



INFORME DE GESTIÓN

Contenido

1	GESTIÓN GERENCIAL.....	5
1.1	Contratos con Clientes	5
1.2	Estadística de Servicios	6
1.2.1	Jersalud Boyacá.....	6
1.2.2	Jersalud Meta	8
1.2.3	Medifaca	10
1.2.4	Medilaser Florencia.....	11
1.2.5	Medilaser Sede Centro.....	13
1.2.6	Medilaser Tunja.....	16
1.2.7	Medilaser Myriam Parra	18
1.2.8	Medilaser Abner Lozano	20
2	GESTIÓN JURÍDICA.....	23
2.1	Cumplimiento de contratos.....	23
2.2	Proporción de Actuaciones Administrativas.....	23
2.3	Acciones Constitucionales.....	24
		24
3	GESTIÓN DE CALIDAD.....	25
3.1	Informes de comités	25
3.1.1	Nacional	25
3.2	Gestión de Control Interno	25
3.2.1	Auditoría Interna a Procesos (Nacional).....	25
3.2.2	Auditoría a Proveedores (Nacional).....	32
3.3	1.1 Auditorías Externas Realizadas	34
3.3.1	Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos	38
3.4	Satisfacción de usuarios	39
3.4.1	Jersalud Boyacá.....	39
3.4.2	Jersalud Meta	40
3.4.3	Medifaca	41
3.4.4	Medilaser Florencia.....	43
3.4.5	Medilaser Carrera 7	44
3.4.6	Medilaser Tunja.....	45

www.laboratoriosmiomed.com



3.4.7	Medilaser Myriam Parra	46
3.4.8	Medilaser Abner Lozano	47
3.5	Seguridad del paciente.....	48
3.5.1	Proporción de Eventos Adversos e Incidentes	48
3.5.2	Jersalud Meta	49
3.5.3	Medifaca	51
3.5.4	Medilaser Florencia.....	52
3.5.5	Medilaser Carrera 7	53
3.5.6	Medilaser Tunja.....	54
3.5.7	Medilaser Myriam Parra	55
3.5.8	Medilaser Abner Lozano	56
3.6	Gestión del Riesgo Organizacional	57
3.6.1	Identificación del riesgo.....	57
3.6.2	Segmentación de contrapartes.....	57
3.7	Gestión de Procesos	58
3.7.1	Gestión de Estandarización documental	58
3.7.2	Mejoramiento de Procesos.....	58
4	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA	59
4.1	Gestión de Archivo	59
		59
4.2	Gestión Biomédica	59
4.2.1	Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo.....	59
4.2.2	Proporción de mantenimientos correctivos.....	60
4.2.3	Proporción de calibraciones	60
4.3	Gestión ambiental	61
5	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	71
5.1	Indicadores Nacionales	71
5.1.1	Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas.....	71
5.1.2	Proporción de Certificaciones por Competencias	71
5.1.3	Proporción de satisfacción de clima organizacional	72
5.2	Indicadores de Talento Humano	72
5.2.1	Índice de rotación de personal	72
5.2.2	Proporción de satisfacción de actividades de talento humano.....	74

www.laboratoriosmiomed.com



5.3	Seguridad y Salud en el Trabajo	74
6	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.....	77
6.1	Avances en Proyectos.....	77
6.2	Licencias	79
6.3	Inventarios	79
6.4	Proporción de Necesidades Atendidas en sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información.....	80
6.5	Promedio de tiempo de respuesta por Prioridad de casos resueltos a través del sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información	82
7	GESTIÓN FINANCIERA.....	83
7.1	Indicadores financieros	83
7.2	Informe Ventas.....	83
7.3	Devoluciones, descuentos y rebajas	84
7.4	Estado de resultados.....	84
7.5	Recaudo.....	85
7.6	Cuentas por Cobrar.....	86
7.7	Cuentas por Pagar	87
7.8	Flujo de Caja	87
7.9	Pago de impuestos con el Estado	87
7.10	Sistema de Seguridad Social.....	88
7.11	Reporte de Nómina Electrónica	89
7.12	Evaluación de Hipótesis de negocio de puesta en marcha	89
8	ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES POSTERIORES AL CIERRE DEL EJERCICIO	89
9	EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD	89
10	PARTES VINCULADAS (PARTES RELACIONADAS) – OPERACIONES CELEBRADAS CON SOCIOS Y ADMINISTRADORES.....	90
11	ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR POR PARTE DE LA SOCIEDAD	90
12	CONSTANCIA ARTÍCULO 87 PARÁGRAFO 2 LEY 1676 DE 2013 (libre circulación de facturas de conformidad).....	91
13	SEGUIMIENTO A PROYECTOS	91

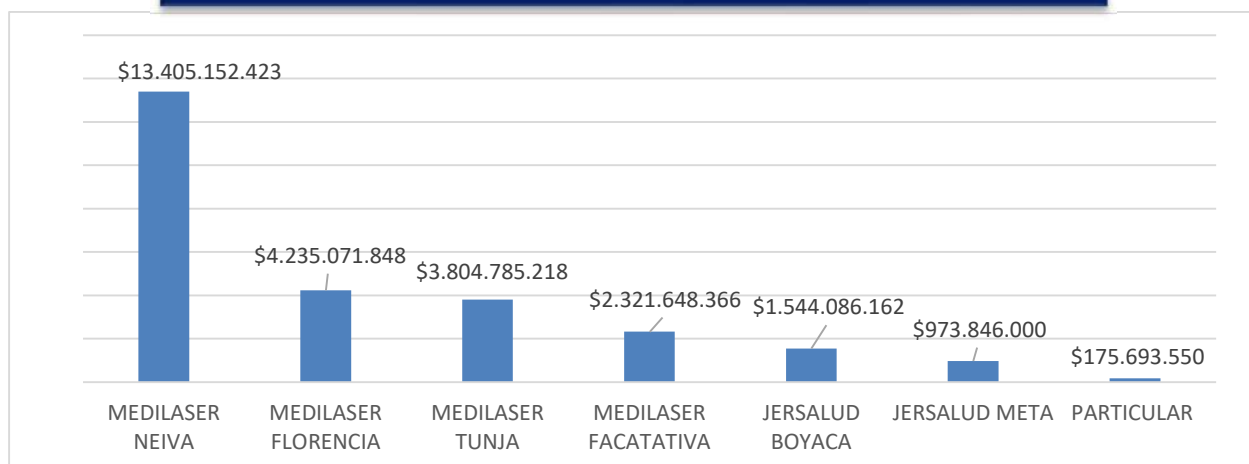


1 GESTIÓN GERENCIAL

1.1 Contratos con Clientes

CLIENTE	TIPO DE CONTRATO	VIGENCIA	VALOR DE CONTRATO MILLONES	FIRMADO
Clínica Medilaser	Evento	31-03-2025	\$4.150.350.000	si
Clínica Medifaca	Evento	31-03-2025	2.000.0000	si
Ips Jersalud	Cápita	30-12-2024	600.000.000	si
Clientes Particulares	Evento	30-12-2024	50.000.000	si

EJECUCIÓN DE CONTRATO POR CLIENTE (\$)



Fuente del Dato: Fichas técnicas de contratación

Análisis:

Al cierre de la Vigencia 2024, según el análisis de los datos se obtuvo la siguiente información:

_La empresa Miomed ha recibido ingresos por prestación de servicios por la suma de \$2.205.023.631

_Los Clientes con prestación de servicios Hospitalarios como Medilaser y Medifaca obtuvo el siguiente comportamiento:

Medilaser Sede Neiva: ingresos por valor \$ 13.405.152.423 con un cumplimiento en la meta del 117%
 Medilaser Sede Florencia ingresos por valor \$ 4.235.071.848 con un porcentaje sobre la meta del 106%
 Medilaser Sede Tunja ingresos por valor \$ 3.804.785.218 con un porcentaje sobre la meta del 94%
 Medifaca ingreso por valor \$ 2.640.000.000 con un porcentaje sobre la meta del 88%

_Los Clientes con prestación de servicios Ambulatorios como Jersalud IPS obtuvo el siguiente comportamiento:

www.laboratoriosmiomed.com



Jersalud Boyacá: ingresos por valor de \$ 1.512.000.000 con un cumplimiento en la meta del 102%

Jersalud Meta: ingresos por valor \$ 960.000.000 con un cumplimiento en la meta del 101%

Cientes Particulares por valor de \$ 600.000.000 con un porcentaje sobre la meta del 29%

Los clientes actuales son:

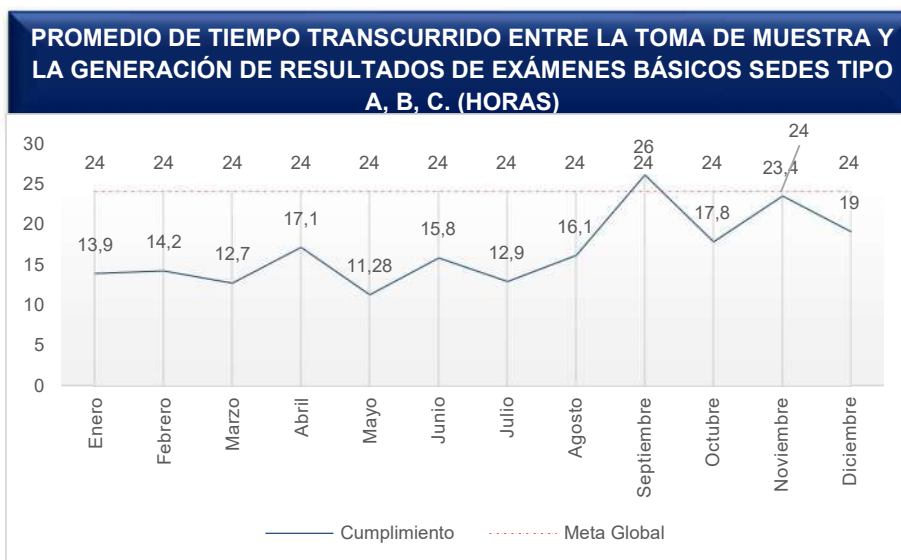
- FONOCLINIC IPS SAS (Mocoa)
- IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA R. (Neiva)
- PERSONAS NATURALES (Tunja- Neiva)
- Erika Castellanos IPS (Tunja)
- Nancy Sandoval (Florencia)

En general, la empresa Miomed a nivel porcentual se encuentra con cumplimiento del 105% que representa ingresos por valor de \$24.460.283.567

CLIENTES	Valor Ejecutado	%
Medilaser Neiva	\$ 13.404.153.423.	117%
Medilaser Florencia	\$ 4.235.071.848	106%
Medilaser Tunja	\$ 3.804.785.218	94%
Medifaca	\$ 2.321.648.366	88%
Jersalud Meta	\$ 1.544.086.162	102%
Jersalud Boyacá	\$ 973.846.000	101%
Cientes Particulares	\$ 175.693.550	29%

1.2 Estadística de Servicios

1.2.1 Jersalud Boyacá



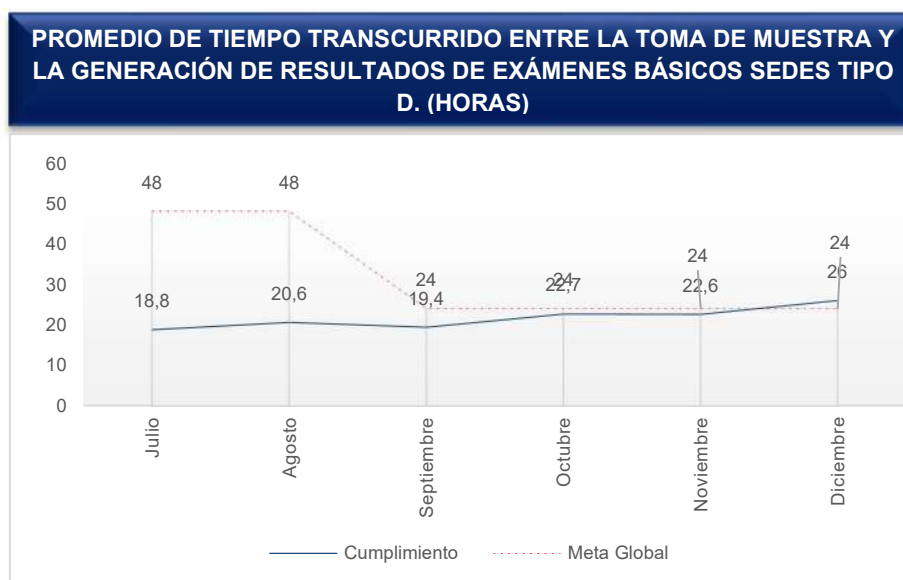
Fuente del Dato: Tablero Jersalud - SharePoint

www.laboratoriosmiomed.com



Análisis: El resultado para el indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes básicos” en Jersalud Boyacá tiene un promedio en el año 2024 de 16,6 horas, dato que se encuentra con una brecha de 1,6 puntos por encima de la meta que corresponde a 15 horas; se evidencia un indicador con tendencia positiva acercándose a la meta, durante el año se presentaron fallas como falta de reactivos, fallas con software de laboratorio y con internet, ausencias de personal y demoras en transporte de muestras de sedes que conllevaron a que en algunos meses el indicador sobrepasara la meta establecida; estas situaciones fueron controladas y se realiza seguimiento continuo con el fin de prevenir que vuelvan a presentarse.

Desde el área de calidad y coordinación técnica se realiza seguimiento diario a todos los procesos con el fin de detectar fallas que puedan afectar el correcto funcionamiento de laboratorio clínico y mitigarlo en el menor tiempo posible.



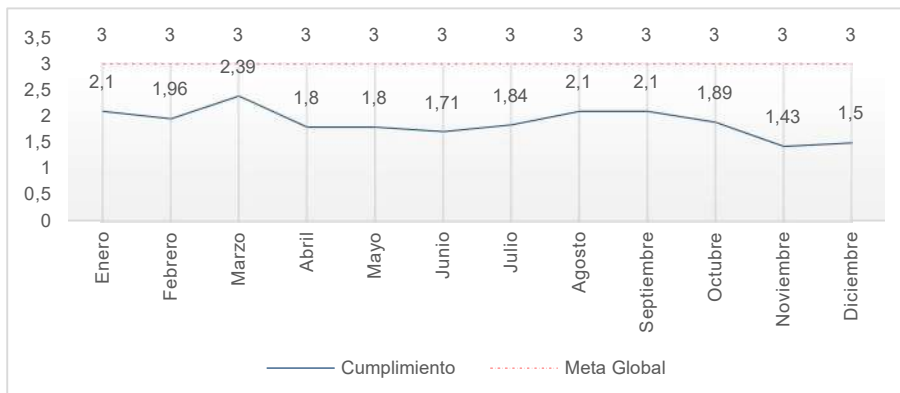
El resultado para el indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes básicos” en sedes tipo D Jersalud Boyacá tiene un promedio en el año 2024 de 21 horas, dato que se encuentra dentro de la meta que corresponde a 48 horas. Se evidencia un indicador con tendencia positiva, aunque durante el año se presentaron fallas como falta de reactivos, fallas con software de laboratorio y con internet, ausencias de personal y demoras en transporte de muestras de sedes sin embargo es de resaltar que las fallas no afectaron el indicador; estas situaciones fueron controladas y se realiza seguimiento continuo con el fin de prevenir que vuelvan a presentarse.

Desde el área de calidad y coordinación técnica se realiza seguimiento diario a todos los procesos con el fin de detectar fallas que puedan afectar el correcto funcionamiento de laboratorio clínico y mitigarlo en el menor tiempo posible.

Se continúa realizando seguimiento diario a la validación de resultados por secciones con el fin de detectar resultados que hayan quedado pendientes y afecte negativamente el indicador con el objetivo de mantener la oportunidad obtenida durante el mes.



PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE MUESTRA Y LA GENERACIÓN DE RESULTADOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS



Fuente del Dato: Tablero Jersalud - SharePoint

Análisis:

El resultado para el indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes especializados” en Jersalud Boyacá tiene un promedio en el año 2024 de 1,88 días, dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a 3 días. Se evidenciaron algunas fallas durante el año como demora en cargar resultados remitidos, fallas en transporte de muestras, fallas en procesos de remisión a pesar de estas situaciones el indicador se mantuvo dentro de la meta.

Se continua con el seguimiento diario a la validación de resultado de todas las secciones con el fin intervenir desviaciones encontradas.

1.2.2 Jersalud Meta

PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE MUESTRA Y LA GENERACIÓN DE RESULTADOS DE EXÁMENES BÁSICOS (HORAS)



Fuente del Dato: Daruma – Jersalud Meta.

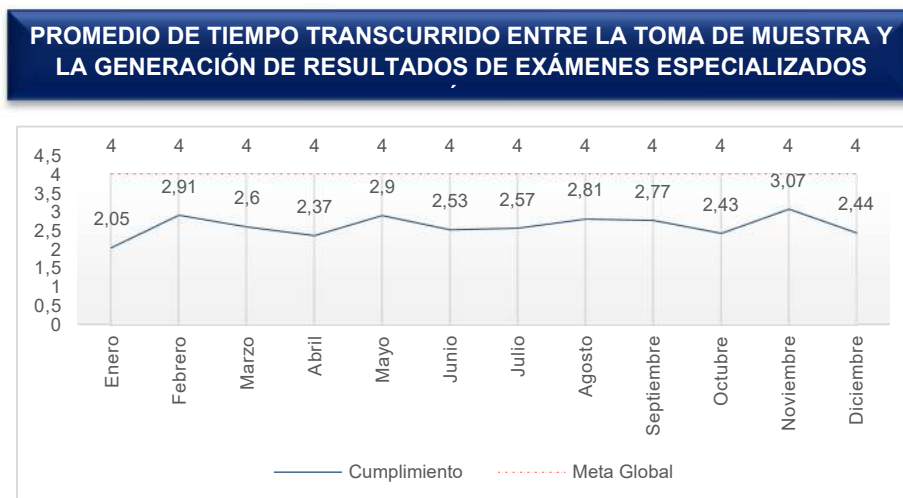
www.laboratoriosmiomed.com



Análisis:

El indicador promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de resultado exámenes básicos en Jersalud Meta el promedio para el año 2024 fue de 7.8 horas, dato que se encuentra dentro de la meta máxima establecida de 12 horas. De la totalidad de exámenes procesados, se encuentran 102.640 exámenes se clasificaron como básicos que corresponden a las secciones de hematología, química, coagulación y microscopia.

Se continua con el seguimiento diario en la validación de resultado de todas las secciones con el fin intervenir desviaciones encontradas.



Fuente del Dato: Daruma – Jersalud Meta.

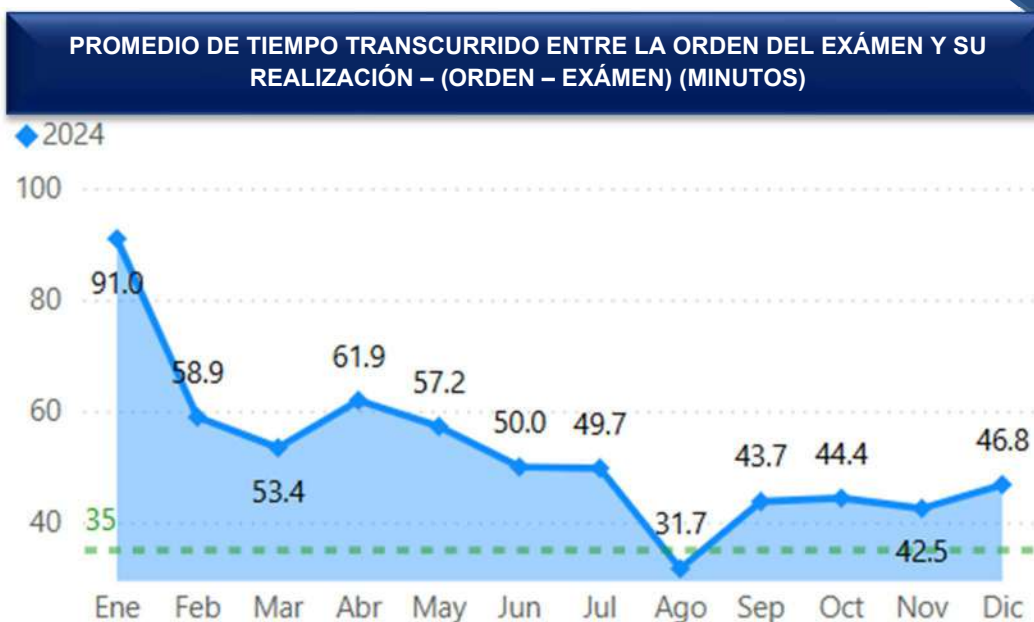
Análisis:

El resultado para el indicador promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de resultados exámenes especializados en Jersalud Meta el promedio para el año 2024 fue de 2.06 días, dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a 4 días. Se encuentran 32.672 exámenes clasificados como especializados de la totalidad de exámenes procesados. Al realizar análisis de la vista se observa que los exámenes remitidos a laboratorio aliado Jersalud Tunja y Medilaser Tunja presentan una oportunidad de 4.7 días, el total de remisiones fueron 6.638 muestras.

Se continua con el seguimiento diario en la validación de resultado de todas las secciones con el fin intervenir desviaciones encontradas.



