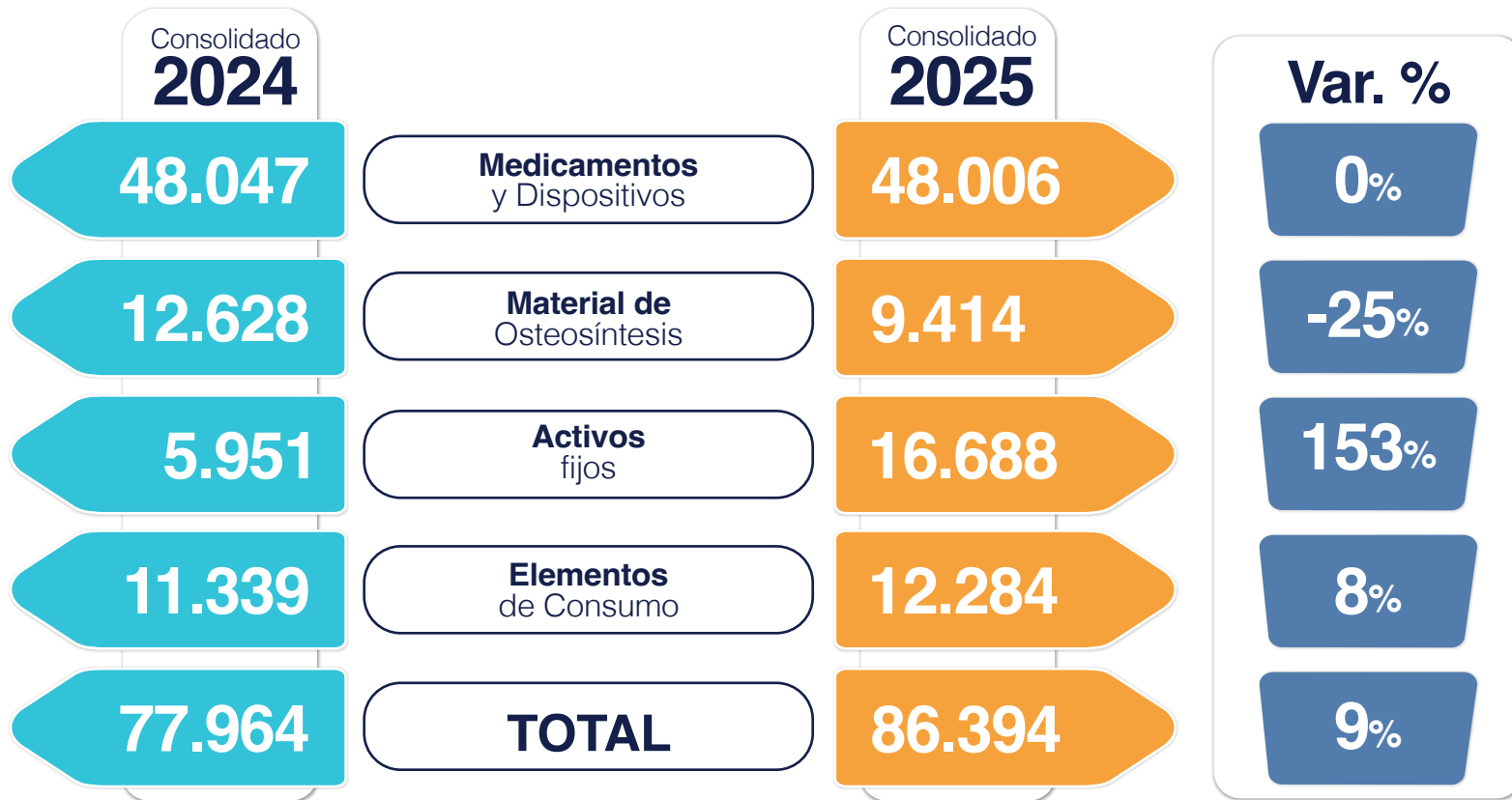
Departamento de Suministros

×
×

A continuación, se presenta el informe de la gestión respecto a la cadena de abastecimiento, en lo referente gestión de compras, proveedores e inventarios, que a pesar de la situación de caja del Hospital, se logró cumplir con la adquisición de todos los medicamentos, dispositivos y demás elementos para la adecuada y oportuna atención a los pacientes.



Compras realizadas



Incremento
en compras

\$8.430

Activos
fijos

180% Aspecto relevante
(Davinci - Cirugía
robótica)

Cumplimiento
en abastecimiento

96%

Concentración compras por proveedores
(no incluye activos fijos)