1.2.3 Medifaca

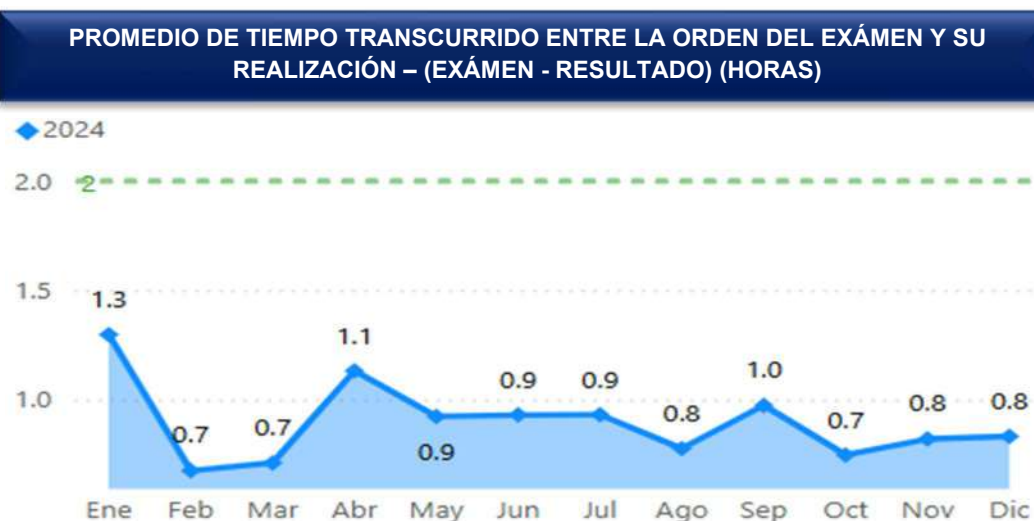


Fuente del Dato: Tablero Medifaca – Power Vie

Análisis: El resultado para el indicador promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestra promedio para el año 2024 fue de 53 minutos, sin cumplimiento debido a que la meta es de 35 minutos.

Al realizar filtro donde se excluyen los exámenes que presentan demoras como lo son líquidos corporales, uroanálisis, baciloscopias, procesamientos, pruebas cruzadas, carbapenemasas y antígeno COVID se obtiene un tiempo promedio de 28 minutos, cumpliendo con la meta de 35 minutos.

Es importante continuar con las rondas de capacitación con el personal médico y enfermería, con los temas de adherencia al correcto diligenciamiento de la fecha y hora sugerida, así como capacitación en correcto y oportuno diligenciamiento de consentimientos informados y fichas de notificación.

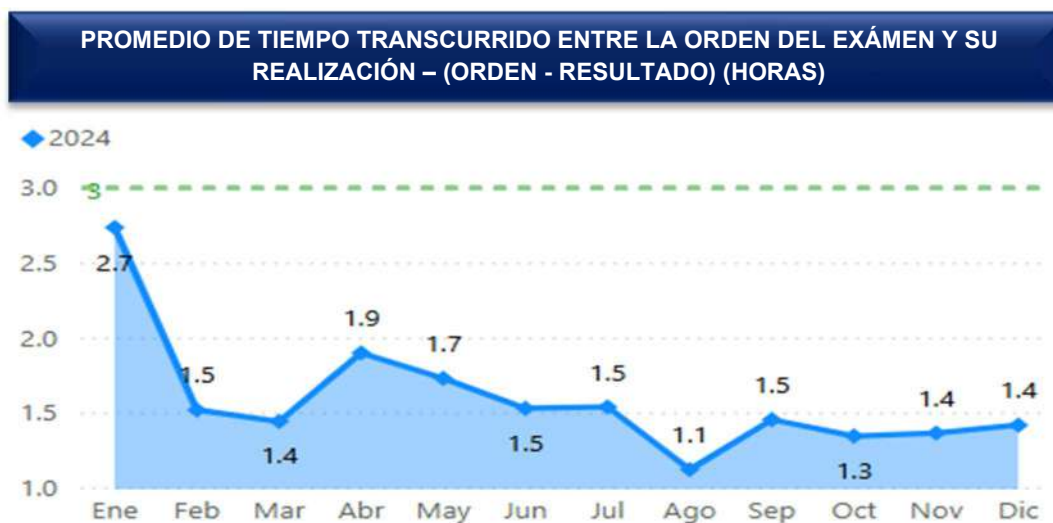


Fuente del Dato: Tablero Medifaca – Power Vie

www.laboratoriosmiomed.com



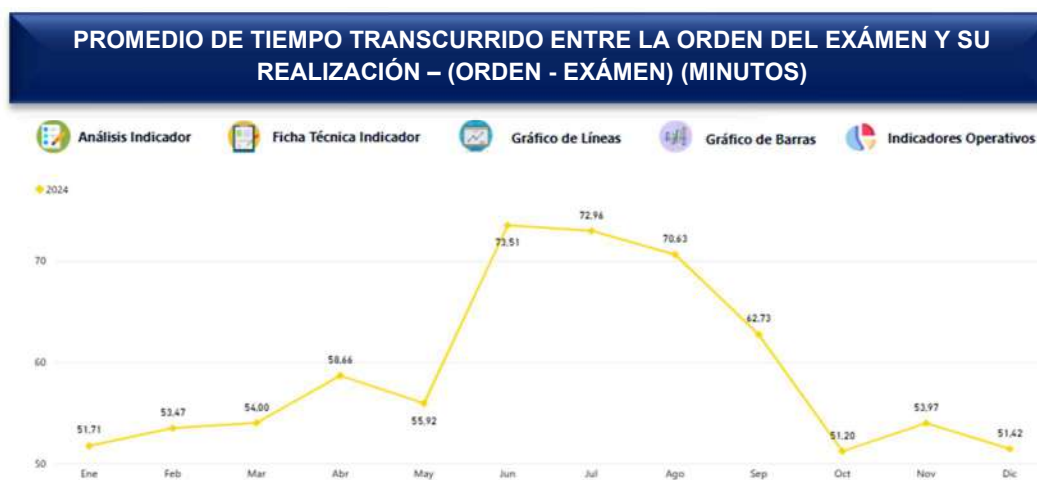
Análisis: El resultado para el indicador promedio de tiempo desde el examen hasta el resultado promedio para el año 2024 fue de 0,91 horas, con cumplimiento de meta, la cual se encuentra en 2 horas.



Fuente del Dato: Tablero Medifaca – Power Vie

Análisis: El resultado para el indicador promedio de tiempo desde la orden del examen hasta el resultado promedio para el año 2024 fue de 1,62 con cumplimiento de meta, la cual se encuentra en 3 horas.

1.2.4 Medilaser Florencia



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

Análisis:

El resultado para el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen y la toma de la muestra en Sucursal Florencia el promedio para el año 2024 fue de 58,95 minutos, presentando cumplimiento sobre la meta máxima de 60 minutos, de manera desagregada por servicios se obtuvo los

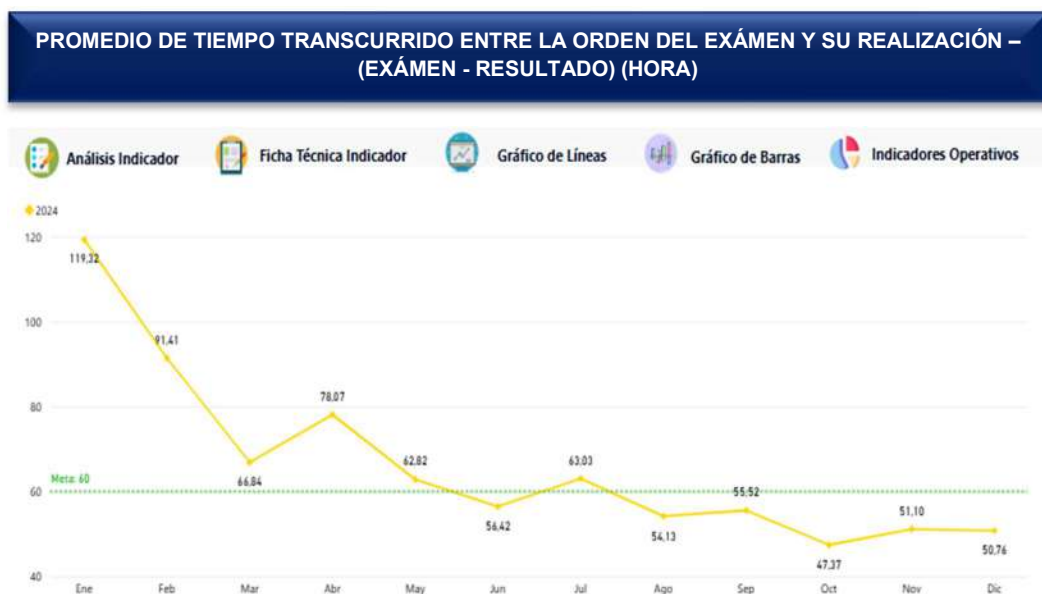
www.laboratoriosmiomed.com



siguientes datos; Hospitalización (60,50 minutos), UCI (108,02 minutos), Ginecología (54,19 minutos), Urgencias (47,37 minutos).

La inoportunidad es atribuible, demora en toma de muestras realizadas por otros profesionales del servicio: Líquidos corporales, cultivos, hemocultivos, gases arteriales, demora en la entrega de consentimiento informado de VIH fichas epidemiológicas por parte del profesional médico, muestras que son inherentes a los pacientes como lo son: baciloscopias, uroanálisis, coprológico, exámenes que no están dentro del panorama de contratación que requieren autorización por la EAPB, demora en la generación de órdenes y modificación de códigos CUPS, la falta de adherencia por parte del personal médico de la fecha y hora sugerida, la toma de muestras en el servicio de urgencias a pacientes pediátricos y adulto mayor en el momento de la canalización, pacientes del servicio de urgencias que se encuentran en la toma de otros paraclínicos (radiografías, ecografías, electrocardiogramas, TAC, administración de medicamentos, curaciones) demora en toma de muestras por parte del personal de enfermería y terapia.

En los Grupos Primarios se realiza socialización del indicador y las novedades presentadas para la implementación de nuevas estrategias para tomar acciones de mejora en los procesos.



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

Análisis:

El resultado obtenido para el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de muestras en el laboratorio y la generación del resultado Sucursal Florencia el promedio para el año 2024 fue de 66,40 minutos, presentando incumplimiento sobre la meta máxima establecida que corresponde a 60 minutos, de manera desagregada por servicio Hospitalización (68,11 minutos), UCI (68,87 minutos), Ginecología (93,08 minutos), Urgencias (63,10 minutos).

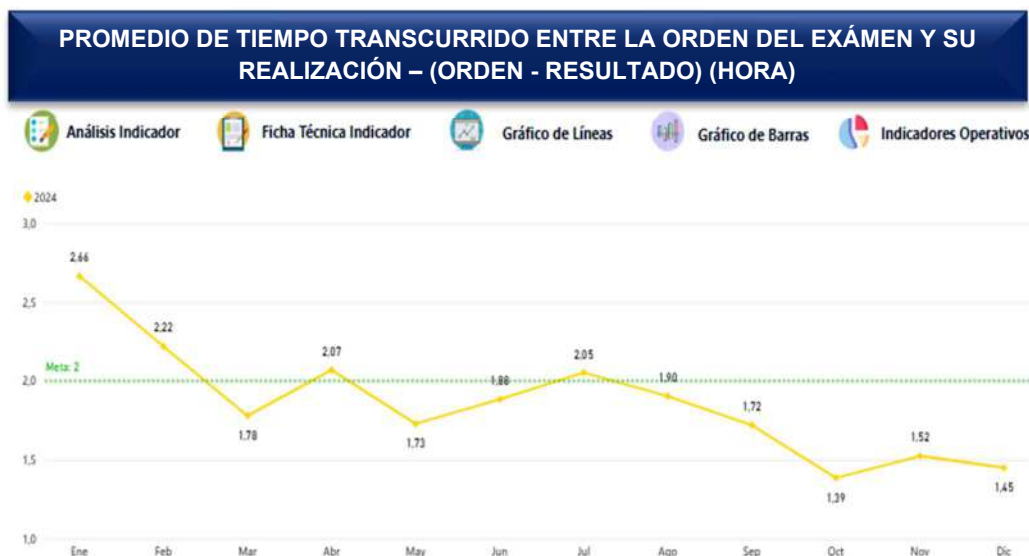
Se continua con el seguimiento diario en la validación de resultado de todas las secciones con el fin intervenir desviaciones encontradas.

En los Grupos Primarios se realiza socialización del indicador y las novedades presentadas para la implementación de nuevas estrategias para tomar acciones de mejora en los procesos.

www.laboratoriosmiomed.com



Con lo anterior se continua el seguimiento a los tiempos de oportunidad mensualmente con la finalidad de tomar las acciones pertinentes se inicia implementación plan de mejoramiento.

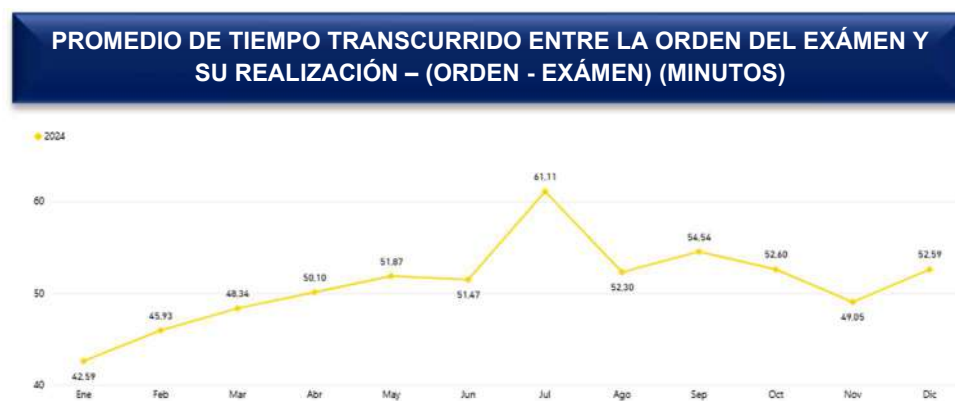


Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

Análisis: El resultado obtenido para el indicador promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen y la generación del resultado Sucursal Florencia el promedio para el año 2024 fue de 1.86 (1 hora con 86 minutos), presentando cumplimiento a la meta máxima establecida que corresponde a 2 horas, de manera desagregada por servicios Hospitalización (1 hora 44 minutos), UCI (1 horas 77 minutos), Ginecología (1 horas 39 minutos), Urgencias (1 horas 39 minutos).

Las novedades presentadas son las siguientes: al proceso de toma de muestras, remisión de TSH Neonatales a Sucursal Neiva, recolección de muestras ordenadas (inherentes al paciente), exámenes que no están dentro del panorama de contratación y deben ser autorizados por las EAPB, algunas órdenes del virus inmunodeficiencia humana (VIH) sin tener consentimiento informado firmado, la no adherencia del personal médico a la fecha y hora sugerida para la toma de los exámenes.

1.2.5 Medilaser Sede Centro



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

www.laboratoriosmiomed.com



El resultado para el Indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y su realización, para el año 2024 fue de 50 minutos, atribuible a:

- Demora en toma de muestras realizadas por otros profesionales del servicio: Líquidos corporales, cultivos, gases arteriales.
- Incumplimiento en la fecha sugerida por parte del médico tratante en el ordenamiento por cierre retrospectivo de la historia clínica.
- Muestras que son inherentes a los pacientes como lo son: baciloscopias, uroanálisis, coprológico.

PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ENTREGA DE MUESTRA Y LA GENERACION DEL RESULTADO – (EXÁMEN - RESULTADO) (MINUTOS)



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El resultado para el Indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de muestras y la generación de resultados, para el año 2024 fue de 105 minutos, el resultado alcanzado es atribuible a:

- Se continúan presentando fallas en la transmisión de los exámenes de remisión en el sistema INDIGO por parte de los auxiliares.
- Fallas en los equipos y Barckorder de reactivos

Con todo lo anterior se continua el seguimiento a los tiempos de oportunidad mensualmente con la finalidad de tomar las acciones pertinentes se realiza plan de mejoramiento.



PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DEL EXÁMEN Y LA GENERACION DEL RESULTADO – (ORDEN - RESULTADO) (HORA)



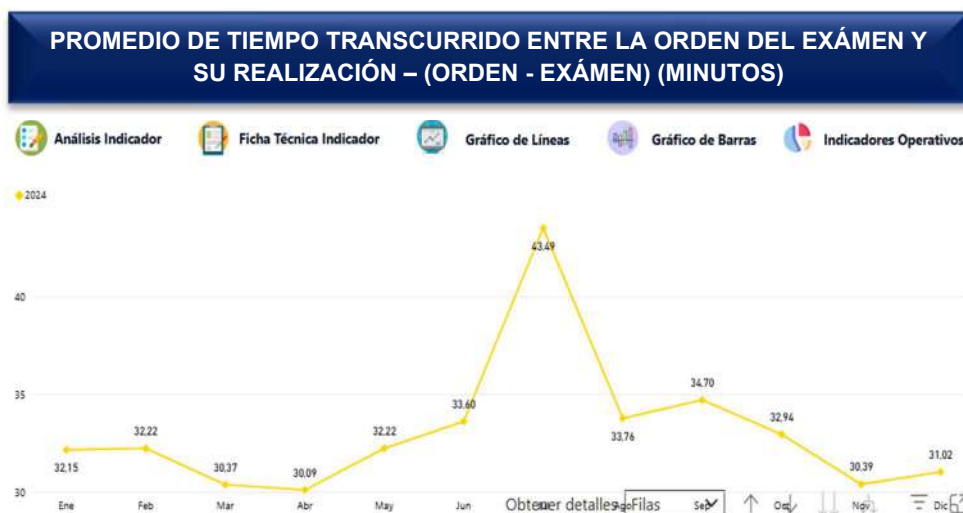
Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El resultado del Indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y la generación del resultado, para el año 2024 fue de 2,40 (2 horas y 40 minutos) ; atribuible a:

- Recolección de muestras ordenadas (inherentes al paciente).
- Exámenes que no dependen de la toma por el personal de laboratorio:
Gases arteriales, Paneles, líquidos, Mycobacterium tuberculosis, SARS CoV 2 [covid-19] antígeno, cultivos
- Exámenes remitidos (La medición del tiempo de oportunidad de una proporción de exámenes que se remiten a los laboratorios de referencia.
- La medición del tiempo de oportunidad de una proporción de exámenes que se remiten a los laboratorios de referencia, donde no hay 100% de adherencia al proceso de pasarlos al campo remitidos en el sistema INDIGO por parte de los auxiliares.
- Algunas órdenes del virus inmunodeficiencia humana (VIH) sin tener consentimiento informado firmado por el usuario o familiar ocasionando inoportunidad en la toma
- exámenes que requieren autorización o visto bueno por parte de la EAPB para acceder al servicio solicitado, (procalcitonina – PRO- BNP - paneles) con respuesta estimada de 1 a 5 días Igualmente
- Se evidencia falla en la comunicación por parte de la unidad con el laboratorio clínico, se realiza la toma de las muestras y no se comunica a tiempo con el laboratorio para su respectiva recolección. Igualmente se sigue presentando pequeñas diferencias en minutos por registro de fecha retrospectiva en la fecha sugerida el cual va sumando con la cantidad de órdenes medicas generadas, esto se presentan porque el medico demora en cerrar la historia clínica al momento de evolucionar.



1.2.6 Medilaser Tunja



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

Análisis:

El resultado para el indicador 488 “Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestra (Tunja)” en el año 2024 fue de 30,7 minutos, dato que se encuentra dentro de la meta de 60 minutos.

Durante el año se presentaron fallas que afectan los procesos y que pueden llegar a desviar el indicador, los cuales se asocia a lo siguiente:

- Demora en generación y cargue a historia clínica del consentimiento informado de VIH.
- Traslado de pacientes a servicios de rayos x, hemodinamia por parte de camilleros.
- Falta de adherencia a la fecha y hora sugerida en uci neonatal.
- Demora en toma de muestras en unidades cerradas por parte de profesionales de la clínica.

Se evidencia una mejora significativa en Uci neonatal en lo referente a fecha y hora sugerida, en cuanto a urgencias y uci se evidencia cumplimiento y tendencia positiva.



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

www.laboratoriosmiomed.com



Análisis:

El resultado obtenido del indicador 513- Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de muestra en el laboratorio y la generación del resultado, en todos los servicios de clínica Medilaser Tunja en el año 2024 obtuvo un tiempo promedio de 48 minutos dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a 60 minutos.

Durante el año se presentaron algunas fallas como falta de reactivos, demoras en entrega de muestras de los servicios, fallas en equipo, fallas en software de laboratorio y con servicio de internet, ausencias de talento humano que conllevaron a que en algunos meses y en servicios como UCI se prolongaran los tiempos de validación, estas situaciones fueron controladas durante el tiempo que se presentó.

Desde el área de calidad y coordinación técnica se realiza seguimiento a todos los procesos con el fin de intervenir brechas en el proceso y mitigar las fallas.

PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DEL EXÁMEN Y SU REALIZACIÓN – (ORDEN - RESULTADO) (HORA)



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

Análisis:

El resultado obtenido del indicador 539- Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen y la generación del resultado, en todos los servicios de clínica Medilaser Tunja en el año 2024 obtuvo un tiempo promedio de 1,12 horas, cumpliendo la meta establecida que corresponde a 2 horas; se obtiene una tendencia estable y positiva.

Se cumple la meta sin embargo durante el año se presentaron algunas fallas que pueden afectar el proceso como son las siguientes:

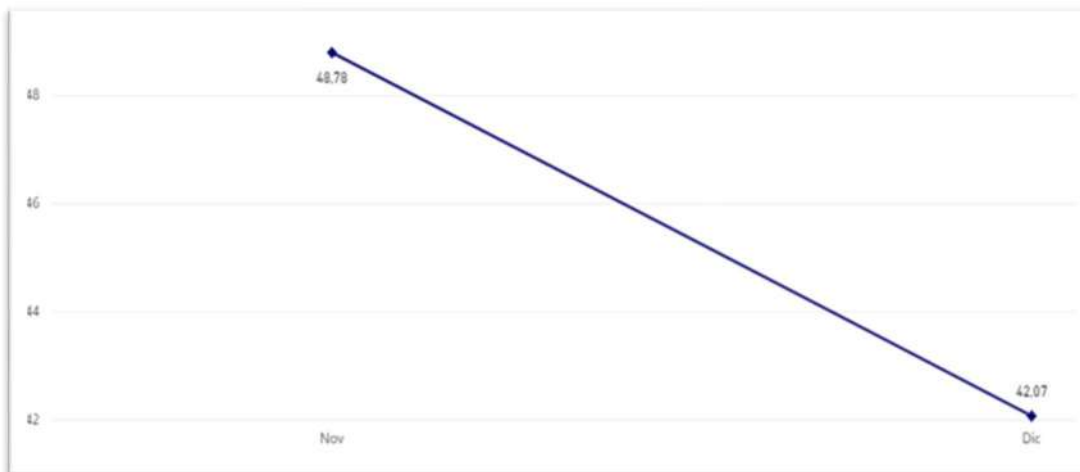
- Demoras en recolección de muestras que dependen del paciente como orinas, esputos, copros, de igual forma los pacientes que son trasladados a otros servicios como imagenología sin darle prioridad a la toma de muestras de laboratorio como está estipulado institucionalmente.
- Demora en generar y cargar consentimiento de VIH a historia clínica.
- Demora en toma de muestras en unidades cerradas.
- Fallas de equipos, en software de laboratorio y servicio de internet.
- Demoras en llegada de pedidos.

Desde el área de calidad se continúa haciendo seguimiento continuo a todos los procesos con el fin de identificar y corregir brechas que puedan desviar los indicadores y por tanto generar fallas en la prestación del servicio.



1.2.7 Medilaser Myriam Parra

PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DEL EXÁMEN Y SU REALIZACIÓN – (ORDEN - EXÁMEN) (MINUTOS)



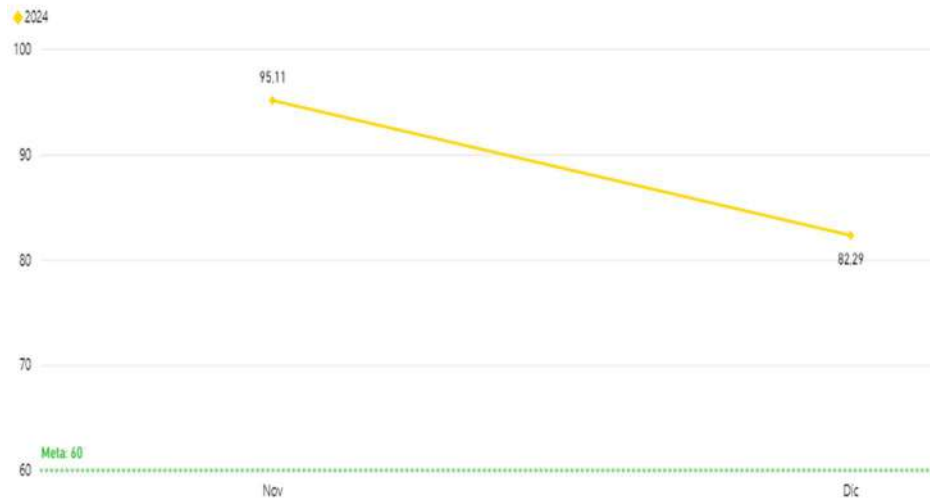
Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestra en sede Myriam Parra para el mes de Diciembre de 2024 obtuvo un resultado de 42 minutos general, Urgencias (26 minutos), UCI (57 minutos), Hospitalización (55 minutos) estando dentro de la meta establecida que corresponde a 60 minutos, a pesar de que se cumple con la meta se seguirá trabajando para continuar cumpliendo con el objetivo propuesto, mediante el seguimiento continuo a los procesos y dar cumplimiento a la oportunidad. Esto es atribuible a:

- Procesamiento de muestras que son inherentes a los pacientes como: baciloscopias, uroanálisis, coprológico.
- Inoportunidad de toma de muestras realizadas por otros servicios: cultivos, gases arteriales; adicional la sede cuenta con la población de atención de maternas y neonatos los cuales hace que el proceso sea complejo y requiera de más cuidado y tiempo.
- Incumplimiento en la fecha sugerida en el ordenamiento por parte del médico tratante por cierre retrospectivo de la historia clínica.
- Exámenes que requieren autorización por la EAPB (como procalcitonina).



PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DEL EXÁMEN Y SU REALIZACIÓN – (EXÁMEN - RESULTADO) (HORA)



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de muestra en el laboratorio y la generación del resultado (Sede Myriam Parra - Global) Neiva en el mes de diciembre de 2024 obtuvo un resultado de 82 minutos, con una brecha de 22 minutos, por encima de la meta establecida que corresponde a 60 minutos, aunque se disminuye respecto al mes anterior esta brecha es atribuible a:

- En los primeros días del mes de diciembre se continua con el proceso de implementación de equipos y capacitación del personal para disminuir así los exámenes de remisión, por lo cual la oportunidad depende del llamado de mensajería, su respuesta al llamado y entrega de muestras para su validación, ocasionando esto una inoportunidad.
- No se cuenta aún con el sistema de comunicación y transmisión de la información de la mayoría de los equipos (LIS), por lo cual genera más demora al programar manual y posteriormente transcribir los resultados, pudiendo esto generar error de validación.
- En la proporción de los exámenes que se remiten a los laboratorios de referencia, se observa que en la transmisión de los exámenes de remisión en el sistema INDIGO se presentan fallas por parte de los auxiliares al no realizar el proceso correctamente, afectando así el indicador.
- Falla constante de equipo de especializado por error en la regulación de energía porque el flujo eléctrico no es regular creando sobrecarga, adicional su tiempo de procesamiento es muy dispendioso.



PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DEL EXÁMEN Y SU REALIZACIÓN – (ORDEN - RESULTADO) (HORA)



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen del laboratorio y la generación del resultado en la sede Myriam Parra en el mes de diciembre de 2024 obtuvo un resultado de 1,6 (1 hora y 36 minutos), estando dentro de la meta establecida que es de 2 horas; por lo siguiente el resultado corresponde a:

- En el mes de diciembre aún sigue el proceso de implementación de equipos y capacitación del personal, por lo cual se remite exámenes a la sede Neiva centro.
- La sede a la cual se remiten las muestras no le da prioridad al procesamiento y validación de los exámenes de la sede.
- Personal nuevo el cual aún no se adherido a los procesos

1.2.8 Medilaser Abner Lozano

PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DEL EXÁMEN Y SU REALIZACIÓN – (ORDEN - EXÁMEN) (MINUTOS)



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

www.laboratoriosmiomed.com



El resultado obtenido para el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestra, en sede Abner Lozano para el año 2024 fue de 33 minutos estando en los tiempos establecidos. En el mes de diciembre de 2024 fue de 21 minutos, estando dentro de la meta establecida que corresponde a 60 minutos, a pesar de que se cumple con la meta seguimos trabajando para continuar cumpliendo con la meta establecida.



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El resultado obtenido para el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de muestra en el laboratorio y la generación del resultado (Sede Abner Lozano - GLOBAL) NEIVA para el año 2024 fue 128 minutos, estando por encima de los tiempos establecidos. En el mes de diciembre el tiempo fue de 74 minutos, con una brecha de 14 minutos, por encima de la meta establecida que corresponde a 60 minutos, esta brecha es atribuible a:

- Falla del sistema de información (falla del internet) el cual fue durante 2 horas y 30 minutos, presentando demora en la transmisión de los resultados al Índigo generando inoportunidad en los tiempos establecidos de los indicadores y toma de decisión médica en los usuarios.
- Fallas en los equipos de procesamiento, equipo de química (vitros 7600), se presentó en 4 ocasiones, con un tiempo total de 39 horas inoperante, por diferentes causas, se presentó falla del rotor, lamina dispensadora, anillo. Equipo de coagulación (star fax), se presentaron 2 fallas, no reconocía las cubetas, falla en la aguja y bomba de presión. Falla en el equipo de gases arteriales, el cual presento error en la calibración de PO2, se realiza comunicación con ingeniería de la casa comercial el cual presta su servicio para restablecer el funcionamiento de los equipos y en 1 ocasión el ingeniero de la casa comercial vitros realiza acercamiento a la sede para dar solución a la falla del equipo; por las siguientes novedades no se ha dado el cumplimiento al indicador.

Se continuará socializando los resultados de los indicadores en los grupos primarios del laboratorio clínico, para proceder a tomar acciones.



PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DEL EXÁMEN Y SU REALIZACIÓN – (ORDEN - RESULTADO) (HORA)



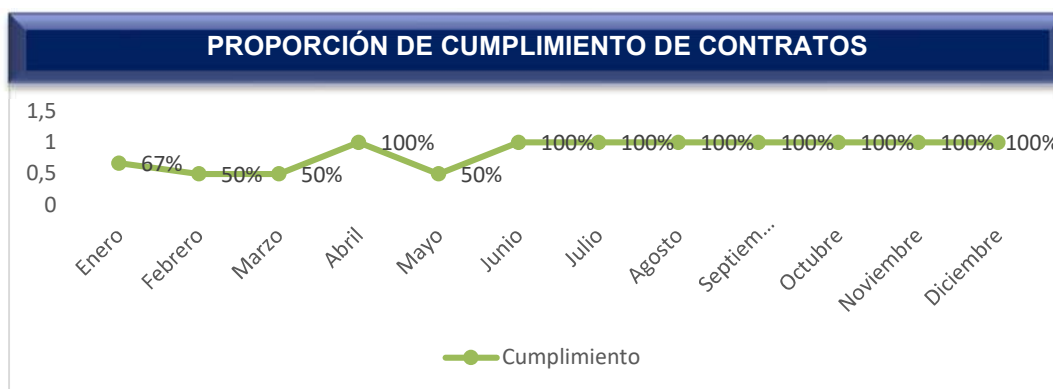
Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El resultado obtenido para el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen del laboratorio y la generación del resultado en sede Abner Lozano NEIVA para el año 2024 fue 2 horas y 24 minutos, con una brecha de 24 minutos, estando por encima de los tiempos establecidos. En el mes de diciembre de 2024 fue de 1,32 (1 hora y 19 minutos), estando por debajo de la meta de 2 horas; se contempla una mejora, en comparación con el mes pasado se redujo 38 minutos en el indicador. El resultado obtenido en este periodo se debe al monitoreo a través de los sistemas a las muestras y los resultados que faltan para su validación. Sin embargo, aunque hemos cumplido con los tiempos, se continuarán aplicando estrategias para conservar los resultados en el indicador.



2 GESTIÓN JURÍDICA

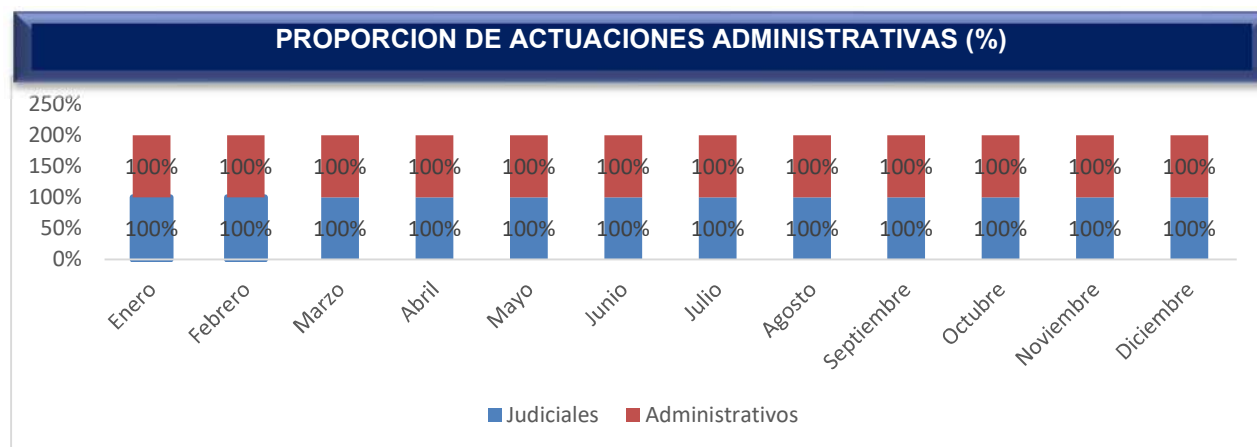
2.1 Cumplimiento de contratos



Fuente del Dato: Neón

- **Análisis: Plataforma "Neón" como herramienta de gestión contractual:** La introducción de la plataforma "Neón" indica que la compañía ha adoptado tecnología específica para gestionar sus contratos. Esto sugiere un enfoque moderno y posiblemente más eficiente en la gestión de documentos y procesos contractuales.
- **Solicitudes de usuarios y documentos precontractuales:** Durante el mes de diciembre de 2024, la Compañía recibió y procesó satisfactoriamente 3 solicitudes de contratos civiles y/o comerciales. Estas solicitudes fueron gestionadas de manera eficiente, cumpliendo con todos los requisitos legales y normativos aplicables.
- **Trámite satisfactorio de las solicitudes:** El procesamiento satisfactorio de 3 de 3 solicitudes muestra un nivel de eficiencia operativa en la gestión de contratos.
- **Cumplimiento del 100% en la gestión contractual:** El cumplimiento del 100% proporciona una métrica clara para evaluar el rendimiento en la gestión contractual. Esta cifra es útil para monitorear el progreso y establecer metas futuras.

2.2 Proporción de Actuaciones Administrativas



Fuente del Dato: Página de la Rama Judicial para efectos de procesos judiciales e información de gerencia para efectos de procesos administrativos.

Análisis: Durante el mes de diciembre de 2024, se puede evidenciar:

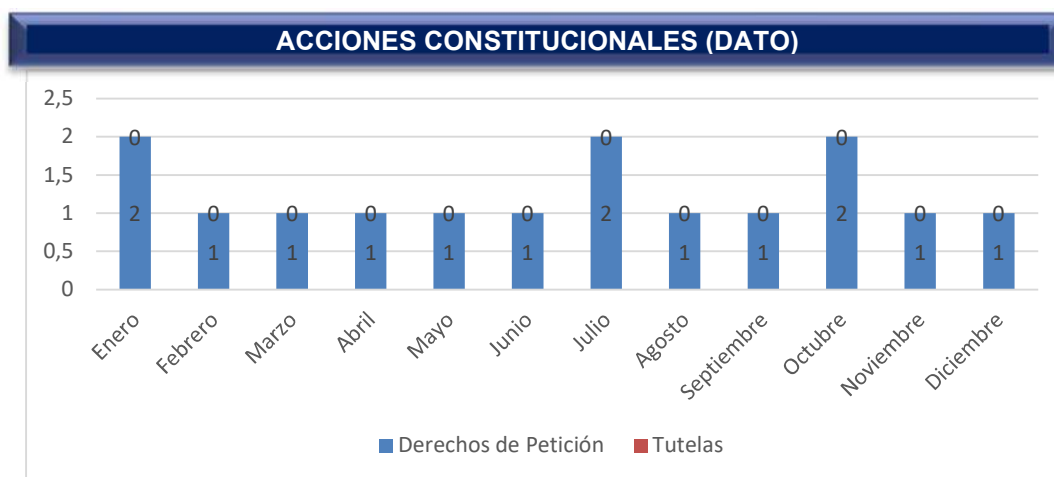
www.laboratoriosmiomed.com



- **Ausencia de procesos judiciales y administrativos:** La revisión de la página de la rama judicial y la falta de procesos judiciales y administrativos en contra de la Compañía sugieren un historial limpio en términos legales. Esto es un punto positivo que refleja un buen cumplimiento de las normativas legales y una gestión sólida de los asuntos legales de la empresa.

Basado en la información proporcionada, se puede proyectar que la Compañía está manteniendo un buen control sobre sus asuntos legales y financieros. Sin embargo, es importante mantener este nivel de cumplimiento y continuar implementando prácticas sólidas de gestión legal y financiera para evitar problemas futuros. Se recomienda realizar revisiones periódicas para garantizar que la empresa cumpla con las regulaciones vigentes y mantenga su historial limpio en términos legales y financieros. Además, es crucial monitorear de cerca cualquier cambio en las regulaciones legales y financieras que puedan afectar a la empresa y tomar medidas proactivas para cumplir con ellas.

2.3 Acciones Constitucionales



Fuente del Dato: Neón

Análisis: Durante el mes de diciembre de 2024, la Compañía recibió un derecho de petición, y no recibió acciones de tutela. Este resultado es un reflejo positivo del compromiso de la Compañía con el cumplimiento normativo y el respeto por los derechos de sus colaboradores, clientes y partes interesadas. La ausencia de estas solicitudes indica que la Compañía mantiene una comunicación efectiva y una gestión adecuada en la resolución de inquietudes o problemáticas que puedan surgir. Además, es un indicativo de que las políticas internas y los procedimientos implementados están funcionando correctamente, lo cual previene la necesidad de recurrir a mecanismos legales por parte de los interesados.

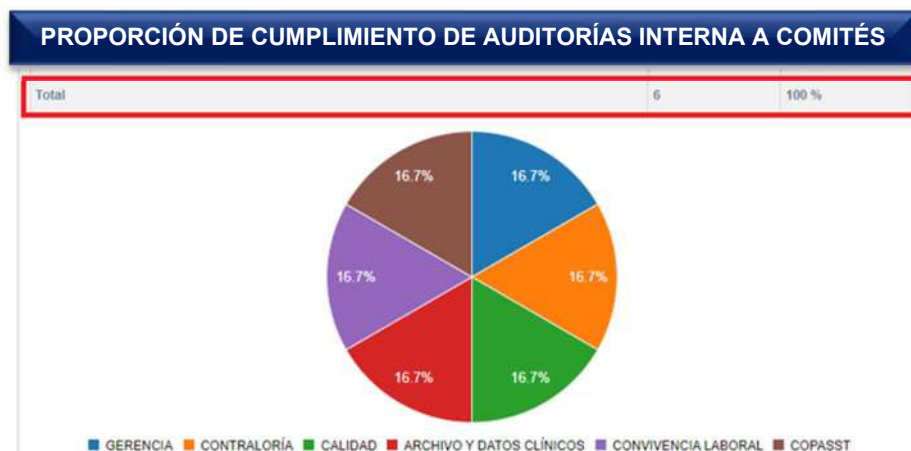
La gestión de Contratos se llevó a cabo en su totalidad, sin que quedara pendiente ninguno de los trámites correspondientes, incluyendo la elaboración y formalización de Otrosíes, así como la atención oportuna de los derechos de petición presentados. Todos los procesos fueron atendidos de manera integral y conforme a los procedimientos establecidos, garantizando el cumplimiento de los plazos y requisitos necesarios para el cierre definitivo de los trámites al finalizar el año, en el mes de diciembre.