10 proveedores

Crecimiento

11%

40%

Activos Fijos

2025

Número
de adquisiciones

1.154

Valor Total
Adquisiciones

\$16.689

Número activos bajo control e inventario
a 31 de diciembre

31.849



×
×

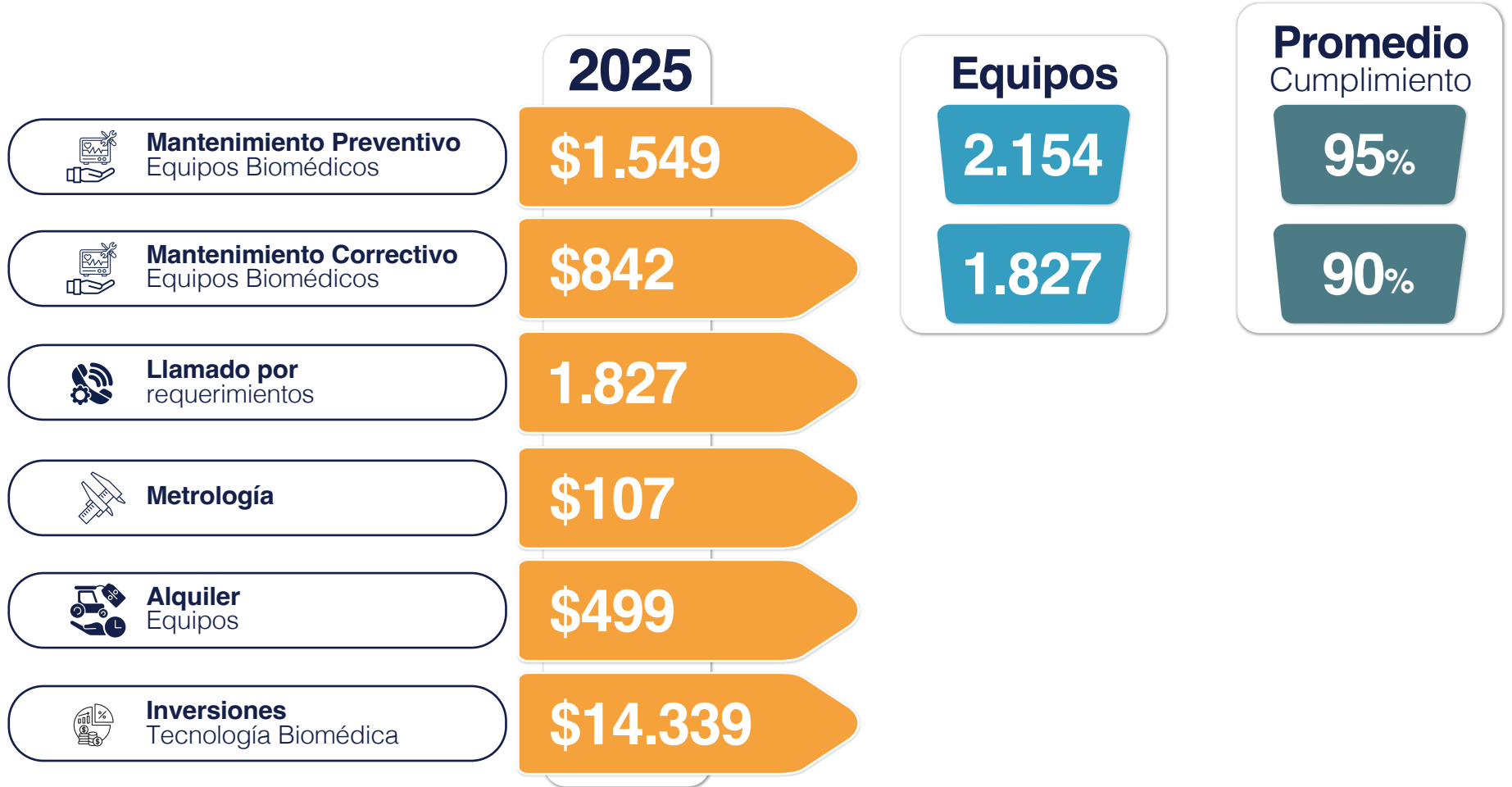
Ingeniería Biomédica

×
×

La Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José mediante su política de gestión de la tecnología se “compromete a implementar mecanismos de control para la adquisición, incorporación, monitorización, control, reposición y renovación de la tecnología, de tal manera que se disminuya el riesgo de fallas por usos inadecuados, y garantice la seguridad para el paciente, la familia, el operario y las partes interesadas, disminuyendo el impacto del uso de la tecnología en el medio ambiente”.



Indicadores de Gestión





Logros

- Campaña de Socialización del estándar de Gestión de la Tecnología donde se tuvo la participación de todas las áreas del Hospital.
 - Acompañamiento en proceso de Recertificación de Banco de Sangre frente al Invima.
 - Se realizó el respectivo trámite de Licenciamiento de Equipos Ionizantes de acuerdo a la norma Vigente resolución 482 de 2018; y así mismo obteniendo la respectiva licencia para el funcionamiento del Arco en C, Ubicado en la Unidad Quirúrgica y el equipo Rayos X Convencional Ubicado en la cámara C del servicio de Radiología.
 - Se realizó matriz de Evaluación para Renovación de Tecnología Biomédica, que permita semaforizar y priorizar la renovación de tecnología Biomédica en los diferentes servicios del Hospital, teniendo en cuenta criterios como impacto Operacional, Frecuencia de Fallos, Vida Útil e Impacto en la seguridad del paciente.
- 

×
×



Tesorería



Desembolsos
proyectados / ejecutados

85%



Disminución
Deuda Financiera

17.583



Saldo
en Bancos

27.870

Logro

×
×

Para el año 2025, se logro atender las obligaciones adquiridas, para los diferentes rubros y con todos los terceros, sin embargo, no se logro cubrir el 100% de la proyección de pagos, especialmente con proveedores para estar a menos de 120 días, no obstante, se dinamizo la operación con recursos no operacionales.





×
×

Información Financiera

×
×

Como parte de la gestión administrativa y financiera, es importante destacar algunos puntos de relevancia, que permitan tener una visión más clara sobre los resultados y aspectos generados en la operación del Hospital en el año 2025.



Flujo de Caja

Saldo inicial
del periodo

7.332 millones

Recursos



**Recursos de
operación**

241.339



Financiación

1.300



inversión

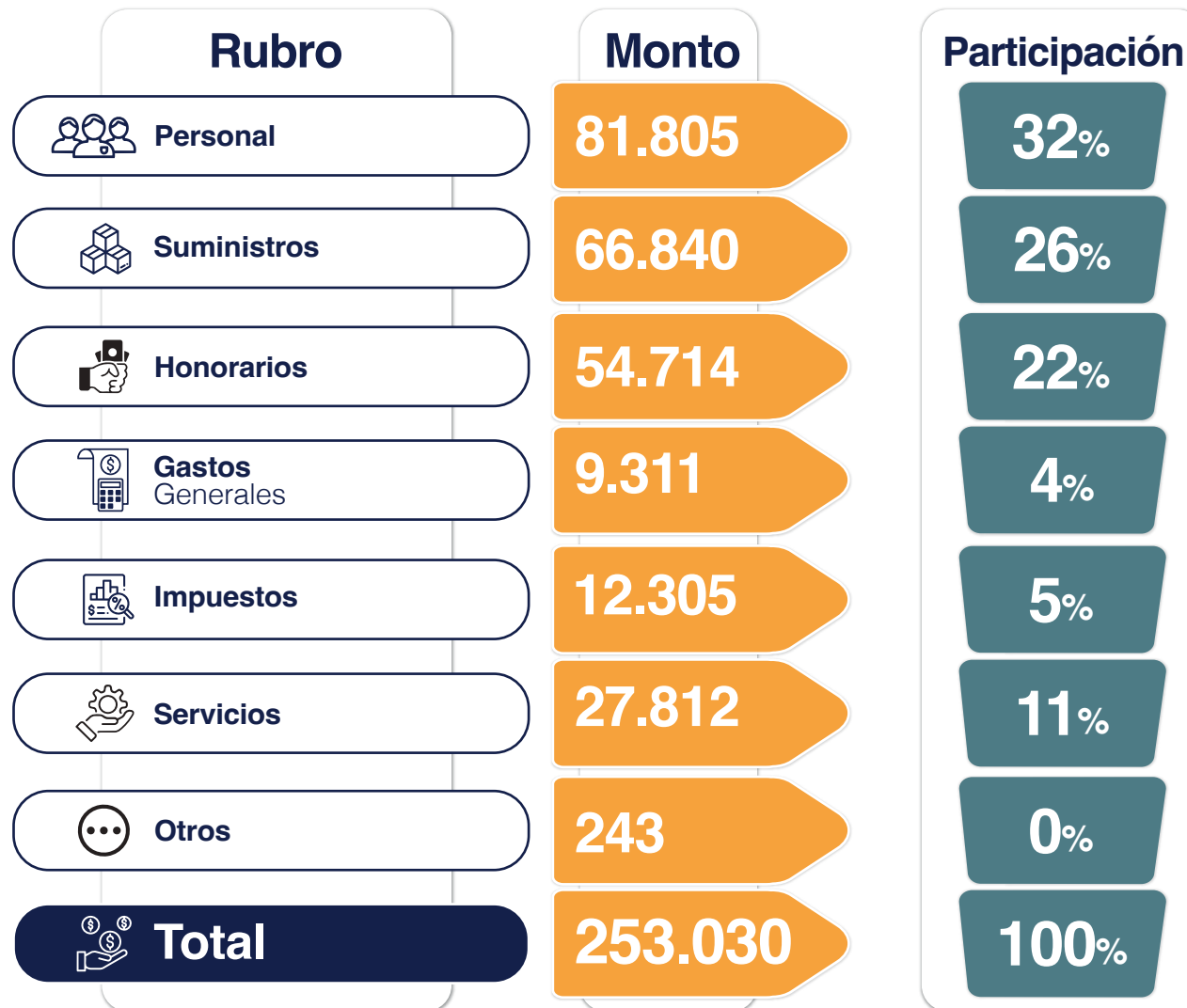
60.708



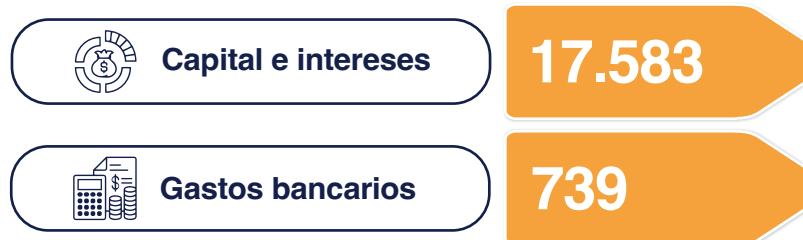
Otros

19.851

Desembolso de operación



Desembolso
de financiación



Desembolso
por inversión



Otros
desembolsos



Proveedores, productos y servicios

Obligación
Total

71.762

Entre
1 y 120 días

54.960

Mayor a
120 días

16.803

Participación

77%

23%

Proveedores

316

Concentración
en monto

36.278

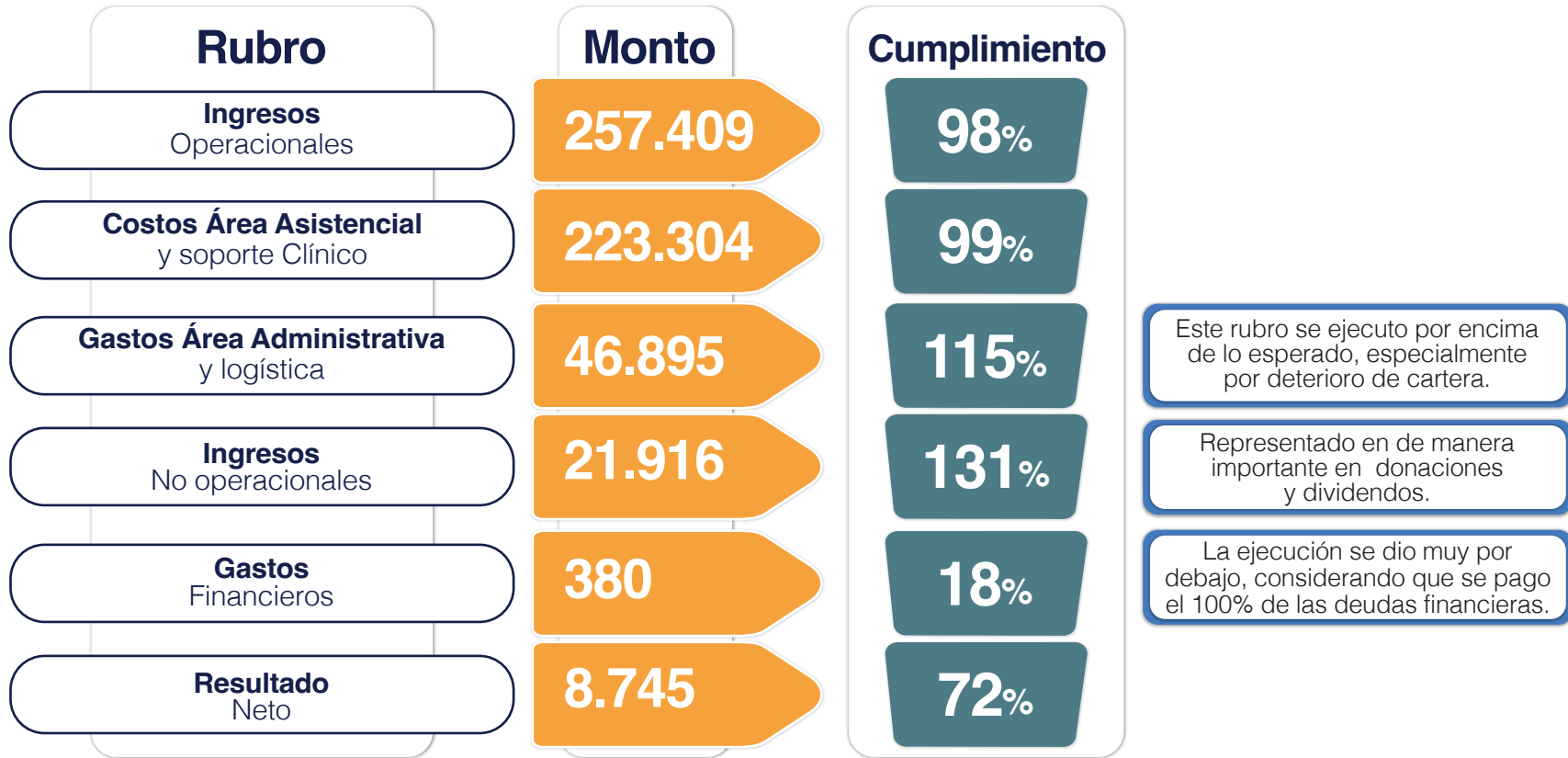
50%

15 proveedores

Monto de adquisición
de productos y servicios

216.949

Presupuesto



Para el año 2025, se logro atender las obligaciones adquiridas, para los diferentes rubros y con todos los terceros, sin embargo, no se logro cubrir el 100% de la proyección de pagos, especialmente con proveedores para estar a menos de 120 días, no obstante, se dinamizo la operación con recursos no operacionales.



×
×

Departamento de Sistemas

×
×

El presente documento consolida los logros alcanzados durante el año 2025 por el Departamento de Sistemas en beneficio de la institución, detallando Indicadores de servicio, logros del periodo, procesos e infraestructura tecnológica, se presentan las estadísticas de Mesa de Servicio especializada Nivel 1 de Indigo a Cargo del Departamento de Sistemas y un balance del estado de la Plataforma.



Inversión
en tecnología **\$1.581 millones**

Eficacia
Mesa de servicio IT

95,50%

- Se alcanzó la meta de eficacia (90%), se está trabajando en la mejora continua.
- Se continúa la aplicación de la metodología Manejo de Gestión de Incidencias de Tecnología Informática (ITIL).
- Se continúa generando la cultura del reporte de incidentes, procesos de priorización, asignación, atención y evaluación, apoyados en la plataforma de Mesa de Servicio.