3 GESTIÓN DE CALIDAD

3.1 Informes de comités

3.1.1 Nacional

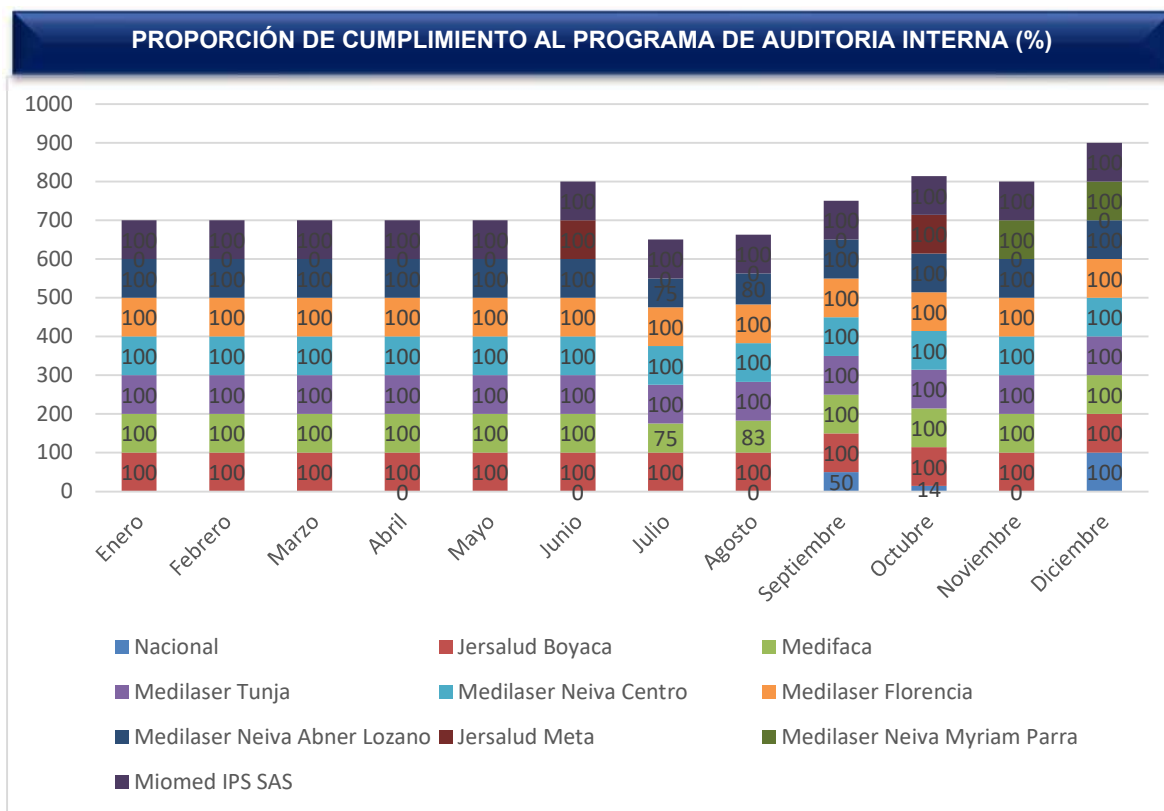


Fuente del Dato: Tablero de Gestión de Control Interno - SharePoint

Análisis: En el mes de diciembre no se llevaron a cabo verificaciones a comités

3.2 Gestión de Control Interno

3.2.1 Auditoría Interna a Procesos (Nacional)



Fuente: Programa de auditoría interna

www.laboratoriosmiomed.com



Nacional: Para el año 2024 se programaron un total de 15 auditorías nacionales de las cuales sólo se realizaron 5 auditorías, para un resultado de cumplimiento al programa del 33%.

Las auditorías son:

AUDITORÍAS INTERNAS	Nacional	RESULTADO	OBSERVACIONES
ISO 9001:2015	Aprobación de informe final (Diana Grandas)	95%	EJECUTADA
Gestión de Direccionamiento Estratégico	En planeación (Ludin Marcela Benavides)		Realizar en enero 2025
Gestión Integral de la Calidad	En planeación (Ludin Marcela Benavides)		Realizar en enero 2025
Gestión del Ambiente Físico	Cerrada (Diana Marcela Grandas Ariza)	88%	EJECUTADA
Gestión del Talento Humano	Cerrada (Diana Marcela Grandas Ariza)	92%	EJECUTADA
Gestión de la información	En planeación (Ludin Marcela Benavides)		Realizar en enero 2025
Gestión Financiera	En planeación Yeimi Tatiana Rojas Reina		Realizar en enero 2025
Gestión Jurídica	En planeación (Diana Marcela Grandas Ariza Yeimi Tatiana Rojas Reina)		Realizar en enero 2025
Gestión de Tecnología en Salud	Cerrada (Diana Marcela Grandas Ariza)	92%	EJECUTADA
Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo LAFT/FPADM - SICOF	En plan de mejoramiento (Lina María Valencia Montenegro)	80%	EJECUTADA
INSPECCIONES	Nacional		OBSERVACIONES
Mejoramiento Continuo Facatativá (Ludin Marcela Benavides)	Ludin Marcela Benavides		Realizar en enero 2025
Mejoramiento Continuo Neiva Abner Lozano (Ludin Marcela Benavides)	Ludin Marcela Benavides		Realizar en enero 2025
Mejoramiento Continuo Neiva Centro (Ludin Marcela Benavides)	Ludin Marcela Benavides		Realizar en enero 2025
Mejoramiento Continuo Tunja (Ludin Marcela Benavides)	Ludin Marcela Benavides		Realizar en enero 2025
Mejoramiento Continuo Florencia (Ludin Marcela Benavides)	Ludin Marcela Benavides		Realizar en enero 2025



Jersalud Boyacá:

Las auditorías programadas y ejecutadas durante el año 2024 se realizaron 61 auditorías divididas de la siguiente forma; 36 mensurales para toma de muestras, lavado de manos y ronda de seguridad; 2 para laboratorio clínico, 1 para ISO 9001:2015; 2 para autoevaluación resolución 3100 de 2019; 1 para autoevaluación resolución 1619 de 2015; en sedes se realizaron 19 auditorías a tomas de muestras.

Hallazgos: fallas en técnica de toma de muestras, falta de análisis de actas de control de calidad interno y externo, fallas en semaforización.

Jersalud Meta: Durante el año 2024 se programaron 52 auditorías internas a procesos, de las cuales no se ejecutaron 3, para un cumplimiento del programa del 94%.

Las auditorías programadas se realizaron en los meses de junio y octubre a las siguientes sedes:

1. Jersalud Villavicencio: Se realizaron 14 auditorías a toma de muestras, laboratorio clínico y POCT.
2. Jersalud Acacias: Se realizaron 8 auditorías a toma de muestra y POCT.
3. Jersalud Puerto López: Se realizaron 8 auditorías a toma de muestra y POCT.
4. Jersalud Puerto Gaitán: Se realizaron 4 auditorías a toma de muestra y POCT.
5. Jersalud San Martín: Se realizaron 7 auditorías a toma de muestra y POCT.
6. Jersalud Granada: Se realizaron 8 auditorías a toma de muestra y POCT.

Los principales hallazgos fueron:

- No se socializa derechos y deberes a los usuarios.
- No cuenta con señalización para casos de emergencias con la ruta establecida.
- No adherencia al uso de EPP.
- Se realiza toma de temperaturas de neveras y ambiente, pero se evidencia formato con campos sin diligenciar (Corrección y fecha de calibración).
- No se diligencia acta de recepción técnica, ni inventario de insumos, reactivos y/o dispositivos médicos. Insumos sin semaforizar.
- Sede Puerto López no cuenta con aire acondicionado, ni tampoco tiene ventilador, lo que hace que la temperatura registrada sea superior a 28°C.
- Los consentimientos informados de toma de muestras de ninguna sede se están cargando en historia clínica de paciente.
- Gestionar con Gerencia la consecución de los programas de control de calidad externo que hacen falta como coagulación y glucómetros.
- Realizar validación secundaria equipo CL1000, Uryliser Pro 100, MicroScan, BFT II.

Medifaca:

Durante el año 2024 se programaron 57 auditorías internas a procesos, de las cuales se reprogramaron 2, para un cumplimiento del programa del 97%.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en mayo del 2024 con resultado del 92%.
2. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 99%.
3. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 97%.
4. Supervisión de Toma de Muestras: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 98%.

www.laboratoriosmiomed.com



5. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimensual, con resultado promedio de 95%.
6. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95%.
7. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en agosto del 2024 con resultado del 97%
8. ISO 9001:2015: Se realizó una en octubre del 2024 con resultado del 96%.
9. Servicio Transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95%.
10. Envío de muestras a laboratorio de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 91%.
11. Envío de muestras a laboratorio de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 91%.
12. Consentimientos VIH: Se realizaron 4, con frecuencia trimestral, con resultado promedio de 92%.

Principales hallazgos encontrados:

- Documentación desactualizada para IPS Medifaca.
- Falta realizar verificación de FilmArray y Vitek 2.
- No adherencia al uso obligatorio de EPP.
- No conocen las políticas y la plataforma estratégica de la organización (personal nuevo).
- Por alta rotación de personal no se cuenta con certificado de manejo de equipos de las profesionales de bacteriología por la casa comercial para todos los equipos.
- Las pruebas de eventos de interés en salud pública no tienen verificación del método.
- La entidad no cuenta con estudio de vulnerabilidad.
- Se cuenta con formato para el registro de hemocomponentes, pero se evidencian errores y omisión de información. No se cuenta con software de hemocomponentes.
- No se realiza identificación y seguimiento a pacientes politransfundidos (cuando en la sumatoria de los diferentes componentes transfundidos superan las veinte unidades).
- No se evidencia información relacionada a novedades presentadas por las muestras de parte de laboratorio de referencia (Colcan, Synlab y ADL).
- Los hallazgos de consentimientos de HIV corresponden a falta de diligenciamiento de campos por parte del médico que diligencia.

Medilaser Tunja: Las auditorias programadas y ejecutadas durante el año 2024 fueron 52 de los cuales se clasificaron de la siguiente forma: 36 para rondas mensuales en toma de muestras, lavado de manos y rondas de seguridad; trazabilidad de ensayos 1; Laboratorio clínico: 3; Autoevaluación resolución 3100 de 2019: 1; Servicio pre transfusional 3; Resolución 1619 de 2015: 3; Envío de muestras: 2; Evaluación consentimiento informado VIH: 2; Iso 9001-2015: 1.

Hallazgos: fallas en técnica de toma de muestras, falta de actas de análisis de control de calidad interno y externo, fallas en semaforización de reactivos, fallas en infraestructura.

Medilaser Neiva Centro:

Durante el año 2024 se programaron 52 auditorías internas a procesos, de las cuales se reprogramaron 2, para un cumplimiento del programa del 96%.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en mayo del 2024 con resultado del 100%
 2. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 96%.
 3. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 92%.
- Hallazgos:

www.laboratoriosmiomed.com



4. Supervisión de Toma de Muestras: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 96%.
5. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimestral, con resultado promedio de 97%.
6. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95%.
7. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en septiembre del 2024 con resultado del 97%
8. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en septiembre del 2024 con resultado del 97%
9. Servicio Pre transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95%.
10. Envío de muestras a laboratorios de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio del 100%.
11. Consentimientos VIH: Se realizaron 1 con resultado promedio de 91%.
12. Verificación condiciones de recepción técnico - administrativa de insumos, reactivos y dispositivos médicos del área de almacén MIOMED

Los principales hallazgos fueron los siguientes:

- Poca adherencia a las medidas de Bioseguridad.
- Desconocimiento de la plataforma estratégica de la organización.
- Falta de actas de análisis de control de calidad interno y externo.
- Auxiliares de toma de muestras olvidan promulgar los deberes y derechos de los usuarios.
- Gestión documental "PGIRASA" pendiente por actualizar
- Falla en el reporte oportuno de datos críticos.
- Falla en los procesos de recepción técnico – administrativas, almacenamiento, distribución y devolución de insumos y reactivos.

Medilaser Neiva Abner Lozano:

Las Auditorías programas para el año de 2024 fueron las siguientes:

Durante el año 2024 se programaron 49 auditorías internas a procesos, de las cuales se reprogramaron 2, para un cumplimiento del programa del 96%.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en mayo del 2024 con resultado del 100%.
2. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 98%.
3. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 95%.
4. Supervisión de Toma de Muestras: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 97%.
5. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimensual, con resultado promedio de 91%.
6. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 92%.
7. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en septiembre del 2024 con resultado del 97%
8. ISO 9001:2015: Se realizó una en noviembre del 2024 con resultado del 96%.
9. Servicio Transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 89%.
10. Envío de muestras a laboratorio de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 100%.
11. Consentimientos VIH: Se realizaron 3, con frecuencia trimestral, con resultado promedio de 88%.
12. Verificación condiciones de recepción técnico - administrativa de insumos, reactivos y dispositivos médicos del área de almacén MIOMED, con un resultado de 40%

Hallazgos:

www.laboratoriosmiomed.com



- Poca adherencia a las medidas de Bioseguridad.
- Falla en el transporte de muestras.
- Desconocimiento de la plataforma estratégica de la organización.
- Falta de actas de análisis de control de calidad interno y externo.
- Auxiliares de toma de muestras olvidan promulgar los deberes y derechos de los usuarios.
- Gestión documental "PGIRASA" pendiente por actualizar
- Falla en el reporte oportuno de datos críticos.
- Falla en los procesos de recepción técnico – administrativas, almacenamiento, distribución y devolución de insumos y reactivos.

Medilaser Neiva Myriam Parra:

En el año 2024 en el mes de noviembre y diciembre se programaron 6 auditorías internas a procesos, para un cumplimiento del 100%.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en noviembre del 2024 con resultado del 92%
2. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 2, una mensual, con resultado promedio de 97%.
3. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 2, una mensual, con resultado promedio de 99%.
4. Supervisión de Toma de Muestras: Se realizó 1, una en el mes de diciembre, con resultado promedio de 99%.

Principales hallazgos:

- Personal de los servicios de apoyo no cuenta formación en manejo de las pruebas POCT.
- Falta control de calidad interno y externo para glucómetros de IPS.
- No se cuenta con control externo está en adquisición para el año 2025
- Validación de resultados y control de Calidad Interno y Externo.
- No se cuenta con documento de suficiencia de equipos biomédicos.
- No se realiza recepción técnica de consumibles.
- Reforzar que el lugar de trabajo debe estar limpio y ordenado, normas de bioseguridad. Las auxiliares del laboratorio clínico desconocen el medio de reporte de eventos adversos, en la sede calidad está implementando la capacitación por personal nuevo y apertura de sede.
- Falta de destreza en la técnica en el tiempo de duración. Orden de los cinco momentos de lavado de manos.
- Reforzar normas de bioseguridad.

Medilaser Florencia:

Durante el año 2024 se programaron 89 auditorías internas a procesos, de las cuales se realizaron en las siguientes frecuencias: mensuales: 72, bimensual: 6, semestral: 6, anuales: 5, para un cumplimiento del programa del 97%.

Las auditorías realizadas fueron:

Lavado de manos: Se realizaron 12, con frecuencia mensual con un promedio global de 97%.

Rondas de seguridad: Se realizaron 12, con frecuencia mensual con un promedio global de 96%.

Supervisión toma de muestra hospitalaria: Se realizaron 12, con frecuencia mensual con un promedio global de 94.3%.

www.laboratoriosmiomed.com



Supervisión toma de muestra urgencias: Se realizaron 12, una mensual con un promedio global de 96%.

Supervisión toma de muestra ambulatoria: Se realizaron 12, con frecuencia mensual con un promedio global de 98.5%. **Hallazgos:**

Transporte de muestras del Laboratorio Clínico: Se realizaron 12, con frecuencia mensual con un promedio global de 97%.

Verificación de Laboratorio Clínico Intrahospitalario: Se realizaron 6, de manera bimensual con un promedio global de 90%.

Trazabilidad de ensayos: Se realizaron 2, con frecuencia semestral con un promedio global de 92.5%.

Servicio Pretransfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral con un promedio global de 91.7%.

Envío de muestras al Laboratorio de Referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral con un promedio global de 100%.

Resolución 1619 del 2015: Se realizó 1, con frecuencia anual con un promedio global de 98%

Autoevaluación Resolución 3100 del 2019: Se realizó 1, con frecuencia anual con un promedio global de 90.3%.

ISO 9001:2015: Se realizó 1, con frecuencia anual con un promedio global de 62.5%.

Estándares bioseguridad – biocustodia (BBB): Se realizó 1, con frecuencia anual con un promedio global de 60.7%.

Los principales hallazgos fueron los siguientes:

Falla en algunos pasos en la técnica de lavado de manos y en los cinco momentos de lavado de manos. Trabajadores no portan las monogafas.

La auxiliar no realiza la explicación del procedimiento para la toma de la muestra. Incumpliendo con el Manual de normas y técnicas de toma y manejo de muestras.

Se evidencia que no realiza la correcta limpieza del área a puncionar, repisa el área ya desinfectada, de acuerdo a lo estipulado en el manual de toma de muestras.

No da la indicación de no doblar el codo.

Se evidencia que el auxiliar no cumple con la presentación personal, porta medias de color gris

El auxiliar realiza el saludo corporativo correspondiente, no realiza socialización al usuario los derechos y deberes.

Se evidencia que la auxiliar no utiliza el torniquete usa un guante.

No conoce la plataforma estratégica de Miomed.

No se evidencia completo el registro en el software de control de calidad interno.

No se evidencia la guía rápida del microscopio y de la pipeta automática del área de Microbiología y Servicio Pre transfusional.

se evidencia que algunos críticos no son reportados por nota administrativa. Se realiza nuevamente la socialización de la realización de la nota administrativa para toma de decisiones médicas.

La auxiliar de laboratorio clínico no conserva y transporta las muestras en nevera en refrigeración de 2° a 8 °C, llevándolas al laboratorio en el menor tiempo posible teniendo en cuenta las indicaciones

Está pendiente definir la periodicidad con la casa comercial.

Se evidencia que está pendiente por capacitación en manejo y mantenimiento en VITEK 2 a los Profesionales de Bacteriología.

No se evidencia señalizadas las áreas de Servicio Pretransfusional.

No se evidencia descongelador de plasma propio de Servicio pretransfusional, en el momento que se llega a requerir se hace uso del descongelador de la IPS se encuentra en la UCI 4 PISO.

No se realiza este tipo de pruebas, cabe aclarar que si se requiere estas pruebas se envían al Banco Proveedor FUNDACION HEMATOLOGICA COLOMBIANA.

Se cuentan con dos neveras en el área de servicio Pretransfusional exclusivas para el transporte de hemocomponentes a las unidades cerradas, se evidencia que la Jefe de turno de Hospitalización B, llega por hemocomponentes la nevera no cuenta con las pilas congeladas y el termómetro de la

www.laboratoriosmiomed.com



nevera está dañado, no se cumple con la cadena de frío para el transporte de los hemocomponentes.

Se evidencia auditoría, listas de chequeo e informe de auditoría. a FARMAQUIRURGICOS a laboratorio Miomed con fecha de informe del 27 de febrero 2024

con un cumplimiento del 96%

Se evidencia auditoría, listas de chequeo e informe de auditoría. a Análisis y Diagnóstico en Laboratorio ADL Gestión pre analítica, analítica y post analítica con fecha de informe del 07 de marzo 2024

con un cumplimiento del 100%

Transporte de muestras biológicas Aliquality SAS con fecha de informe del 30 de septiembre 2024 con un cumplimiento del 94%.

Se realizó Verificación en el cumplimiento de los criterios establecidos por políticas institucionales y criterios técnicos de calidad en el en el procesamiento y reporte de exámenes por el proveedor COLCAN Gestión analítica y post analítica con fecha de informe del 01 de octubre 2024

con un cumplimiento del 94%.

No se cuenta con validación secundaria o verificación.

No se cuenta con ventanilla para la entrega de hemocomponentes.

Miomed IPS SAS:

Durante el año 2024 se programaron 24 auditorías internas a procesos, para un cumplimiento del programa del 99%.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 99%.
Hallazgos:

- Reforzar normas de bioseguridad.

2. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 99%.
Hallazgos:

- Conoce la técnica y la aplica correctamente, pero hay desconocimiento al tercer momento de los cinco momentos de lavado de manos.

3.2.2 Auditoría a Proveedores (Nacional)



Fuente del Dato: Power BI

www.laboratoriosmiomed.com



Durante el año 2024 se programaron 25 auditorías a proveedor, de las cuales se ejecutaron 21, para un cumplimiento del programa del 84%.