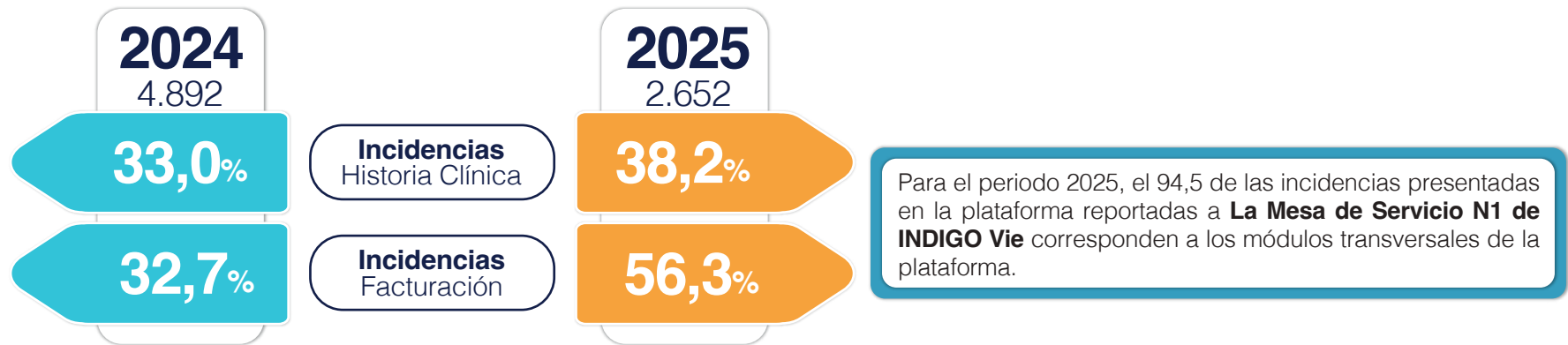
Cantidad de Incidencias
Mesa de servicio IT



Se continua con la disminución de la criticidad de las incidencias, esto por renovación de equipos de cómputo, adecuación de redes estructuradas y capacitación continua al usuario final.

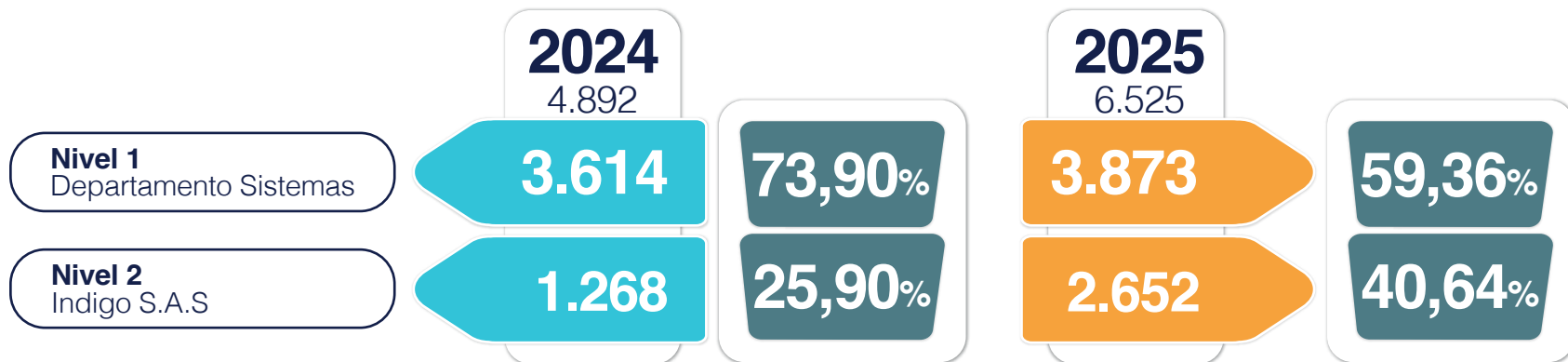
Mesa de Servicio Nivel 1

INDIGO Vie



Asignación Incidencias

Mesa de Servicio Nivel 1 - INDIGO Vie



- El Nivel 1 de la Mesa de Servicio de Indigo Vie es soportado por el Departamento de Sistemas del hospital; el 59,36% de las incidencias presentadas por la plataforma INDIGO fueron recibidas, atendidas y resueltas por este nivel.
- En el año 2025, la eficacia fue de 94.9%, mientras que el 5.1% de las incidencias quedaron a cargo del proveedor Indigo SAS.



Logros

Desarrollo e implementación de sistema de semaforización de facturas: Herramienta para dar visibilidad al estado de las facturas en tiempo real, reduciendo la dependencia de procesos manuales y mejorando la capacidad de respuesta de las áreas de cartera y facturación.


Implementación web de la plataforma SAMM, que contiene mejoras para la administración de soporte y mantenimiento, Hojas de vida de Activos biomédicos, de infraestructura y Tecnología Informática.

Ciencia de Datos: Se realizó un convenio con la Universidad Externado de Colombia con el objetivo de iniciar un proyecto de Analítica y Ciencia de Datos. Se proyectó la construcción de un Tablero de Control que actúa como un puente entre la base de datos clínica/administrativa y la toma de decisiones gerenciales, transformando datos crudos en visualizaciones claras. Su alcance cubre dos frentes: la gestión operativa (control del día a día) y la visión estratégica (análisis histórico y tendencias).

Infraestructura: Se realizó un proceso de depuración, arreglo y reestructuración de los centros de cableado de la red estructurada de datos. Se logra mejora significativa en el desempeño de la red y transmisión de datos.

Instalación de DIGITURNOS en Consulta Externa y CEP: Se realizó la instalación de DIGITURNOS, para optimizar la atención de los pacientes, generar estadísticas de atención y organizar la disposición de las salas de espera dispuestas en estos servicios.

Se estructuró el sistema de toma física de inventarios progresivo, capaz de evolucionar por etapas. El desarrollo planteó un aplicativo que permite capturar datos de manera más confiable, integrar códigos de barras y códigos Índigo, y ofrecer reportes exportables para facilitar la validación operativa.





Registros Médicos



El servicio de registros médicos es el encargado de custodiar y gestionar el archivo físico de Historias Clínicas, velar por su seguridad e integridad física de la información, así mismo es el encargado de radicar y gestionar solicitudes de copia parcial o completa de historia clínica proveniente de clientes internos y externos, realiza la corrección de datos erróneos en la historia clínica electrónica, recepción, verificación digitalización y carga de atenciones generadas durante contingencias y realiza entrega de historias clínicas para consulta externa, hospitalización y programación de cirugías.



Indicadores de Gestión



Depuración Archivo de Gestión

Se continuó con el proceso de depuración de Historias Físicas inactivas (terminales 0,2, 7, 8 y 9) y fallecidos 2024 manteniendo el área de archivo físico disponible para la disposición de nuevos expedientes de Historia Clínica.