Las auditorías programadas corresponden a los siguientes proveedores:

PROVEEDOR	RESPONSABLE	FECHA DE REALIZACIÓN	RESULTADO	HALLAZGO
FARMAQUIRURGICO S S.A.S.	MARÍA DEL PILAR PEÑA	27/02/2024	96%	1. En oportunidad en la entrega: No se cumple con el indicador de gestión, ya que está sujeto a temas de cartera con el proveedor. 2. En calidad: No se realizan evaluaciones a proveedor.
ALIQUALITY	JESICA ALEJANDRA CHAVEZ	30-sep-24	94%	1. El proceso de entrega de muestras ha desmejorado desde hace dos meses, por lo cual se requiere acciones de mejora. 2. No cuenta con certificados de calidad, cuenta con informe de auditoría en calidad.
ANNAR	MARÍA DEL PILAR PEÑA - FARMAQX	26/01/2024	100%	N.A.
SMART BUSSINES	MARÍA DEL PILAR PEÑA	6/11/2024	100%	N.A.
ZONA MÉDICA	ANGELA MARIA GUTIERREZ	8/08/2024	95%	
INCINERADOS DEL HUILA S.A. E.S.P.	ANGELA MARIA GUTIERREZ HEIDY CALDERON QUIMBAYA	4/12/2024	90%	
DESCONT	ANGELA MARIA GUTIERREZ HEIDY CALDERON QUIMBAYA	27/12/2024	100%	
MICROCOLSA	SARA SANDOVAL (CLARA ISABEL CORTES)	4/12/2024	87%	1. No cuenta con programa de capacitaciones dirigida a los clientes. 2. No cuenta con certificaciones otorgadas por organismos autorizados. 3. No cuentan con planes de mejoramiento internos que evidencien oportunidades de mejora de los procesos. 4. Al no contar con planes de mejora, no se realiza seguimiento de estos.
ORBIOFFICE LTADA	JAIRO ANDRES MEJIA	En ejecución		



MEDICALDEVICES	RAFAEL CORREA	En ejecución		
SERVIEXPRESS	MARÍA DEL PILAR PEÑA	15/11/2024	98%	1. No cuenta con registro de temperaturas de nevera
DOTACIONES FENIX	ANGELA MARIA GUTIERREZ DIANA BARRERA	31/07/2024	93%	
ÍNDIGO	JAIRO ANDRES MEJIA	En ejecución		
CALZADO GIORGIO	ANGELA MARIA GUTIERREZ	29/07/2024	94%	
SULFAMEDIC	YURANI GARCIA	26/08/2024	96%	1. Se debe de mejorar los tiempos de traslados a las sedes.
SIEMENS	MARÍA DEL PILAR PEÑA - FARMAQX	CERRADA		Proveedor NO permite el desarrollo de la auditoría a proveedor
ALDIR FARMACEUTICA	MARÍA DEL PILAR PEÑA - FARMAQX	27/12/2023	100%	
BIOMERIEUX	MARÍA DEL PILAR PEÑA - FARMAQX	27/09/2024	100%	
LABORATORIO ADL	MARÍA DEL PILAR PEÑA	7/03/2024	100%	
IMAN SEGURIDAD	CLARA ISABEL CORTES	15/06/2024	100%	
MARTHA C ROJAS Y CIA SAS	CLARA ISABEL CORTES	10/09/2024	100%	
SERVICHART	ANGELA MARIA GUTIERREZ	31/07/2024	98%	
SYNLAB	MARÍA DEL PILAR PEÑA	14/11/2024	100%	
SERVICIOS Y SOLUCIONES DE IMPRESIONES SAS	JAIRO ANDRES MEJIA	En ejecución		
COLCAN	MARÍA DEL PILAR PEÑA	1/10/2024	94%	No realizan seguimiento a planes de mejora

3.3 1.1 Auditorías Externas Realizadas

SUCURSAL	ENTES QUE REALIZA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	TEMAS TRATADOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	HALLAZGOS RELEVANTES
Medifaca	Visita de Asistencia Técnica de LSPC	10-04-2024	Verificación de procesos para el diagnóstico de ETV (Malaria, Leishmania y Chagas agudo)	No aplica	Discordancia en el diagnóstico de Malaria relacionado con la identificación de especie y recuento parasitario.
Medifaca	Pre visita de habilitación	Del 6 al 10 de mayo 2024	Verificación de estándares de Habilitación Resolución 3100 del 2019	No aplica.	Actualización documental para Medilaser Sucursal Facatativá Incluir glucómetros y pruebas rápidas para ITS

www.laboratoriosmiomed.com



					de IPS en Manual POCT y Manual de control de calidad interno y externo.
Medifaca	Pre visita de habilitación	Del 16 al 19 de julio de 2024	Verificación de estándares de Habilitación Resolución 3100 del 2019	No aplica.	Sin hallazgos, quedaron compromisos: • No reenvasar el alcohol, debido a que este es un medicamento y le aplica todo el tema de farmacovigilancia, para esto se recomienda el uso de toallas antisépticas o incluir frascos pequeños de alcohol. • Agregar en el Manual de POCT y Manual de Control de Calidad Interno y Externo del laboratorio todas las pruebas POCT de la institución, inclusive las pruebas para enfermedades infecciosas del Kit de violencia sexual ubicado en el servicio de urgencias
Medifaca	Visita de Asistencia Técnica de LSPC	20-12-2024	Socializar y verificar funcionamiento de los programas de viruela símica, virus respiratorios y Bordetella.	No aplica	• No se cuenta con informe de verificación para FilmArray. • Actualizar frecuentemente las pruebas realizadas en RELAB
Jersalud Boyacá	Secretaria de salud departamental de Boyacá.	6-11-2024	Inspección vigilancia y control procesos de laboratorio clínico.	100%	Sin hallazgos.
Miomed IPS SAS	Auditoría externa contratada por la organización	Marzo 2024	Verificación de la ISO 15189 para acreditación.	33%	Plan de mejoramiento ISO 15189 #39 con 46 actividades en ejecución, hallazgos en gestión documental.
Miomed IPS SAS	Visita de Asistencia Técnica de SSD	20-10-2024	Verificación de procesos de lineamiento de tamizaje neonatal.	No aplica	Sin hallazgos. Compromiso: mitigar la rotación de personal en el área de TZN para así lograr continuidad del programa.
Medilaser Neiva - Centro	Visita asistencia técnica a los Laboratorio de la Red del Departamento del Huila en los eventos de interés de Salud Pública: Tuberculosis y Lepra	09-08-2024	Verificación Programa de Tuberculosis y Lepra LBSP	100%	Recomendación: emitir y socializar una circular desde la dirección médica con los algoritmos diagnósticos de la Resolución 227 de 2020, haciendo énfasis en los grupos poblacionales de riesgo como son: Menores de 15 años, Inmunosuprimidos, poblaciones vulnerables (habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, grupos étnicos y privados de la libertad). Por parte de profesionales de

www.laboratoriosmiomed.com



					Epidemiología de la Clínica Medilaser sede Centro.
Medilaser Neiva - Centro	Participación de auditoría externa programa por Clínica Medilaser para obtener certificación en Buenas prácticas clínicas ante el INVIMA.	02-10-2014	Certificación de Buenas prácticas clínicas INVIMA	N.A	Ninguna.
Medilaser Neiva – Abner Lozano	Clínica Medilaser	15-05-2024	Gestión de la tecnología (equipos biomédicos)	52%	El incumplimiento, es atribuible a que, no cuentan con diversos procesos que exigen los criterios de la gestión de la tecnología identificando los que presentan mayor déficit de cumplimiento como la gestión de las necesidades tecnológicas, evaluación y selección de tecnologías, adquisición de tecnologías, uso y seguridad de las tecnologías y renovación y/o reposición de las tecnologías.
Medilaser Florencia	Clínica Medilaser – Área Ambiental.	18-03-2024	Manejo seguro e integral de residuos hospitalarios y aplicación de procesos de limpieza y desinfección.	92%	No se presentaron hallazgos. Recomendaciones: Adherencia y aplicación de los lineamientos establecidos en el MAF-032 MD Manual de limpieza y desinfección.
Medilaser Florencia	Red de Prestadores por parte de EPS Sanitas a Clínica Medilaser.	2 y 3 de abril del 2024	Se evaluarán los siguientes componentes: Enfoque por tipo de prestación, de servicios.	82.3%	Hallazgos: Consentimientos informados sin firma de profesional.
Medilaser Florencia	Clínica Medilaser – Área Ambiental.	25 y 25 de junio 2024	Manual de Limpieza y Desinfección en la Clínica Medilaser S.A.S	90%	Se observó que las puertas de la unidad y las ventanas están con suciedad en la parte superior.
Medilaser Florencia	Clínica Medilaser - Área Calidad.	18 y 19 de julio 2024	Adherencia del manual de transporte, conservación y remisión de muestra de clínica Medilaser S.A.S. Sucursal Florencia	88%	No hubo hallazgos. Recomendaciones: • Ejecutar el formato F-DT-1231 MD Formato Control de Envío de Muestras a Laboratorio de Referencia. • Realizar la calibración del termómetro para medir la temperatura de la nevera de transporte. • Solicitar las novedades presentadas con las muestras a todos los laboratorios externos con el fin de tomar los correctivos



					hacer seguimiento al proceso y plantear acciones en caso de ser necesario.
Medilaser Florencia	Clínica Medilaser – Área Ambiental.	20/08/2024	Manejo seguro e integral de residuos hospitalarios y aplicación de procesos de limpieza y desinfección.	100%	Recomendaciones: Se recomienda escalar el caso a la Dirección Nacional de infraestructura y mantenimiento la novedad relacionada con el espacio que se requiere para el cuarto de almacenamiento intermedio de residuos hospitalarios en el Laboratorio Clínico. El Laboratorio Clínico debe garantizar que las muestras de orinas vertidas al desagüe vayan inactivadas de posibles microorganismos.
Medilaser Florencia	Secretaria de Salud Departamental.	21 al 25 de Octubre 2024	Resolución 3100 del 2019. Manual de inscripción de prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.	No se evidencia en el informe.	No se presentaron hallazgos ni recomendaciones.
Medilaser Florencia	Laboratorio de Salud Pública.	10/12/2024	Herramienta de verificación de estándares de calidad Resolución 1619 del 2015	77.3%	Hallazgos: Se encuentran hallazgos en los estándares de organización y gestión, Talento Humano, Infraestructura y dotación y bioseguridad y gestión de residuos, se inicia implementación de plan de mejora para subsanar hallazgos encontrados.
Jersalud Meta Sede Villavicencio	Secretaria de Salud Departamental del Meta.	17/07/2024	Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud de la Resolución 3100 de 2019.	No aplica.	Hallazgos: Se encuentran hallazgos por parte del área de biomédica, plan de mejora en ejecución, pendiente realizar avances.
Jersalud Meta Sede Villavicencio	Visita de Asistencia Técnica de Laboratorio de Salud Pública Meta.	22/07/2024	Asistencia Técnica de Laboratorio de Salud Pública Meta Hepatitis y Dengue.	No aplica.	Hallazgos: No se encuentran hallazgos, quedan observaciones ya fueron subsanadas.
Jersalud Meta Sede Villavicencio	Laboratorio de Salud Pública.	01/11/2024	Asistencia técnica de Chagas - Leishmania	No Aplica	Hallazgos: -Anexar al manual de microscopia Lineamientos de atención clínica integral para Leishmania en Colombia 2023 y para Chagas 2022. - Capacitación obligatoria en Eventos de Interés de Salud Pública, por Profesional de Bacteriología pendiente.



Jersalud Meta Sede San Martin	Secretaria de Salud Departamental del Meta.	06/11/2024	-Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud de la Resolución 3100 de 2019 -Ruta de Dengue	No Aplica	Hallazgos: -Relación de equipos biomédicos sin el dato de registro sanitario y riesgo.
Jersalud Meta Sede Villavicencio	Laboratorio de Salud Pública.	22/11/2024	Asistencia Técnica de Tuberculosis y Lepra.	No aplica	Hallazgos: -Pendiente frasco tapa roja boca ancha. -Pendiente ordenamiento de perfil completo para sintomático respiratorio.
Jersalud Meta Sede Villavicencio.	Laboratorio de Salud Pública.	26/11/2024	Asistencia Técnica de Malaria.	No aplica.	Hallazgos: -Actualizar formato de control de temperatura humedad relativa y cadena de frío conservando el dato primario.

Fuente del Dato: Informes de auditorías externas

Medilaser Tunja: se recibieron 6 auditorías externas durante el año 2024.

1. Auditoria de clínica Medilaser 29-05-2024 cumplimiento 94%.
2. Auditoria Gestión ambiental abril 2024 cumplimiento 95%.
3. Auditoria del banco de sangre hospital san Rafael realizada en septiembre 2024 se generaron 3 hallazgos relacionados con recepción de hemocomponentes.
4. Visita seguimiento a área de microbiología por parte de INS Realizada en septiembre de 2024, cumplimiento de 100%
5. Auditoria al modelo de mejoramiento continuo: enero 2024 92% cumplimiento; Julio 2024 100%.

Medilaser Neiva Abner Lozano: En el año 2024 se recibió 1 auditoría externa.

Medilaser Neiva Myriam Parra: En el mes de diciembre no se recibieron auditorías externas.

Jersalud Meta: En el año 2024 se recibieron 6 auditorías externas.

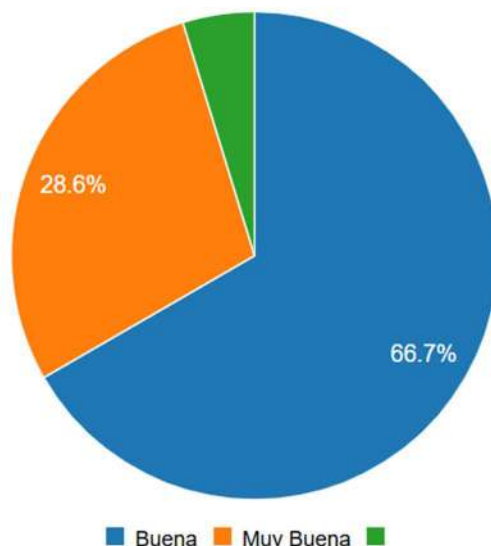
Medilaser Florencia: Durante el año 2024 se recibieron 7 auditorías externas.

Medifaca: Durante el año 2024 se recibieron 4 auditorías externas, dos visitas de asistencia técnica y dos visitas de pre habilitación.

3.3.1 Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos

PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES CORPORATIVOS (%)



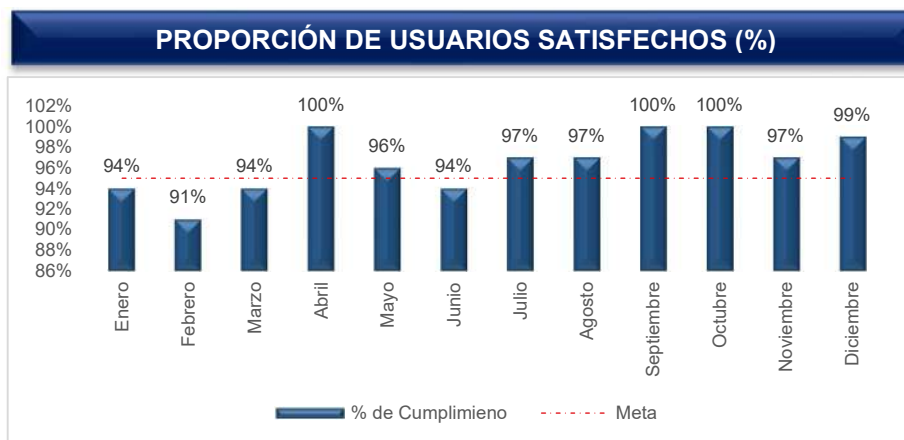


Fuente del Dato: Encuesta de cliente corporativo

Análisis: Para el segundo semestre de 2024 se presenta un porcentaje de satisfacción de clientes corporativos del 95,3% frente a un porcentaje en el año 2023 del 75%, aumentando la percepción del servicio en 20,3%, los clientes evaluados corresponden a Jersalud Boyacá y Meta, así como Medilaser Neiva, Florencia y Tunja, y Facatativá. Dentro de las oportunidades de mejora relacionadas se encuentra: Mejorar adherencia a procesos seguros, garantizar personal para servicios ambulatorios, mejorar tiempo de entrega de resultados, mejorar tiempos de atención en ventanilla, mejorar la integración con las áreas de las IPS, oportunidad en la recolección de muestras.

3.4 Satisfacción de usuarios

3.4.1 Jersalud Boyacá



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

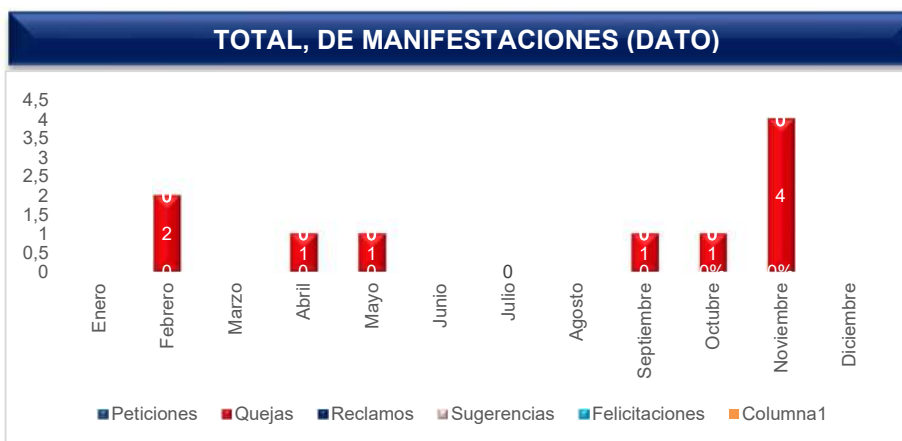
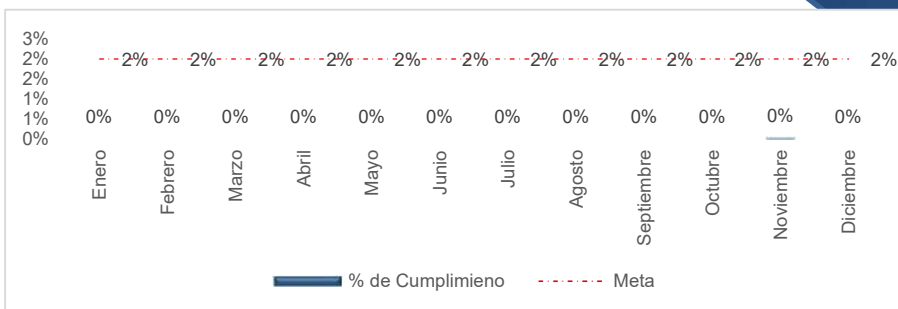
Análisis: El resultado del indicador Proporción de Satisfacción Global de los usuarios - Jersalud Boyacá durante el año 2024 obtuvo un promedio de 97% dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a >95%. Se observa una tendencia positiva y estable del indicador en lo corrido del año.

PQRSF



www.laboratoriosmiomed.com

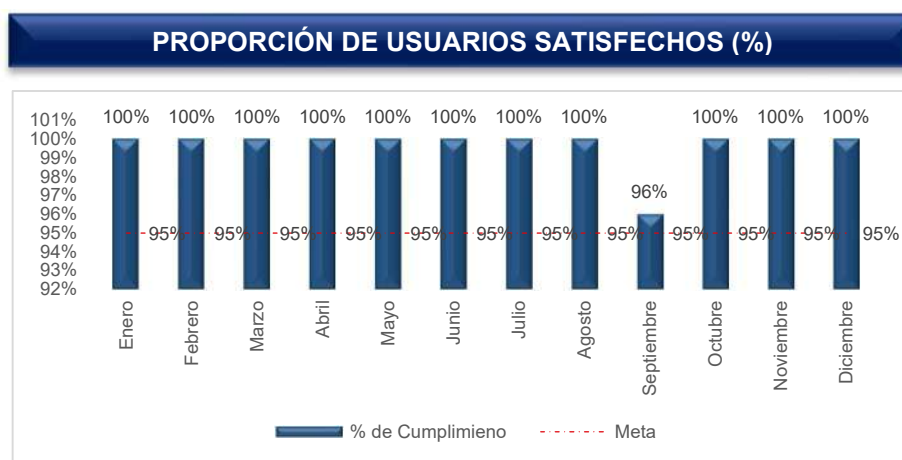




Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el año 2024 se recibieron 11 manifestaciones asociadas a Quejas en las cuales se relacionan los siguientes motivos: Falta disponibilidad de agenda día sábado, Demora en atención en toma de muestras, Demora en entrega de resultados, Falla en atención por auxiliar de laboratorio.

3.4.2 Jersalud Meta



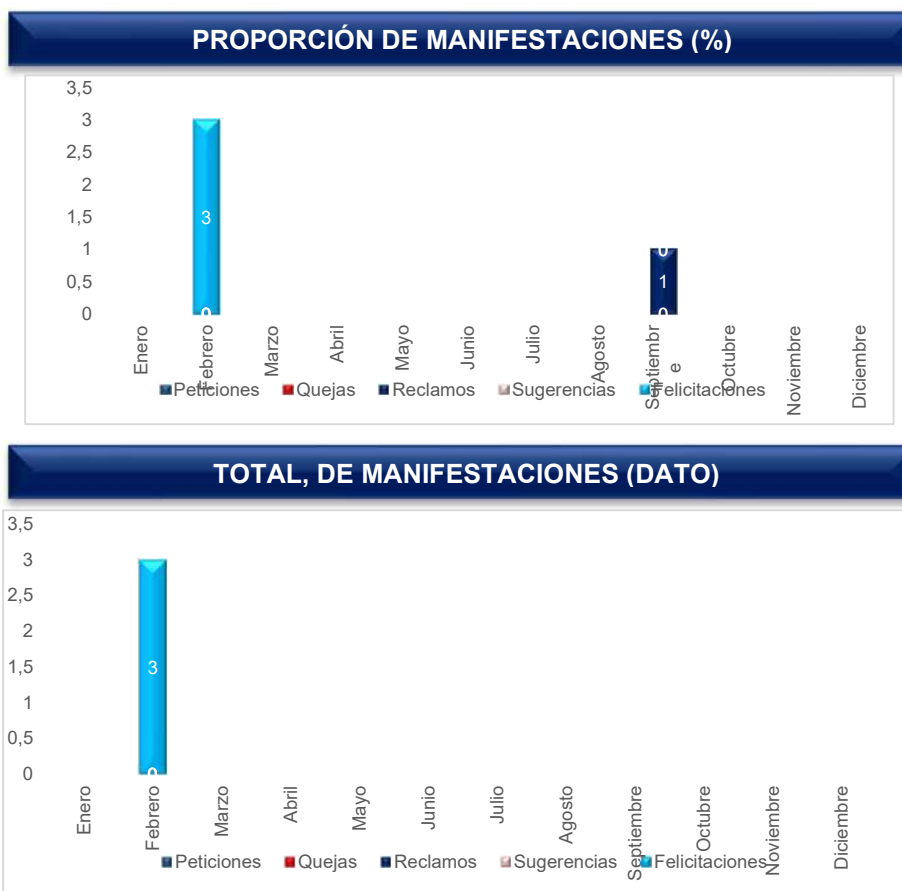
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el año 2024 se obtuvo un porcentaje de 100% en satisfacción de usuario, en total se encuestaron 571 usuarios de los cuales 358 calificaron la atención Muy Buena con un promedio 29.8%, 211 calificaron la atención buena con un promedio 17.5%, regular 1 con promedio de 0.08%, malo 1 con promedio 0.08%, muy malo 0 con promedio de 0%.

www.laboratoriosmiomed.com



3.4.2.1 PQRSF



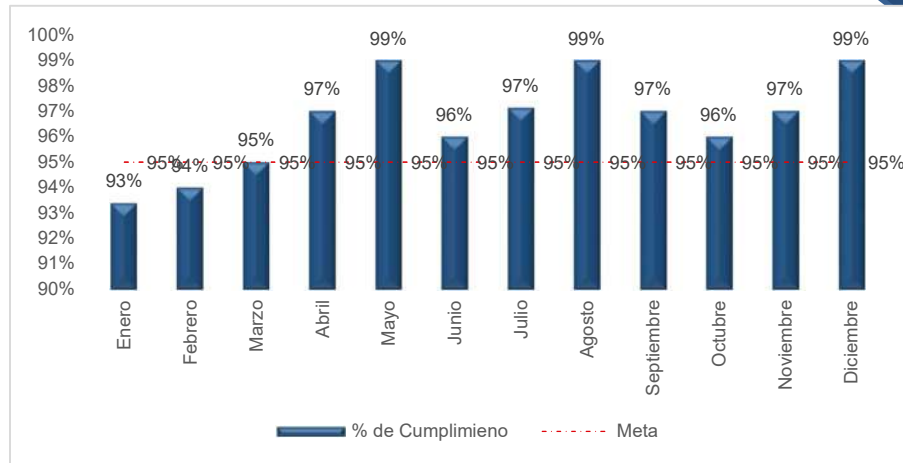
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis:

Durante el año 2024 se recibieron 3 PQRS, quedando el indicador en el 0% con cumplimiento, debido a que la meta es < 2%, con un promedio de 0.25%, estas estuvieron relacionadas con examen no ofertado y disponibilidad de insumo para la toma de muestra, prueba no pactada en el portafolio entre FOMAG y Jersalud, demora en la atención del servicio.