Gestión Oportuna

Se mantuvo la entrega oportuna de solicitudes de información manteniendo la meta por encima de lo establecido, esto afecta positivamente la gestión administrativa de la institución.

Expedientes Historia Clínica

Se continuó con el proceso de remarcado y re archivo por número de documento de identidad, tal como se estableció en la implementación del sistema Índigo.



Historia Clínica con Documentos faltantes

Después de la revisión de Historias Clínicas, se determinó el indicador de documentos faltantes:





Estados Financieros

Informe Revisor Fiscal



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Estado de situación financiera separado
a 31 de diciembre de 2025 y 2024
(Cifras en miles de pesos colombianos)

	Nota	31-dic-25	31-dic-24	Variación	%
Activos					
Activos corrientes					
Efectivo y equivalentes al efectivo	4	\$ 1.039.600	\$ 2.168.470	-\$ 1.128.870	-52%
Efectivo y equivalentes al efectivo Uso restringido	4	\$ 44.926.584	\$ 5.338.872	\$ 39.587.711	741%
Deudores y otras cuentas por cobrar	5	\$ 121.770.041	\$ 204.128.685	-\$ 82.358.644	-40%
Activos por impuestos corrientes	5	\$ 185.967	\$ 0	\$ 185.967	0%
Inventarios	6	\$ 6.617.204	\$ 6.375.910	\$ 241.295	4%
Activos corrientes totales		\$ 174.539.396	\$ 218.011.937	-\$ 43.472.541	-20%
Activos no corrientes					
Inversiones Permanentes	7	\$ 25.561.921	\$ 28.113.924	-\$ 2.552.002	-9%
Propiedades, planta y equipo	8	\$ 116.434.185	\$ 103.216.003	\$ 13.218.182	13%
Propiedad de inversión	9	\$ 22.820.155	\$ 22.518.342	\$ 310.813	1%
Total de activos no corrientes		\$ 164.825.261	\$ 153.848.269	\$ 10.976.993	7%
Total de activos		\$ 339.364.657	\$ 371.860.206	-\$ 32.495.548	-9%
Pasivos					
Pasivos corrientes					
Pasivos financieros corrientes	10	\$ 0	\$ 8.479.449	-\$ 8.479.449	-100%
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	11	\$ 66.161.364	\$ 99.516.371	-\$ 13.354.987	-13%
Pasivos por impuestos corrientes	12	\$ 1.424.405	\$ 1.424.616	-\$ 131	0%
Beneficios a los empleados	13	\$ 4.336.547	\$ 4.083.968	\$ 252.578	6%
Otros pasivos no financieros corrientes	14	\$ 2.872.419	\$ 14.778.353	-\$ 11.905.933	-81%
Pasivos corrientes totales		\$ 94.796.835	\$ 128.282.657	-\$ 33.485.821	-26%
Pasivos no corrientes					
Pasivos financieros	10	\$ 0	\$ 7.236.000	-\$ 7.236.000	-100%
Beneficios a los empleados	13	\$ 149.498	\$ 139.389	\$ 10.109	7%
Otras cuentas por pagar	11	\$ 554.727	\$ 4.276.567	-\$ 3.721.840	-87%
Otros pasivos no financieros	14	\$ 3.216.924	\$ 0	\$ 3.216.924	0%
Pasivos No corrientes totales		\$ 3.921.150	\$ 11.651.957	-\$ 7.730.807	-66%
Total pasivos		\$ 98.717.985	\$ 139.934.613	-\$ 41.216.628	-29%
Activos Netos					
Superávit de Capital	15	\$ 4.975.374	\$ 4.975.374	\$ 0	0%
Reservas y Fondos		\$ 84.691.351	\$ 57.099.477	\$ 27.591.874	48%
Excedente del Ejercicio		\$ 8.745.191	\$ 42.796.799	-\$ 34.051.609	-80%
Excedentes acumulados		\$ 72.965.124	\$ 57.760.199	\$ 15.204.926	26%
Otro Resultados Integrales		\$ -79.825	\$ -55.714	-\$ 24.111	43%
Impacto por adopción NIIF		\$ 69.349.457	\$ 69.349.457	\$ 0	0%
Activos Netos		\$ 240.646.672	\$ 231.925.592	\$ 8.721.080	4%
Total pasivos y Activos Netos		\$ 339.364.657	\$ 371.860.206	-\$ 32.495.549	-9%

Ver las notas que acompañan los estados financieros.

Jorge Eugenio Gómez Cusnir
Representante Legal
Ver Certificación adjunta

Juan Sebastián Echeverri Gómez
Contador Público
TP 276386-T
Ver Certificación adjunta

Miguel Humberto Rodríguez Herrera
Revisor Fiscal
TP 26354
Designado por Amezquita & Cía. SA.
Ver Informe adjunto



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Estado de actividades separado
por los años terminados en 31 de diciembre de 2025 y 2024
(Cifras en miles de pesos colombianos)

	Nota	31-dic-25	31-dic-24	Variación	%
Ingresos por actividades meritorias	16	\$ 258.932.007	\$ 467.440.037	-\$ 208.508.030	-45%
Costo por prestación del servicio	17	\$ 219.492.463	\$ 335.727.066	-\$ 116.234.603	-35%
Excedente bruto antes de depreciaciones		\$ 39.439.544	\$ 131.712.971	-\$ 92.273.427	-70%
Depreciaciones y amortizaciones	18	\$ 3.576.304	\$ 2.841.265	\$ 735.039	26%
Excedente bruto después de depreciaciones		\$ 35.863.240	\$ 128.871.706	-\$ 93.008.466	-72%
Gastos de administración	19	\$ 38.356.791	\$ 55.071.912	-\$ 16.715.122	-30%
Otros ingresos	20	\$ 20.989.161	\$ 17.564.534	\$ 3.424.627	19%
Otros gastos	21	\$ 11.999.143	\$ 46.385.656	-\$ 34.386.512	-74%
Otras ganancias (pérdidas)		\$ 0	\$ 0	\$ 0	0%
Excedente por actividades de operación		\$ 4.996.467	\$ 44.978.670	-\$ 39.982.204	-86%
Ingresos financieros	22	\$ 2.549.854	\$ 615.945	\$ 1.933.909	314%
Costos financieros	22	\$ 266.422	\$ 2.782.109	-\$ 2.515.687	-90%
Excedente, antes de impuestos		\$ 8.779.899	\$ 42.812.507	-\$ 34.032.609	-79%
Gastos por impuesto sobre la renta		\$ 34.708	\$ 15.708	\$ 19.000	121%
Excedente Neto del Ejercicio		\$ 8.745.191	\$ 42.796.799	-\$ 34.051.609	-80%
Otro Resultados Integrales		\$ 24.111	-\$ 55.714	\$ 79.825	-143%
Resultado Integral Total		\$ 8.721.079	\$ 42.852.513	-\$ 34.131.434	-80%