3.4.3 Medifaca

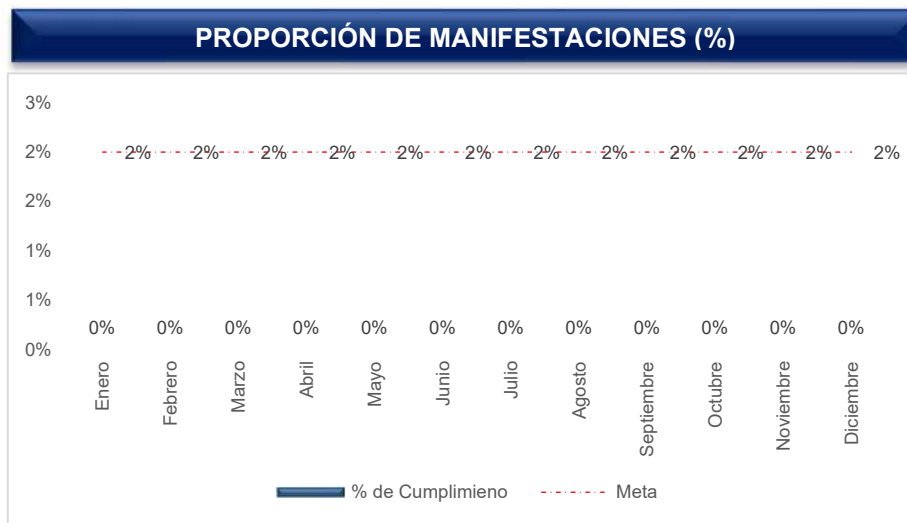




Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Medifaca- SharePoint

Análisis: El resultado del indicador Proporción de usuarios satisfechos fue del 97% para el año 2024, con cumplimiento de meta, la cual es de 95%.

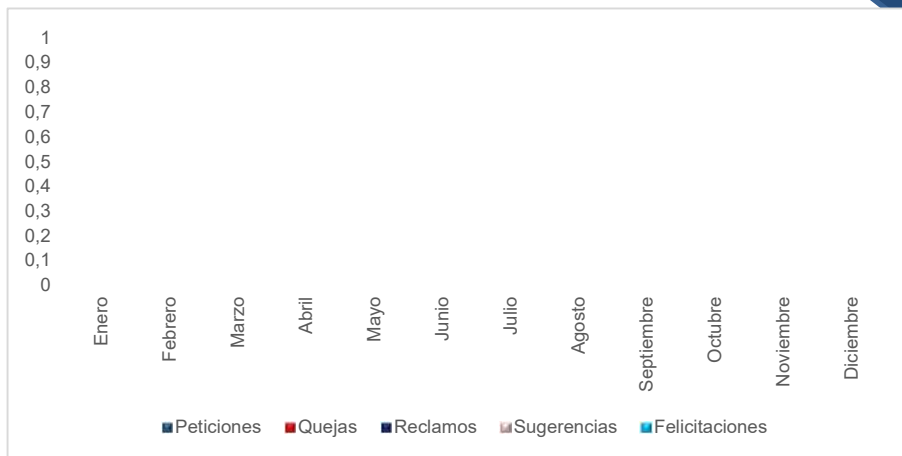
3.4.3.1 PQRSF



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Medifaca- SharePoint

Análisis: El resultado del indicador Proporción de manifestaciones durante el año 2024 quedo en 0% con cumplimiento, debido a que la meta es < 2%. No se presentaron manifestaciones durante todo el año.

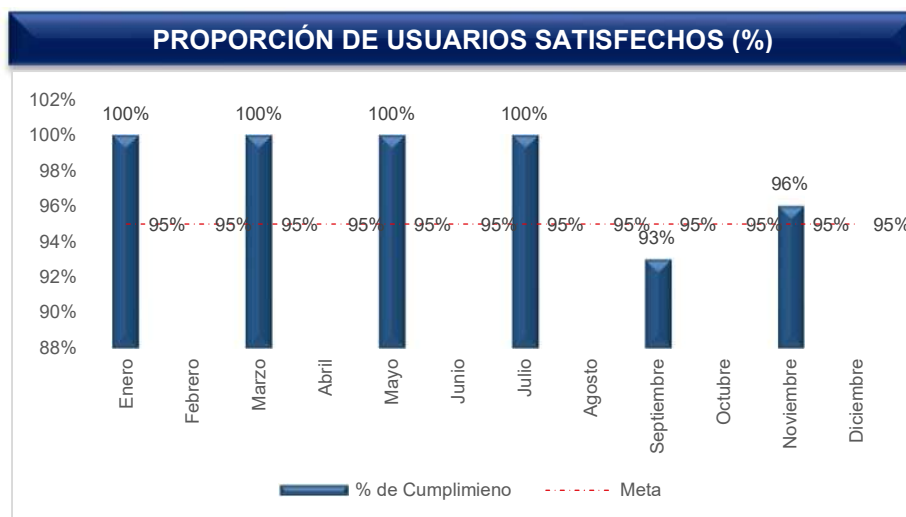




Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Medifaca- SharePoint

Análisis: Durante el año 2024 no se presentaron peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y tampoco felicitaciones.

3.4.4 Medilaser Florencia

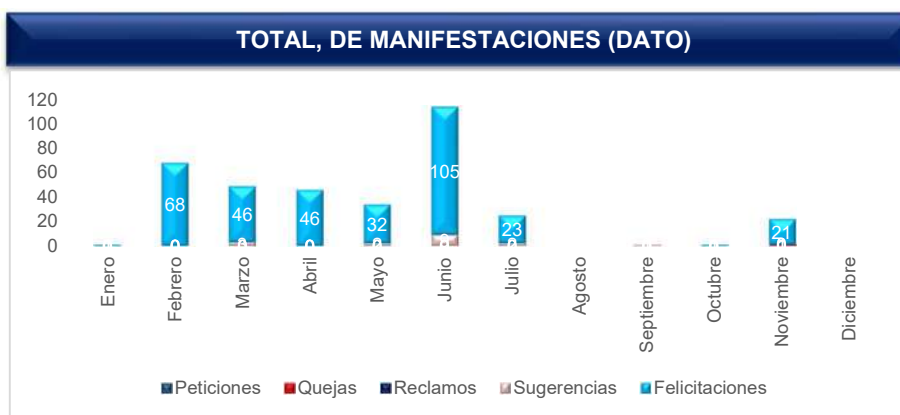
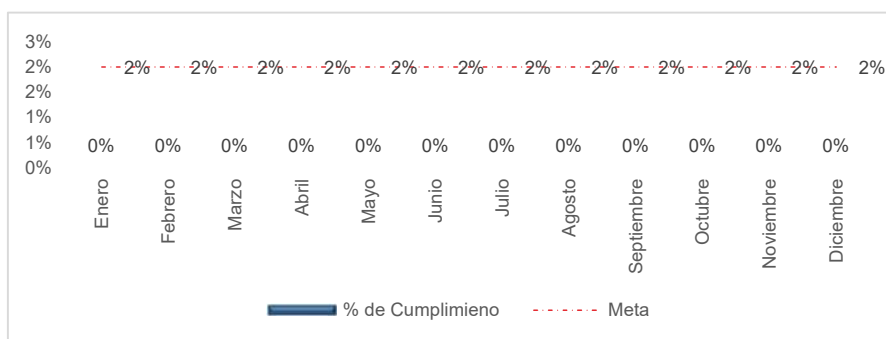


Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Miomed- SharePoint

Análisis: Durante el 2024 la encuesta de satisfacción tuvo un promedio del 98%, esta se realiza de manera bimensual por parte del área de SIAU de la clínica, presentando cumplimiento a la meta establecida.

3.4.4.1 PQRSF

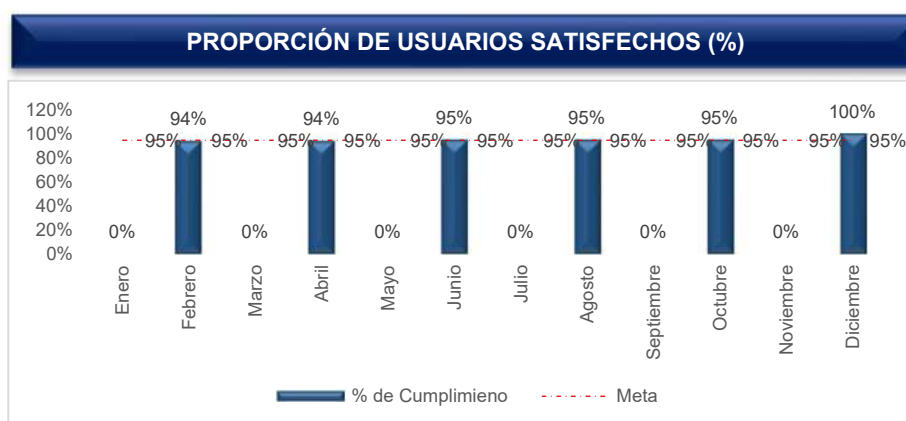




Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Miomed- SharePoint

Análisis: Durante el año 2024 se recibieron 18 PQRS, presentando un promedio global de 1.5%, estas estuvieron asociadas a usuaria en su mayoría en demoras en la atención de los usuarios en línea de frente y en el proceso de la toma de muestra por la alta demanda de usuarios e inconformidad por el comportamiento actitudinal por parte de los funcionarios del Laboratorio Clínico con palabras no adecuadas la información es suministrada por el área de SIAU de la clínica.

3.4.5 Medilaser Carrera 7



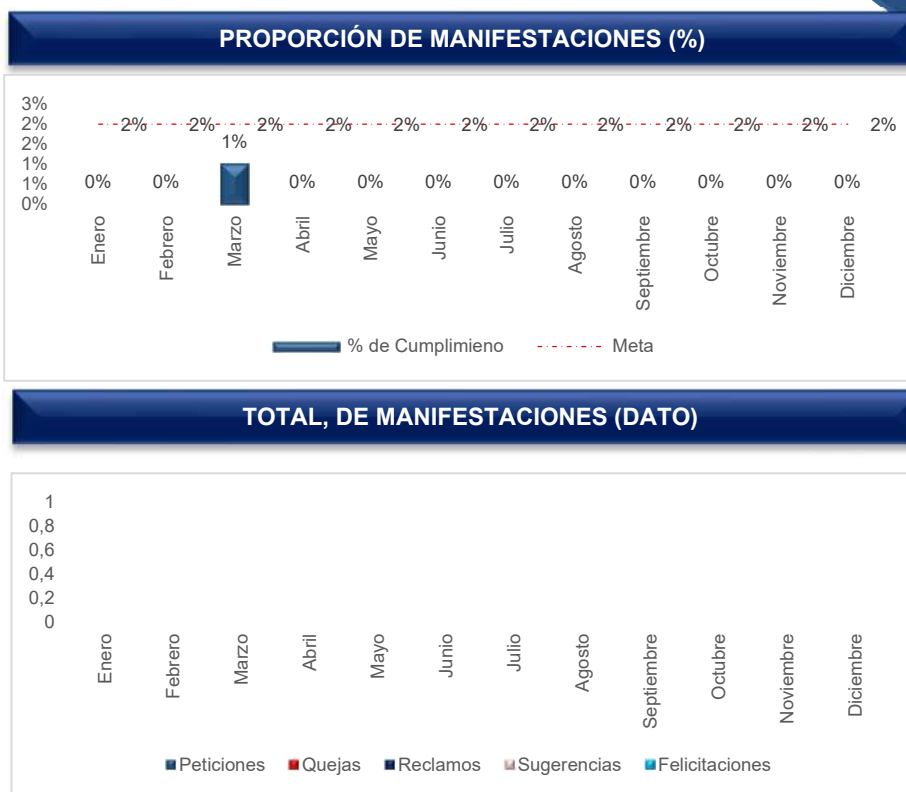
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: El resultado del indicador Proporción de usuarios satisfechos fue del 100% para el año 2024, atribuible a que solo se presentó 1 queja en el mes de octubre del año 2024.

www.laboratoriosmiomed.com

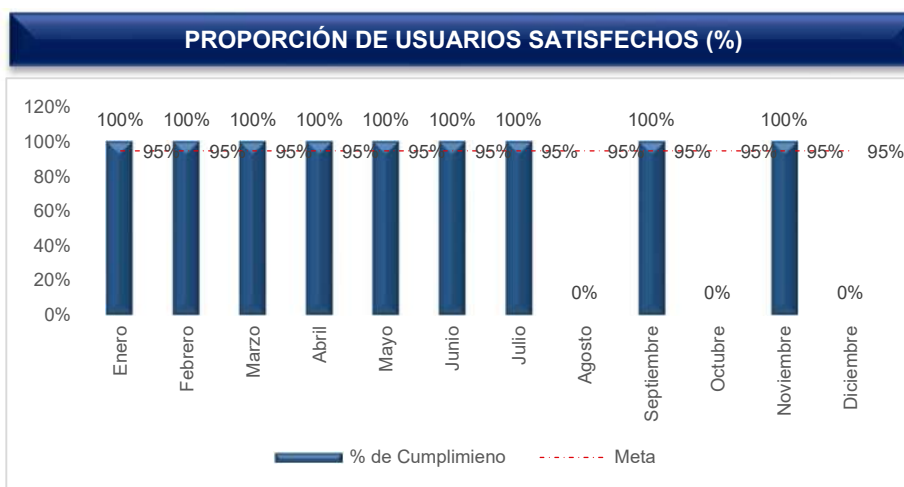


3.4.5.1 PQRSF



Análisis: Durante el año 2024 se presentó solo 1 manifestación referente a petición relacionada con el laboratorio clínico sede carrera séptima.

3.4.6 Medilaser Tunja

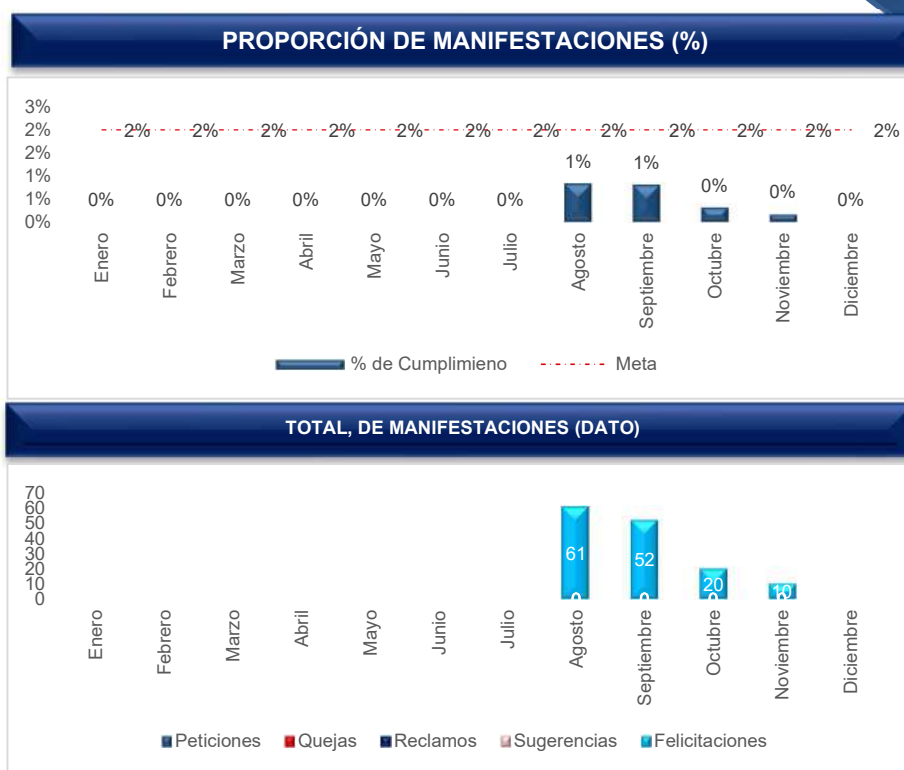


Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el año 2024 se obtuvo un 100% de cumplimiento en la encuesta de satisfacción de usuarios en sede Medilaser Tunja, a partir del segundo semestre se ejecutó la encuesta de forma bimensual, de acuerdo a datos obtenidos se evidencia la necesidad de mejorar en socialización de derechos y deberes.



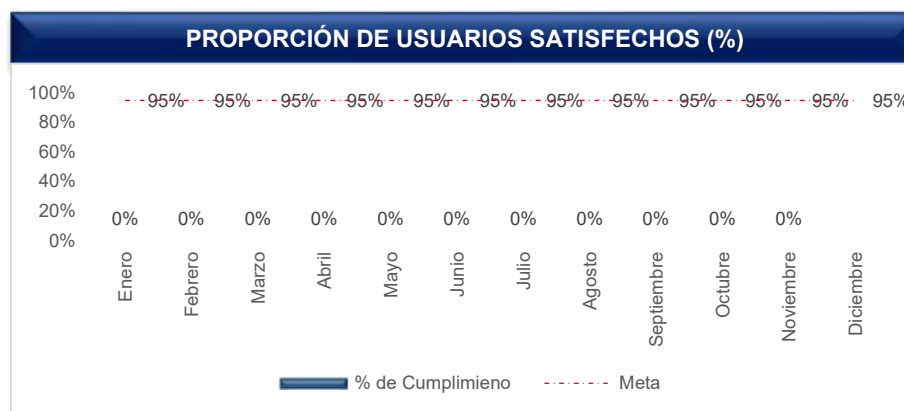
PQRSF



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el año 2024 se recibieron 143 manifestaciones asociadas a felicitaciones, estas fueron recibidas por parte de usuarios atendidos en consulta externa en sede Medilaser Tunja.

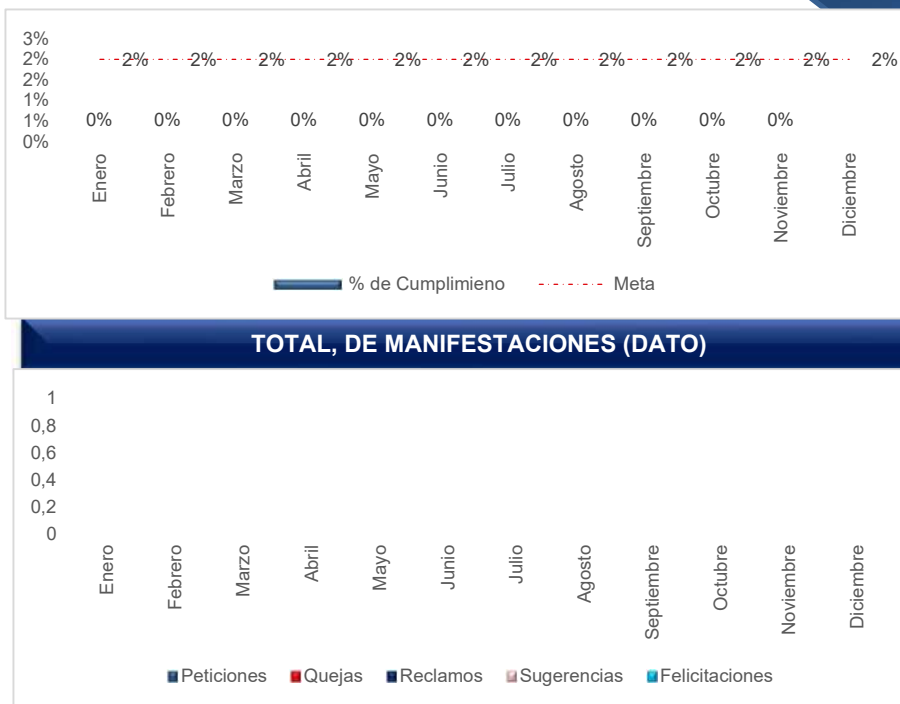
3.4.7 Medilaser Myriam Parra



Análisis: La encuesta de satisfacción la realiza clínica Medilaser de manera bimestral, se realiza la encuesta en el mes de diciembre, pero a nivel general de la clínica Myriam Parra ya que se presta el servicio a nivel intrahospitalario y no hay atención ambulatoria en el laboratorio solo consulta prioritaria que podría generar duplicidad en el dato.

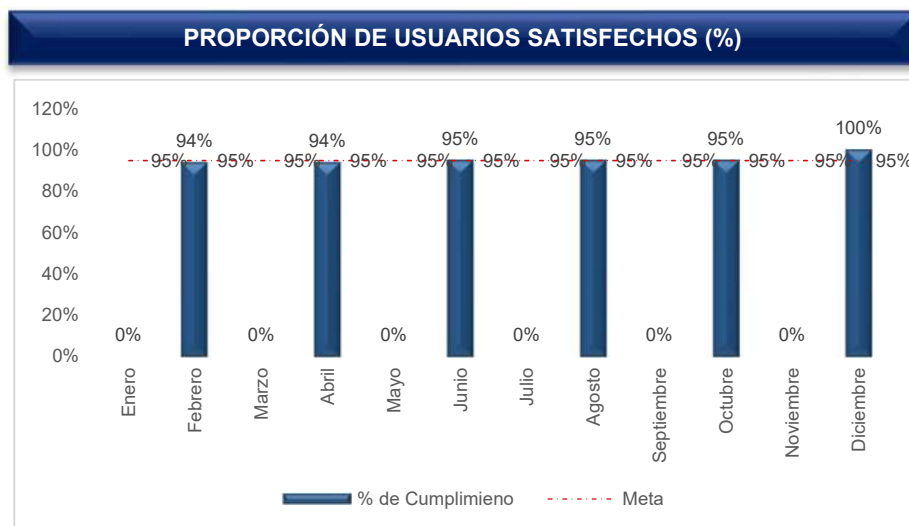
3.4.7.1 PQRSF





Análisis: Durante el Mes de Diciembre de 2024 No se recibió manifestaciones dirigidas a laboratorio clínico en sede Medilaser Myriam Parra.

3.4.8 Medilaser Abner Lozano

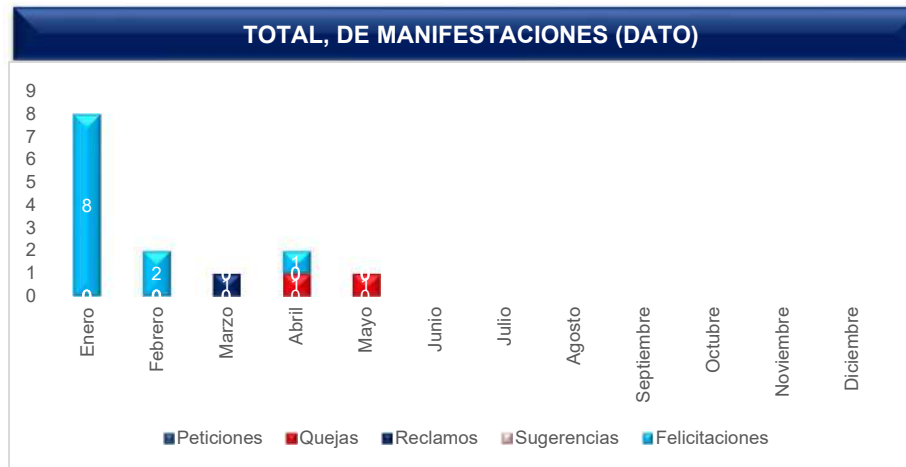
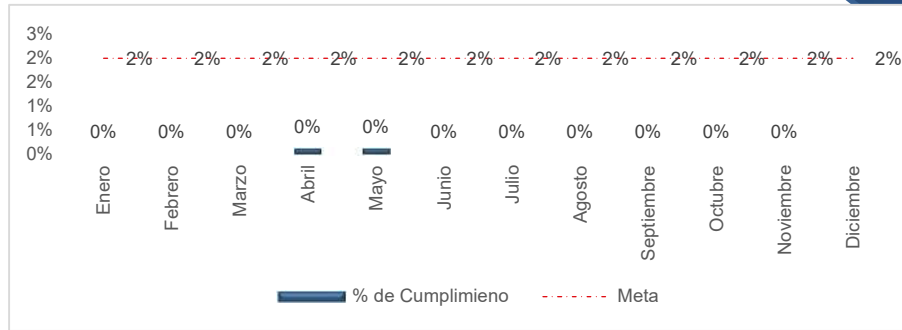


Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el mes de diciembre, la proporción de satisfacción al usuario fue del 100%.

3.4.8.1 PQRSF





Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el año 2024 se recibió en total 11 felicitaciones, 1 reclamo y 2 quejas. Siendo estas recepcionadas por el área de SIAU de la clínica.

3.5 Seguridad del paciente

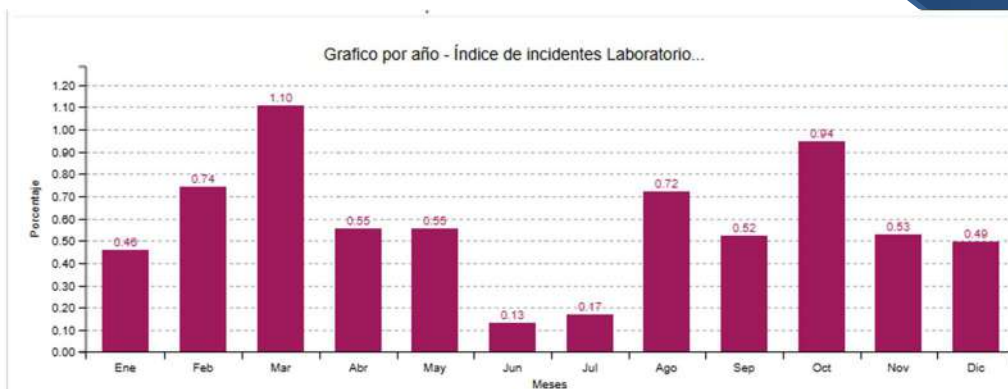
3.5.1 Proporción de Eventos Adversos e Incidentes

3.5.1.1 Jersalud Boyacá



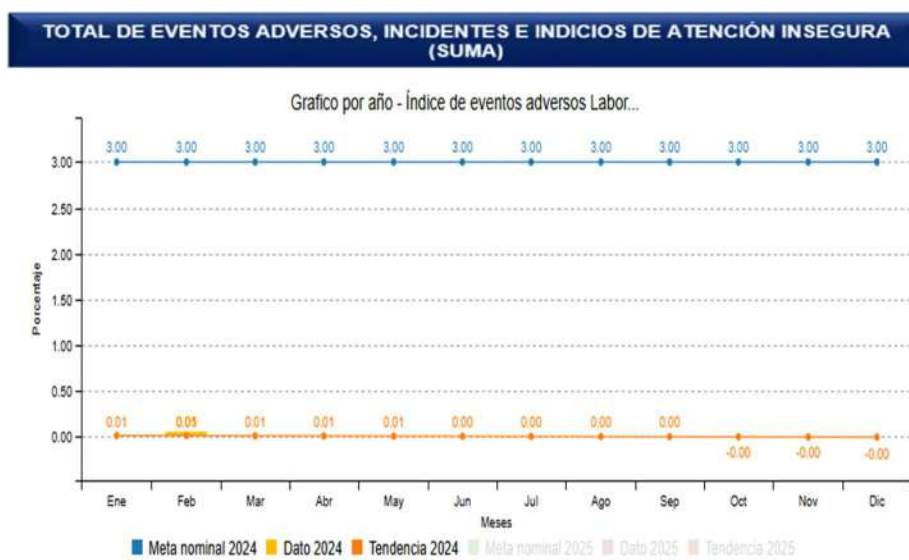
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de Calidad Miomed- SharePoint





En el año 2024 se reportaron 259 Incidentes en todas las sucursales de Boyacá lo que corresponde a un promedio de 0,58% dato que se encuentra por debajo de la meta establecida del 2%; dentro de los reportes recibidos se relacionan muestras no aptas para procesamiento como insuficientes, coaguladas, plasmas con fibrina o solicitudes para confirmar resultados, en el transcurso del año se generaron las respectivas acciones correctivas en el momento de presentarse las fallas.

3.5.2 Jersalud Meta

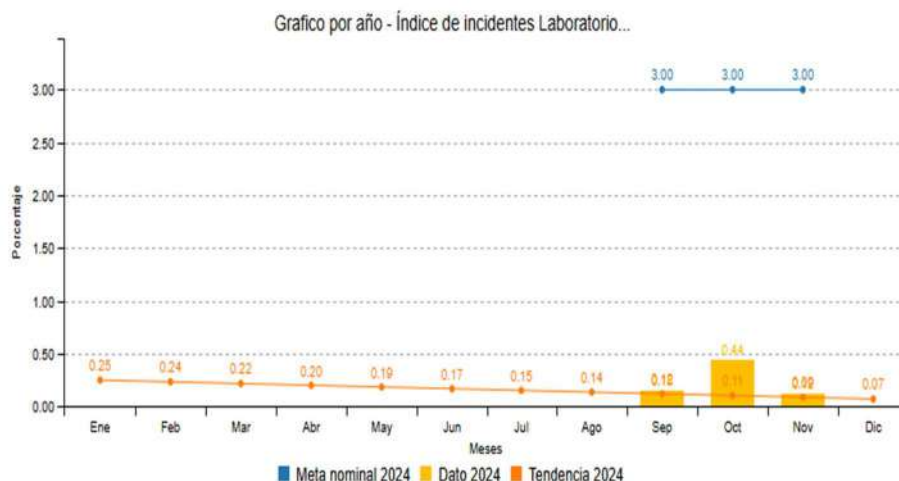


Fuente del Dato: Daruma – Jersalud Meta.

Análisis: Durante el año 2024 se presentaron 2 eventos adversos en Sucursal Jersalud Meta, presentado un promedio global de 0.01%, estos estuvieron relacionados con la administración de una carga de glucosa a usuaia y por falta de confirmación redundante de datos demográficos en toma de muestra.



TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES E INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA (SUMA)



Fuente del Dato: Daruma – Jersalud Meta.

Análisis: Durante el año 2024 se reportaron 160 Incidentes en todas las sedes de Jersalud Meta; presentando un promedio de 0.24%; en su mayoría estuvieron asociados a doble punción, para el mes de diciembre se presentaron los siguientes:

Sede	Cantidad	Incidentes
Villavicencio.	13	- Doble punción: 5. - Muestra en tubo no adecuado: 2. - Muestra hemolizada: 1. - Muestra Insuficiente: 1 (muestra insuficiente de esputo por Laboratorio de Referencia). - Otros: 4. - Omisión en el ingreso de la prueba triglicéridos en la plataforma. - Se informa tipo de muestra rectal como muestra vaginal. - No se tomó hemoglobina glicosilada. - No se tomó muestra para Vitamina D 25.
Granada.	0	
Acacias	0	
Puerto López.	2	- Otros: - No se tomaron muestras. - Muestra Frotis de Sangre Periférica mal tomada.
Puerto Gaitán.	0	
San Martín.	0	
TOTAL	15	

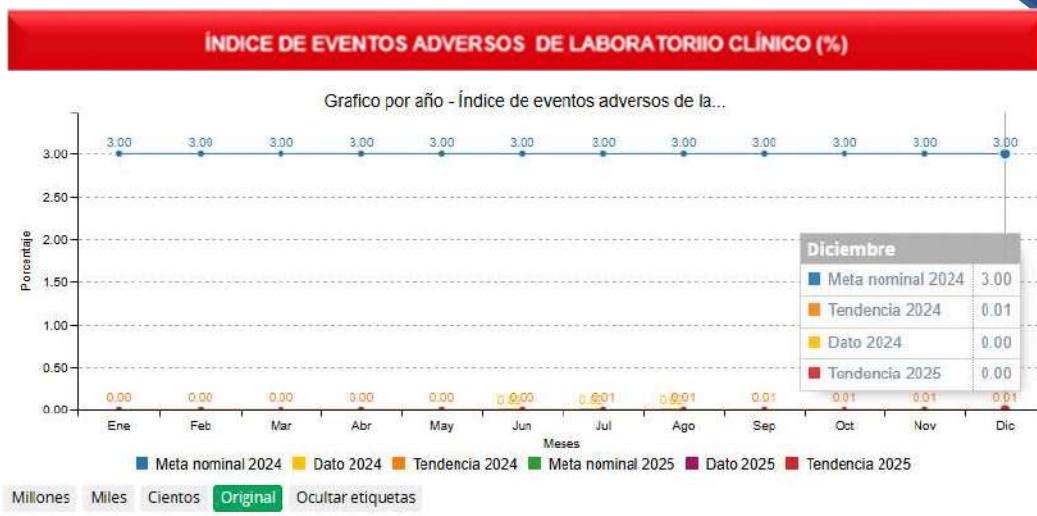
Fuente: Elaboración propia.

Se realizará retroalimentación en grupo primario de laboratorio clínico de la importancia del reporte y la implementación de nuevas estrategias para subsanarlos.

www.laboratoriosmiomed.com

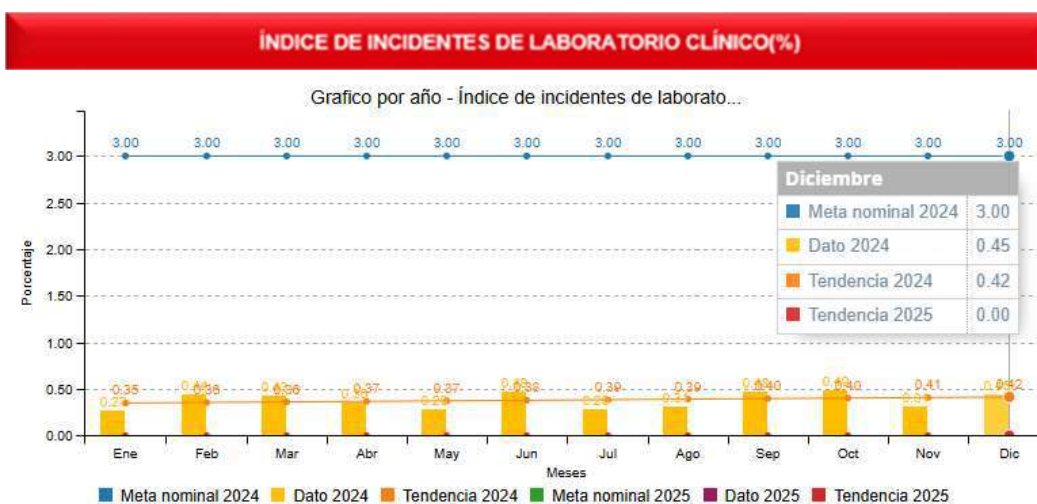


3.5.3 Medifaca



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de Calidad Miomed- Daruma

Análisis: El resultado del indicador Índice de eventos adversos de laboratorio clínico para el año 2024 fue de 0,0, atribuible a que en todo el año se presentaron un total de 3 eventos adversos relacionados con reacciones post transfusionales.



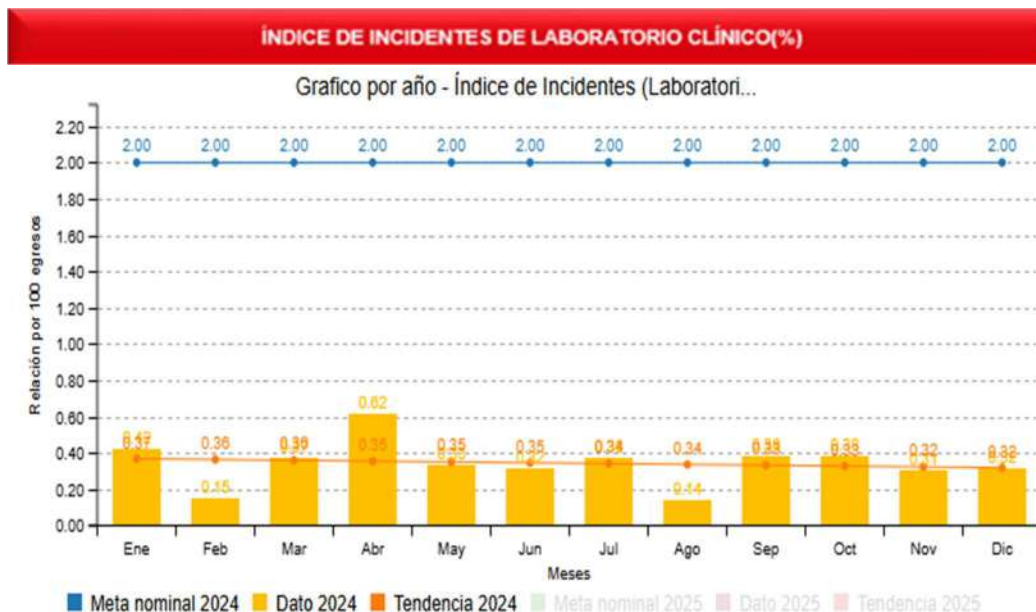
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de Calidad Miomed- Daruma

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Índice de Incidentes (Laboratorio Clínico), para el año 2024 fue de 0,45 estando dentro de la meta establecida que corresponde a 2 puntos porcentuales. El resultado del indicador es atribuible a que se presentaron un total de 225 incidentes en el Laboratorio clínico, relacionados con: Inoportunidad de procedimiento asistencial, Inoportunidad o no realización de la ayuda diagnóstica, ejecución inadecuada del procedimiento y fallas en el registro de historia clínica.



3.5.4 Medilaser Florencia

ÍNDICE DE INCIDENTES LABORATORIO CLÍNICO.



Fuente del Dato: Daruma Medilaser

Análisis:

Durante el año 2024 se presentaron 88 incidentes, presentando un promedio de 0.34%, estos estuvieron asociados en su mayoría por inoportunidad en la entrega de hemocomponentes, no se evidencia reporte de examen ordenado, inoportunidad en la entrega de insumos para recolección de orina, no se evidencia nota administrativa ante resultado crítico (gases arteriales) e inoportunidad en cargue de reporte de examen (cultivo) a la historia clínica, se realiza acercamiento y socialización con el personal, se toman acciones correctivas inmediatas para mitigar los reportes y mejorar los procesos del Laboratorio Clínico.

PROPORCIÓN DE EVENTOS POR REACCIONES TRANSFUSIONALES



Fuente del Dato: Daruma Medilaser

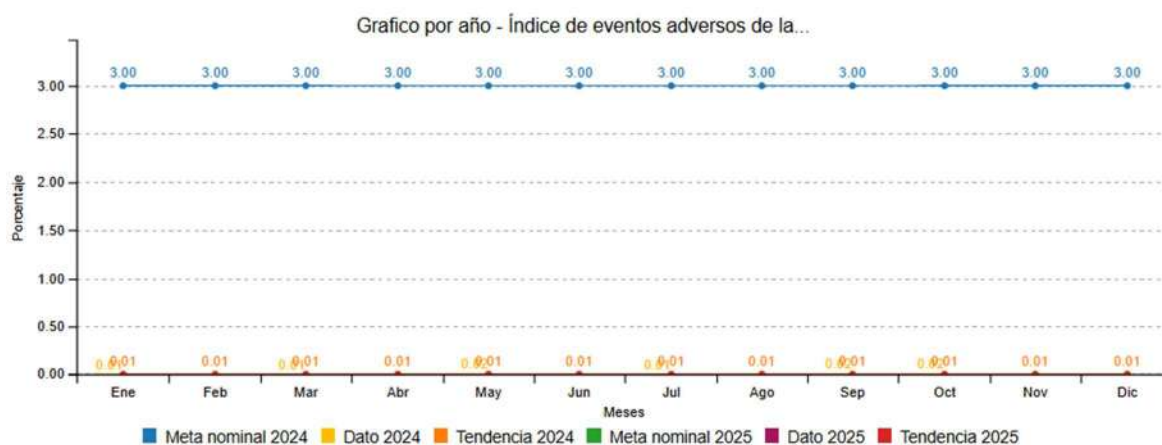


Análisis:

Durante el año 2024 se presentaron 3 eventos adversos, presentando un promedio de 0.06%, estos estuvieron asociados a las reacciones adversas a la transfusión. Cabe aclarar que este indicador puede variar según las condiciones de los pacientes, lo cual lo hace poco controlable desde nuestro servicio.