Jorge Eugenio Gómez Cusnir
Representante Legal
Ver Certificación adjunta

Juan Sebastián Echeverri Gómez
Contador Público
TP 276386-T
Ver Certificación adjunta

Miguel Humberto Rodríguez Herrera
Revisor Fiscal
TP 26354-T
Designado por Amezquita & Cía. SA.
Ver Informe adjunto





SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Colombia

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Estado de cambios en el activo neto
para los años que terminan el 31 de diciembre de 2025 y 2024
(Cifras en miles de pesos colombianos)




	Superávit de Capital	Reservas y Fondos	Impacto por adopción NIIF	Otros resultados integrales	Excedente del Ejercicio	Excedentes acumulados	Total Patrimonio
Saldo al 1 de enero de 2024	\$ 4.975.374	\$ 44.684.110	\$ 69.349.457	-\$ 29.127	\$ 14.458.136	\$ 55.717.431	\$ 189.155.380
Cambios en el patrimonio para 2024							
Donaciones en Bienes Muebles							\$ 0
Reservas para reinversión		\$ 12.415.367				-\$ 12.415.367	\$ 0
Transferencias a excedentes acumulados					-\$ 14.458.136	\$ 14.458.136	\$ 0
Variaciones de calculo actuarial				-\$ 26.587			-\$ 26.587
Resultado integral total del año					\$ 42.796.799		\$ 42.796.799
Saldo a 31 de diciembre de 2024	\$ 4.975.374	\$ 57.099.477	\$ 69.349.457	-\$ 55.714	\$ 42.796.799	\$ 57.760.199	\$ 231.925.593
Cambios en el patrimonio para 2025							
Donaciones en Bienes Muebles							\$ 0
Reservas para Reinversión		\$ 27.591.874				-\$ 27.591.874	\$ 0
Transferencias a excedentes acumuladas					-\$ 42.796.799	\$ 42.796.799	\$ 0
Variaciones de calculo actuarial				-\$ 24.111			-\$ 24.111
Resultado integral total del año					\$ 8.745.191		\$ 8.745.191
Saldo a 31 de diciembre de 2025	\$ 4.975.374	\$ 84.691.351	\$ 69.349.457	-\$ 79.825	\$ 8.745.191	\$ 72.965.124	\$ 240.646.672

Ver las notas que acompañan los estados financieros.


Jorge Eugenio Gómez Cusnir
Representante Legal
Ver Certificación adjunta


Juan Sebastián Echeverri Gómez
Contador Publico
TP 276386-T
Ver Certificación adjunta


Miguel Humberto Rodríguez Herrera
Revisor Fiscal
TP 426354-T
Designado por Amezcua & Cía. SA.
Ver Informe adjunto

Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José
NIT: 899.009.017- 4 Calle 10 No. 18 - 75 Pbx: 353 80 00 Fax: 353 80 06
www.hospitaldesanjose.org.co





SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

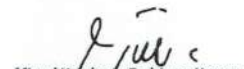
Estado de flujos de efectivo separado por metodo indirecto
para los años que terminan en 31 de diciembre de 2025 y 2024
(Cifras en miles de pesos colombianos)



	<u>31-dic-25</u>	<u>31-dic-24</u>
FLUJO DE EFECTIVO DE ACTIVIDADES DE OPERACIÓN:		
Excedente del Ejercicio	\$ 8.745.191	\$ 42.796.799
Cargos (abono) a resultado que no representan flujo de efectivo:		
Depreciaciones	\$ 3.576.304	\$ 2.841.265
Deterioro de Deudores	\$ 6.950.958	\$ 38.327.945
Deterioro de Inversiones	\$ 2.607.885	\$ 300.465
Baja de activos	\$ 304.643	\$ 0
Diferencia en cambio no realizada	\$ 18.932	\$ 0
Provisión litigios y demandas	\$ 398.160	\$ 0
Ajuste Valor Razonable Propiedad De Inversion	-\$ 335.908	\$ 46.902
Provisión Valor Neto Realizable Inventarios	\$ 1.106	\$ 25.283
Método de Participación patrimonial	\$ 36.917	\$ 389.822
Donaciones	-\$ 4.296.800	\$ 0
Provisión para impuesto de renta	\$ 34.708	\$ 15.708
EFECTIVO PROVISTO POR ACTIVIDADES DE OPERACIÓN	\$ 18.042.095	\$ 84.744.189
Cambios en activos y pasivos de operación.		
Deudores y otras cuentas por cobrar	\$ 75.407.886	-\$ 78.365.387
Inventarios	-\$ 270.073	-\$ 298.924
Activos por impuestos corrientes	-\$ 185.967	\$ 0
Pasivos financieros corrientes	-\$ 8.479.449	\$ 929.027
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	-\$ 13.753.147	-\$ 1.485.187
Pasivos por impuestos corrientes	-\$ 34.839	\$ 225.743
Beneficios a los empleados	\$ 254.678	\$ 14.263
Beneficios a los empleados No corrientes	-\$ 14.002	-\$ 12.783
Otros pasivos no financieros corrientes	-\$ 11.905.933	\$ 5.482.296
Otras cuentas por pagar No corrientes	-\$ 3.721.840	-\$ 5.863.873
EFECTIVO PROVISTO POR (UTILIZADO EN) ACTIVIDADES DE OPERACIÓN	\$ 55.339.210	\$ 5.349.365
Flujo de efectivo de actividades de inversión		
Venta (Adquisición) de Inversiones	-\$ 92.800	-\$ 954.754
Propiedades, planta y equipo	-\$ 12.774.657	-\$ 6.037.095
Propiedad de inversión	\$ 25.095	\$ 3.902.804
EFECTIVO (UTILIZADO) EN ACTIVIDADES DE INVERSION	-\$ 12.842.362	-\$ 3.089.046
Flujo de efectivo de actividades de financiación		
Pasivos financieros no corrientes	-\$ 7.236.000	-\$ 2.680.667
Otros pasivos no financieros no corrientes	\$ 3.218.924	-\$ 464.101
	\$ 0	\$ 0
EFECTIVO PROVISTO POR ACTIVIDADES DE FINANCIACION	-\$ 4.019.076	-\$ 3.144.768
Efecto de la tasa de cambio sobre el efectivo	-\$ 18.932	\$ 0
Variación Neta del Efectivo	\$ 38.458.840	-\$ 884.449
Efectivo al inicio del periodo	\$ 7.507.344	\$ 8.391.793
Efectivo al finalizar el periodo	\$ 45.966.184	\$ 7.507.344


Jorge Eugenio Gómez Cusnir
Representante Legal
Ver Certificación adjunta


Juan Sebastián Echeverri Gómez
Contador Publico
TP 276386-T
Ver Certificación adjunta


Miguel Humberto Rodríguez Herrera
Revisor Fiscal
TP 176354-T
Designado por Amezcuita & Cía. SA.
Ver Informe adjunto





AMÉZQUITA & CIA

INFORME DEL REVISOR FISCAL

Señores Miembros de la Asamblea General
SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL SAN JOSÉ

1. Informe de auditoría sobre los estados financieros separados

Opinión

Hemos auditado los Estados Financieros Separados de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ, en adelante la Sociedad, que comprenden el Estado de Situación Financiera al 31 diciembre de 2025, y el Estado de Actividades, de Cambios en el Activo Neto y de Flujos de Efectivo, por el año terminado en esa fecha, así como un resumen de las políticas contables significativas y otra información explicativa.

En nuestra opinión, los Estados Financieros Separados adjuntos a este informe, tomados fielmente de los libros de contabilidad, presentan razonablemente en todos sus aspectos de importancia material la situación financiera de la Sociedad al 31 de diciembre de 2025, los resultados de sus actividades, los cambios en activo neto y los flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, de conformidad con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera vigentes en Colombia e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, las cuales fueron aplicadas de manera uniforme con el período anterior.

Fundamento de la opinión

Hemos llevado a cabo nuestra auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría vigentes en Colombia. Nuestra responsabilidad de acuerdo con dichas normas se describe más adelante en la sección de Responsabilidades del Revisor Fiscal en relación con la auditoría de los Estados Financieros Separados.

Somos independientes de la Sociedad, de conformidad con los requerimientos de ética aplicables a la auditoría de los estados financieros en Colombia y hemos cumplido las demás responsabilidades de ética de conformidad con esos requerimientos. Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido proporciona una base suficiente y adecuada para expresar nuestra opinión.

Otros asuntos

Los Estados Financieros Separados por el año terminado el 31 de diciembre de 2024 se presentan únicamente para efectos de comparación y fueron auditados por otro Revisor Fiscal designado por Amézquita & Cia. S.A.S, quien el 5 de marzo de 2025 expresó una opinión sin salvedades sobre los mismos

Responsabilidades de la dirección y de los responsables del gobierno de la entidad en relación con los estados financieros

La dirección es responsable de la preparación y presentación razonable de los estados financieros, de conformidad con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera vigentes

NIT. 860.023.380-3

Calle 37 No. 24 -28,
Bogotá D.C, Colombia

www.amezquita.com.co

601 7453138
301 2408931



AMÉZQUITA & CIA

en Colombia y del control interno necesario para preparar estados financieros libres de incorrección material, debido a fraude o error.

En la preparación de los estados financieros, la dirección es responsable de valorar y revelar la capacidad de la Sociedad para continuar como negocio en marcha y aplicar el principio contable de empresa en funcionamiento, e informar, cuando sea pertinente, los problemas relacionados con el cumplimiento y aplicación del principio contable de negocio en marcha. Dicha responsabilidad incluye seleccionar y del control interno necesario para preparar estados financieros libres de incorrección material, debido a fraude o error.

Los responsables del gobierno y la dirección son los encargados de la supervisión del proceso de información financiera de la Sociedad.

Responsabilidades del Revisor Fiscal en relación con la auditoría de los Estados Financieros Separados

Nuestros objetivos son obtener una seguridad razonable de que los Estados Financieros Separados en su conjunto están libres de incorrección material, debido a fraude o error, y emitir un informe de auditoría con nuestra opinión.

Seguridad razonable es un alto grado de seguridad, pero no garantiza que una auditoría realizada de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría vigentes en Colombia siempre detecte una incorrección material cuando exista. Las incorrecciones materiales pueden ser causadas por fraude o error y se consideran materiales si, individualmente o de forma agregada, se estima que puedan razonablemente influir en las decisiones económicas que toman los usuarios a partir de los Estados Financieros Separados.

Como parte de nuestra auditoría, aplicamos juicio profesional y mantuvimos una actitud de escepticismo profesional durante toda la auditoría. También:

➤ Identificamos y valoramos los posibles riesgos de incorrección material en los Estados Financieros Separados, debido a fraude o error, diseñamos y aplicamos procedimientos de auditoría para responder a dichos riesgos y obtuvimos evidencia de auditoría suficiente y adecuada para soportar nuestra opinión.

El riesgo de no detectar una incorrección material debido a fraude es mayor frente al que se origina por un error, ya que el fraude puede implicar colusión, falsificación, omisiones deliberadas, manifestaciones intencionadamente erróneas, o la elusión del control interno.

➤ Obtuvimos conocimiento de los riesgos y del control interno relevante para la auditoría con el fin de diseñar procedimientos de auditoría que sean adecuados en función de las circunstancias.

➤ Evaluamos si las políticas contables aplicadas son adecuadas, la razonabilidad de las estimaciones contables y las revelaciones de la dirección sobre el particular.

➤ Evaluamos la presentación general, la estructura y el contenido de los estados financieros, incluida la información revelada, y si los estados financieros representan las transacciones y hechos subyacentes de un modo que logran su representación fiel.

➤ Obtuvimos la información necesaria para cumplir adecuadamente nuestras funciones.

NIT. 860.023.380-3

Calle 37 No. 24 -28,
Bogotá D.C, Colombia

www.amezquita.com.co

601 7453138
301 2408931





AMÉZQUITA & CIA

- Concluimos sobre la adecuada utilización que hizo la dirección del principio contable de negocio en marcha y basados en la evidencia de auditoría, obtenida hasta la fecha de nuestro informe, determinamos que no existe una incertidumbre material relacionada con hechos o condiciones que puedan generar dudas significativas sobre la capacidad del HOSPITAL SAN JOSÉ para continuar como negocio en marcha.
- Informamos a los responsables del gobierno, entre otros asuntos, el alcance y el momento de realizar la auditoría planeada, los hallazgos significativos de auditoría y las deficiencias relevantes del control interno que identificamos durante la misma.

2. Informe del Revisor Fiscal sobre el cumplimiento de los numerales 1º y 3º del artículo 209 del Código de Comercio

En nuestra calidad de Revisores Fiscales de la Sociedad y en cumplimiento de los artículos 1.2.1.2 y 1.2.1.5 del Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015, modificados por los artículos 4 y 5 del Decreto 2496 de 2015, respectivamente, nos pronunciamos para el año 2025 sobre lo requerido en los numerales 1º) y 3º) del artículo 209 del Código de Comercio, los cuales detallamos a continuación:

1º) Si los actos de los administradores de la Sociedad se ajustan a los estatutos y a las ordenes o instrucciones de la Asamblea General, y

3º) Si hay y son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la Sociedad o de terceros que estén en su poder.

Conclusión

En nuestra opinión los actos de los administradores de la Sociedad se ajustan a los estatutos y a las ordenes o instrucciones de la Asamblea General, existen y son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la sociedad o de terceros que están en su poder.

Fundamentos de la conclusión

Hemos llevado a cabo el trabajo de conformidad con la Norma Internacional de Encargos de Aseguramiento 3000 (Revisada) - Encargos de aseguramiento distintos de la auditoría o de la revisión de información financiera histórica.

Nuestra responsabilidad de acuerdo con dicha norma se describe más adelante en la sección de Responsabilidades del Revisor Fiscal en relación con el informe del revisor fiscal sobre el cumplimiento de los numerales 1º y 3º del artículo 209 del Código de Comercio

El trabajo de aseguramiento razonable comprendió aplicar los siguientes procedimientos:

- Conocer y entender los estatutos sociales, las actas de la Asamblea General, y los componentes del control interno implementados por la entidad.
- Obtener una representación escrita de la dirección sobre si los actos de los administradores se ajustan a los estatutos y a las decisiones de la Asamblea General y si hay y son adecuadas las medidas de control interno, que incluyen los sistemas de administración de riesgos

NIT. 860.023.380-3

Calle 37 No. 24 -28,
Bogotá D.C, Colombia

www.amezquita.com.co

601 7453138
301 2408931



AMÉZQUITA & CIA

implementados, de conservación y custodia de los bienes de la entidad y los de terceros que están en su poder.

- Verificar el cumplimiento de los estatutos de la Sociedad.
- Obtener una confirmación de la dirección sobre los temas tratados en reuniones de la Asamblea General y Junta Directiva que se encuentran pendientes por consignar en actas.
- Verificar si los actos de la dirección y los responsables del gobierno se ajustan a los estatutos y a las ordenes o instrucciones de la Asamblea General documentadas en actas.
- Confirmar con la dirección sobre cambios y/o proyectos de modificación a los estatutos de la entidad durante el período cubierto y validar su implementación.
- Evaluar si hay y son adecuadas las medidas de control interno, que incluyen los sistemas de administración de riesgos implementados, de conservación y custodia de los bienes de la entidad y los de terceros que están en su poder. Lo cual incluye:
 - Concluir sobre la presencia de los cinco componentes que deben estar presentes en la entidad, diseñados y funcionando conjuntamente de manera integrada: i) ambiente de control; ii) evaluación de riesgos; iii) actividades de control; iv) información y comunicación; y v) actividades de supervisión.
 - Realizar pruebas de diseño e implementación sobre los controles relevantes de los componentes de control interno sobre el reporte financiero, y
 - Evaluar el diseño, implementación y eficacia operativa de los controles relevantes, manuales y automáticos, de los procesos clave del negocio, relacionados con las cuentas significativas de los Estados Financieros Separados.

Nuestra conclusión se basa en la evidencia obtenida sobre los asuntos descritos, y está sujeta a las limitaciones inherentes expuestas en este informe.

Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido proporciona una base suficiente y adecuada para nuestra conclusión.

Realizamos seguimiento a las respuestas sobre las cartas de recomendaciones dirigidas a la dirección y no hay asuntos de importancia material pendientes que puedan afectar nuestra conclusión.

Limitaciones inherentes

Debido a las limitaciones inherentes a cualquier estructura de control interno, es posible que existan controles efectivos a la fecha de nuestro examen que cambien esa condición durante el período evaluado, debido a que nuestro informe se basa en pruebas selectivas.

Adicionalmente, la evaluación del control interno tiene riesgo de volverse inadecuada por cambios en las condiciones o porque el grado de cumplimiento con las políticas y procedimientos puede deteriorarse. Por otra parte, las limitaciones inherentes al control interno incluyen el error humano, fallas por colusión de dos o más personas o, inapropiado sobrepaso de los controles por parte de la dirección.

NIT. 860.023.380-3

Calle 37 No. 24 -28,
Bogotá D.C, Colombia

www.amezquita.com.co

601 7453138
301 2408931





AMÉZQUITA & CIA

Responsabilidades de la dirección y de los responsables del gobierno de la Compañía en relación con el cumplimiento de los numerales 1º y 3º del artículo 209 del Código de Comercio

La dirección y los responsables del gobierno de la Sociedad son responsables por el cumplimiento de los estatutos y de las decisiones de la Asamblea General y por diseñar, implementar y mantener medidas adecuadas de control interno, que incluyen los sistemas de administración de riesgos implementados, de conservación y custodia de los bienes de la sociedad y los de terceros que están en su poder.

Responsabilidad del Revisor Fiscal en relación con el informe del revisor fiscal sobre el cumplimiento de los numerales 1º y 3º del artículo 209 del Código de Comercio

Nuestra responsabilidad consiste en llevar a cabo un trabajo de aseguramiento razonable para expresar una conclusión basada en la evidencia obtenida sobre el cumplimiento de los numerales 1º y 3º del artículo 209 del Código de Comercio.

De conformidad con la Norma Internacional de Encargos de Aseguramiento 3000 (Revisada) - Encargos de aseguramiento distintos de la auditoría o de la revisión de información financiera histórica, cumplimos con requisitos éticos, planeamos y ejecutamos los procedimientos que consideremos necesarios para obtener una seguridad razonable sobre el cumplimiento de los numerales 1º y 3º del artículo 209 del Código de Comercio.

3. Informe sobre otros requerimientos legales y regulatorios

La dirección es responsable por el cumplimiento de aspectos regulatorios en Colombia.

Nuestra responsabilidad como Revisores Fiscales en estos temas es efectuar procedimientos de revisión para emitir una conclusión sobre el adecuado cumplimiento de los aspectos regulatorios que se encuentran dentro del alcance de nuestras funciones. Bajo este contexto, expresamos:

- a) La contabilidad se lleva conforme a las normas legales, a la técnica contable y cuando es del caso, bajo las normas especiales proferidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- b) Las operaciones registradas en los libros de contabilidad se ajustan a los estatutos y a las decisiones de la Asamblea General.
- c) La correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas de Asamblea General y Junta Directiva se llevan y conservan debidamente.
- d) La entidad ha efectuado en forma correcta y oportuna sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, con lo cual, la información contenida en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, en particular la relativa a los afiliados y a sus ingresos base de cotización, es correcta, y no existe mora en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral.
- e) Los administradores dejaron constancia en su informe de gestión de que no entorpecieron la libre circulación de las facturas emitidas por los vendedores o proveedores.

NIT. 860.023.380-3
www.amezquita.com.co

Calle 37 No. 24 -28,
Bogotá D.C, Colombia
601 7453138
301 2408931



AMÉZQUITA & CIA

- f) Existe concordancia entre los estados financieros que se acompañan y el informe de gestión presentado por los administradores.

Realizamos seguimiento a las respuestas sobre las cartas de recomendaciones dirigidas a la dirección y no hay asuntos de importancia material pendientes que puedan afectar nuestra conclusión.

MIGUEL H RODRIGUEZ HERRERA
Revisor Fiscal
Contador Público T.P. 126.354-T
Designado por Amézquita & Cía. S.A.S.

5 de marzo de 2026

NIT. 860.023.380-3
www.amezquita.com.co

Calle 37 No. 24 -28,
Bogotá D.C, Colombia
601 7453138
301 2408931





**HOSPITAL INFANTIL
UNIVERSITARIO
DE SAN JOSÉ**



**SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ**

Colombia



Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

| VIGILADA MINEDUCACIÓN |



www.hospitaldesanjose.org.co