3.5.5 Medilaser Carrera 7

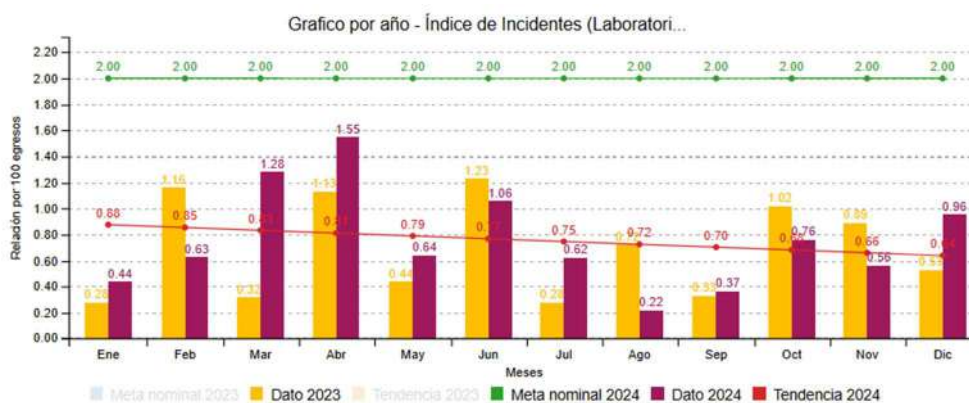
INDICE DE EVENTOS ADVERSOS DE LABORATORIO - MEDILASER CRA 7MA



Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores

Análisis: El resultado del indicador Índice de eventos adversos de laboratorio clínico Medilaser Cra 7ma, para el año 2024 fue de 0,005, atribuible a que en todo el año se presentaron un total de 9 eventos adversos relacionados con reacciones post transfusionales y 1 caso por extravasación de vena en el servicio de urgencias pediátricas.

ÍNDICE DE INCIDENTES LABORATORIO CLÍNICO NEIVA



Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores

Análisis:

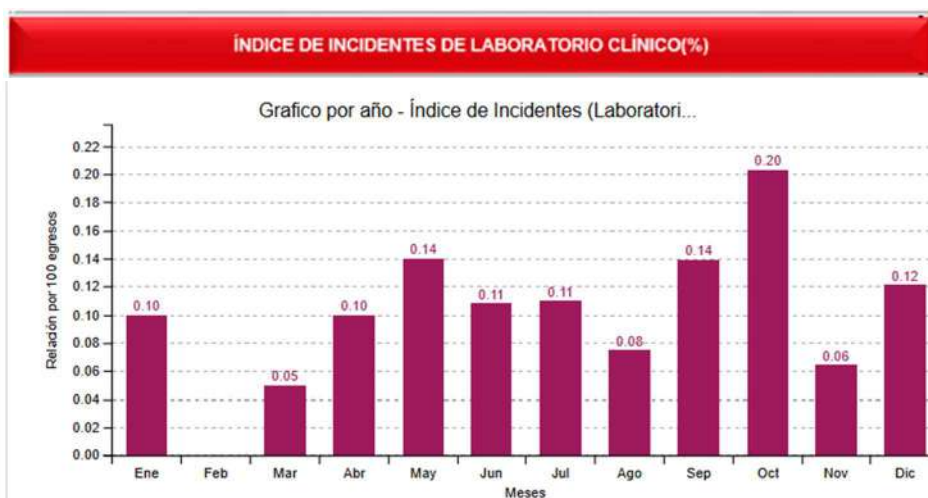
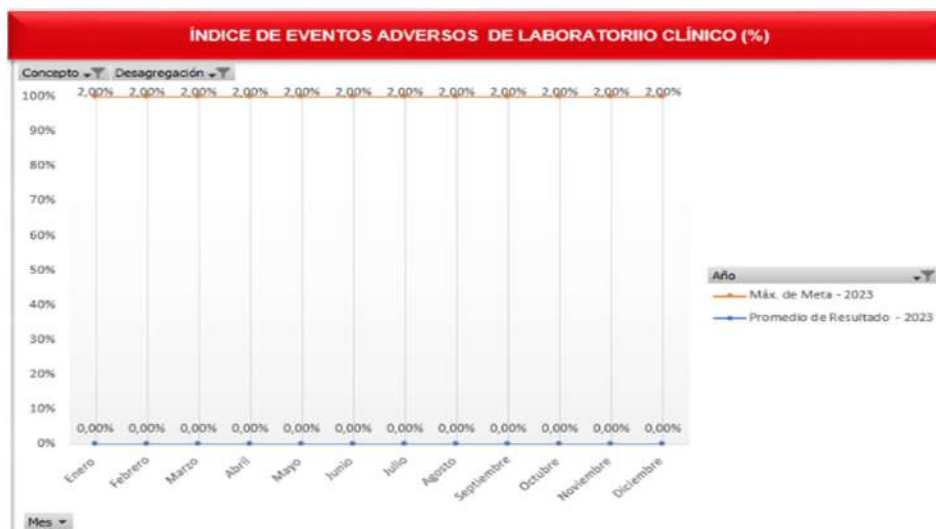
El resultado obtenido para el indicador Índice de Incidentes (Laboratorio Clínico) NEIVA, para el año 2024 fue de 0,75 estando dentro de la meta establecida que corresponde a 2 puntos porcentuales. Es resultado del indicador es atribuible a que se presentaron un total de 173 incidentes en el Laboratorio clínico,

www.laboratoriosmiomed.com



relacionados con: Inoportunidad o no realización de procedimiento asistencial, Inoportunidad o no realización de la ayuda diagnóstica, ejecución inadecuada del procedimiento y fallas en el registro de historia clínica.

3.5.6 Medilaser Tunja



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de Calidad Miomed- SharePoint

Análisis:

Durante el año 2024 se reportaron 77 incidentes en sede Medilaser Tunja lo que corresponde a un índice promedio de 0,10; dato que se encuentra dentro de la meta establecida correspondiente a 2; dentro de los incidentes reportados se encuentran: Demora en recolección de muestras, demora en entrega de resultados, fallas de equipos, falta de insumo y/o reactivos, fallas en comunicación, entre otros. En todos los casos se realizó revisión y verificación de lo sucedido y se establecieron acciones correctivas y preventivas necesarias.



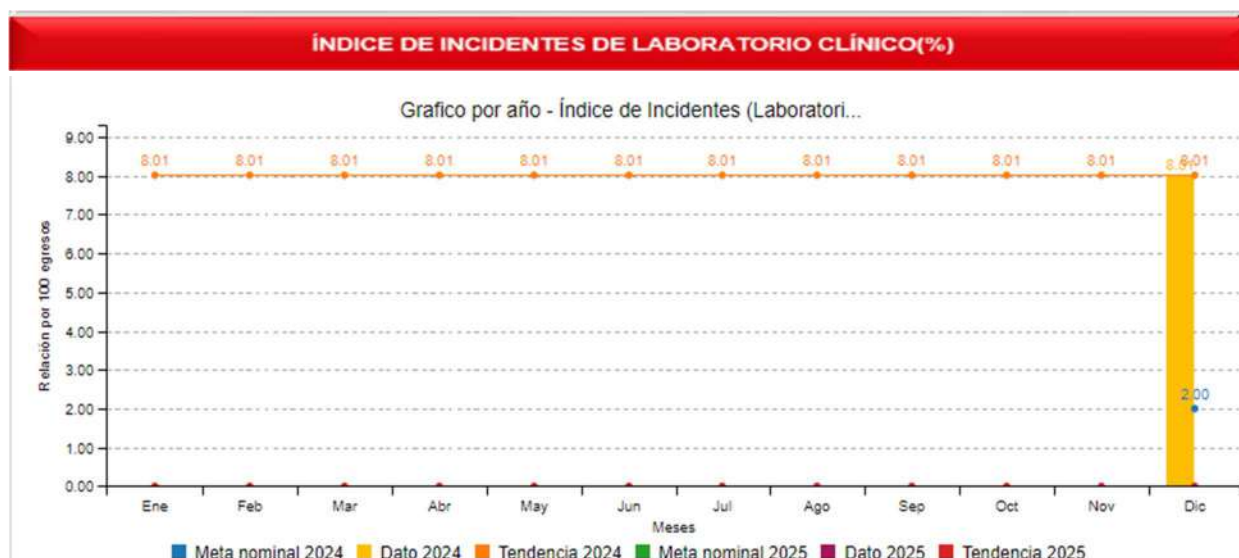
3.5.7 Medilaser Myriam Parra

INDICE DE EVENTOS ADVERSOS LABORATORIO CLINICO MYRIAM PARRA



Análisis:

El resultado obtenido para El indicador de índice de eventos adversos de laboratorio clínico- Myriam Parra en el mes Diciembre es de 0%, el resultado es atribuible a que no se presentaron y reportaron eventos adversos en la sede.



Análisis:

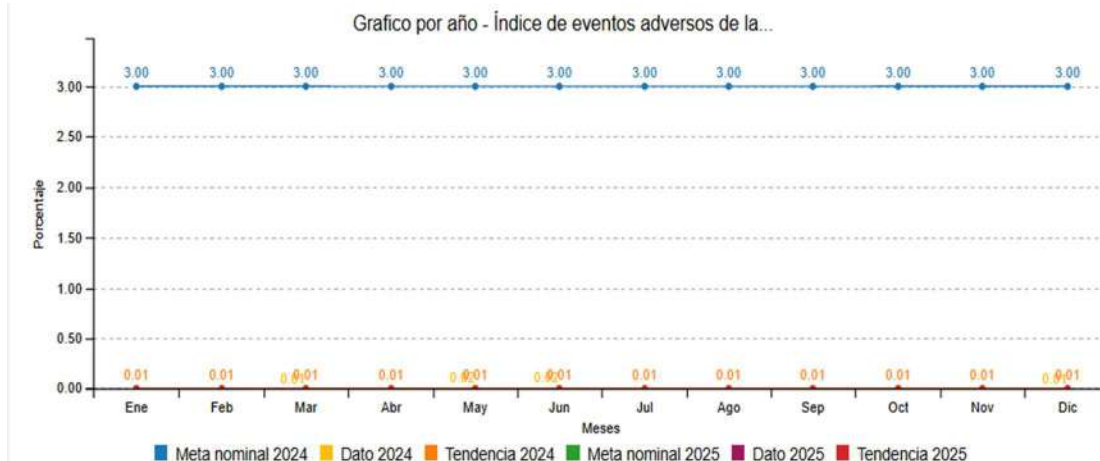
En el mes de diciembre en el indicador de índice de incidentes del laboratorio clínico sede Myriam Parra es de 8, por encima de la meta establecida de 2, para el mes evaluado se presentaron 2 muestras con error en la marcación y 46 muestras no aptas para procesamiento (25 muestras coaguladas, 14 muestras insuficientes y 7 hemolizadas), el resultado alcanzado se debe a que se tiene falencia para realizar una fase preanalítica adecuada por parte del personal que apoya el proceso en los diferentes servicios, por tanto se considera necesario el seguimiento a la fase preanalítica, retroalimentación en la correcta técnica de toma de muestras y vigilancia del indicador.

www.laboratoriosmiomed.com



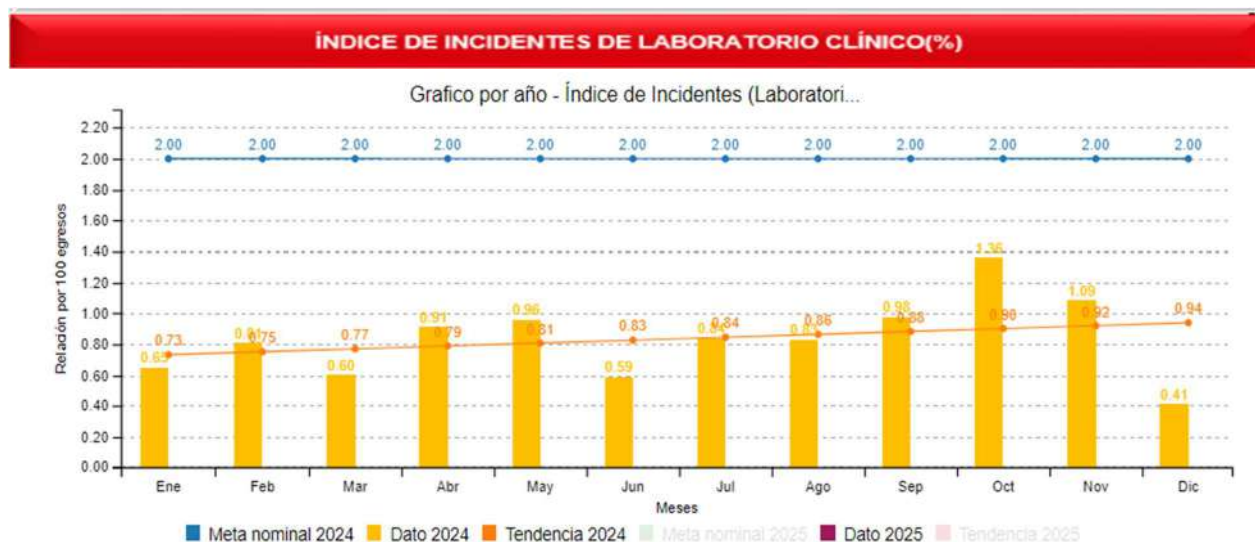
3.5.8 Medilaser Abner Lozano

INDICE DE EVENTOS ADVERSOS LABORATORIO CLINICO ABNER LOZANO



Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Índice de eventos adversos de laboratorio clínico, en sede Abner Lozano en el mes de diciembre de 2024 fue de 0,01 estando por debajo de la meta establecida que corresponde a 2%, atribuible a que se presentó 1 eventos adversos durante la prestación de servicio en la toma de muestra el cual fue reportado a seguridad del paciente de la clínica y analizado el día del evento, la situación presentada fue la ejecución del procedimiento generando Hematoma posterior a la venopunción, se realiza acercamiento con el personal del laboratorio clínico por parte de la coordinación técnica. En el desarrollo del año 2024 fue el único evento adverso presentado por prestación del servicio en la sede Abner lozano.



Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores

Análisis: En el año 2024 se presentaron un total de 239 incidentes en el laboratorio clínico sede Abner Lozano Neiva, con un promedio de 19. Se observa una tendencia positiva en la última medición, en el mes de diciembre se disminuye 12 reportes comparados con el mes anterior.

www.laboratoriosmiomed.com



Durante las rondas realizadas en el laboratorio se retroalimenta al personal sobre los principales incidentes y eventos adversos ocurridos en el mes igualmente en los grupos primarios educando y entrenando para minimizar la ocurrencia de los incidentes.

3.6 Gestión del Riesgo Organizacional

3.6.1 Identificación del riesgo

Se realiza avance de la identificación del riesgo organizacional donde se presenta el siguiente nivel de cumplimiento:

ETAPAS	MATRIZ DE RIESGOS													
	%	Dirección Estratégica	SST	Financiera	Talento Humano	Tic's	Tecnología en salud	Activos Fijos	Documental y Procesos	Jurídica	Laboratorio Clínico	LAFT	COF	Calidad
Identificación del riesgo	100%	15%	45%	50%	45%	55%	50%	45%	50%	50%	45%	100%	80%	50%
Análisis del Riesgo Inherente	100%	5%	45%	30%	14%	60%	20%	20%	20%	20%	20%	100%	50%	20%
Análisis del Riesgo Residual	100%	2%	52%	12%	12%	20%	12%	12%	12%	12%	12%	100%	50%	12%
Tratamiento del Riesgo	100%	0%	60%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	90%	20%	10%
Seguimiento 1	100%	0%	10%	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	80%	0%	0%
Seguimiento 2	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Procentaje de cumplimiento	100%	4%	35%	17%	14%	28%	15%	15%	15%	15%	15%	78%	33%	15%

Fuente del Dato: SharePoint – Informe de Gestión de Riesgos

3.6.2 Segmentación de contrapartes

Se realiza una Segmentación frente a las contrapartes con las que la empresa tiene una relación comercial, por lo, que se presenta la siguiente información:

Clientes: Actualmente no representan riesgos para relación comercial para Miomed SAS Nivel General de Riesgo Bajo:

Nombre del Cliente	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Persona Natural o Jurídica	Valor	Actividad Económica CIU (Sólo Aplica para Persona Jurídica)	Valor
JERSALUD SURCUSAL TUNJA	NIT	165312 (Matrícula)	Persona Jurídica	1	8621	1
JERSALUD SAS	NIT	900622551-0	Persona Jurídica	1	8692	1
JERSALUD S A S - SUCURSAL	NIT	346267 (Matrícula)	Persona Jurídica	1	8621	1
JERSALUD SAS CASANARE	NIT	144133 (Matrícula)	Persona Jurídica	1	8621	1
MEDIFACA IPS S.A.S	NIT	900529056-9	Persona Jurídica	1	8610	1
CLINICA MEDILASER S.A.S	NIT	813001952-0	Persona Jurídica	1	8610	1

Contratistas – Proveedores: Se evidencia que no existen Riesgos relacionados con la Contraparte, nivel general de Riesgo Bajo

www.laboratoriosmiomed.com



Nombre del Contratista	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Persona Natural o Jurídica
FORERO CONTRATISTA SAS	NIT	901212210-9	Persona Jurídica
GENIPIA PANAPIUS COLOMBIA S.A	NIT	900452203-5	Persona Jurídica
ALIQUALITY S.A.S	NIT	901164662-8	Persona Jurídica
SMART BUSINESS SAS	NIT	900428046-7	Persona Jurídica
IMAN SEGURIDAD PRIVADA LTDA	NIT	900356242-1	Persona Jurídica
LABORATORIO VEJARANO IPS SEDE	NIT	900435146-9	Persona Jurídica
INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P.	NIT	813015241-0	Persona Jurídica
DESCONT S.A.S E.S.P.	NIT	804022433-1	Persona Jurídica
SOLSA STORAGE & SECURITY BOGOTÁ	NIT	901213706-3	Persona Jurídica
DIT AND INTERNATIONAL FINANCE S	NIT	901075808-2	Persona Jurídica
ORBIOTEC LIMITADA	NIT	830110373-6	Persona Jurídica
ZONAMEDICA MA S.A.S	NIT	900170994-9	Persona Jurídica
TELEMONITOREAMOS LIMITADA	NIT	813031177-9	Persona Jurídica

Nombre del Proveedor	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Persona Natural o Jurídica
ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO EN LABORATORIO S	NIT	901192075-3	Persona Jurídica
MEDICAL DEVICES COLOMBIA SAS	NIT	900833351-3	Persona Jurídica
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORA	NIT	820056001-3	Persona Jurídica
FARMAQUIRURGICOS JM SAS	NIT	900433437-8	Persona Jurídica
INDIGO TECHNOLOGIES SAS	NIT	900556261-7	Persona Jurídica
SERVICIOS Y SOLUCIONES DE IMPRESION S.A.S	NIT	901074580-6	Persona Jurídica
SYNLAB COLOMBIA S.A.S	NIT	820057565-5	Persona Jurídica

3.7 Gestión de Procesos

3.7.1 Gestión de Estandarización documental



Fuente del Dato: Listado Maestro de documentos

3.7.2 Mejoramiento de Procesos



www.laboratoriosmiomed.com



Con el anterior árbol de problemas y la definición de causas y efectos, se realiza reunión con directora nacional de Gestión de Calidad e integrantes de procesos donde se determina establecer la mejora de procesos a través de matriz de Eisenhower, donde sus resultados generarán impacto en procesos prioritarios y disminución de presión laboral en los procesos.

4 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA

4.1 Gestión de Archivo

DOCUMENTOS TRANSFERIDOS Y DISPOSICION FINAL (Dato)



Fuente del Dato: Inventarios documentales

Análisis: En diciembre se realiza una transferencia total de 1229 folios que corresponde a entregas de documentos que hacen parte de la historia clínica a las IPS y entrega de archivo a Microcolsa; Tunja Medilaser 80 folios, Florencia entrega 189 y Abner 1040 folios entregados a la IPS.

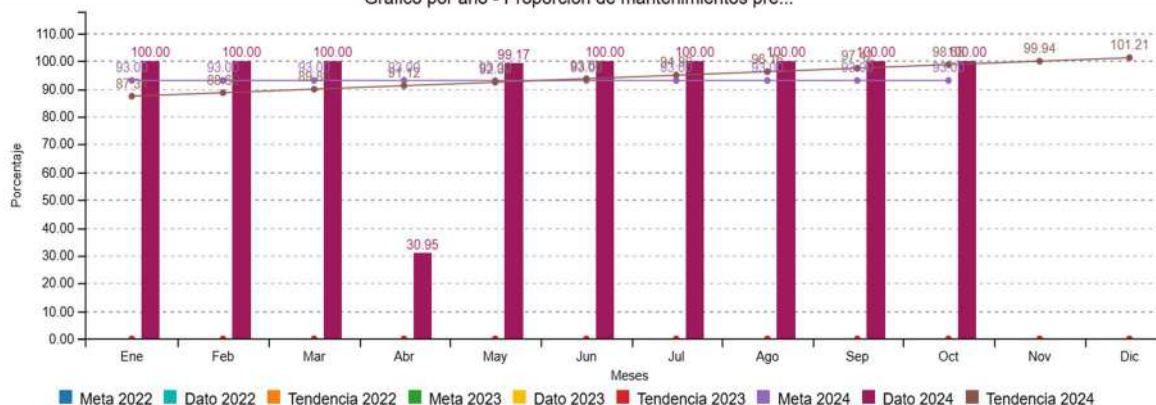
En este mes no se realiza disposición final de archivos a nivel nacional.

4.2 Gestión Biomédica

4.2.1 Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo

PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS

Grafico por año - Proporción de mantenimientos pre...



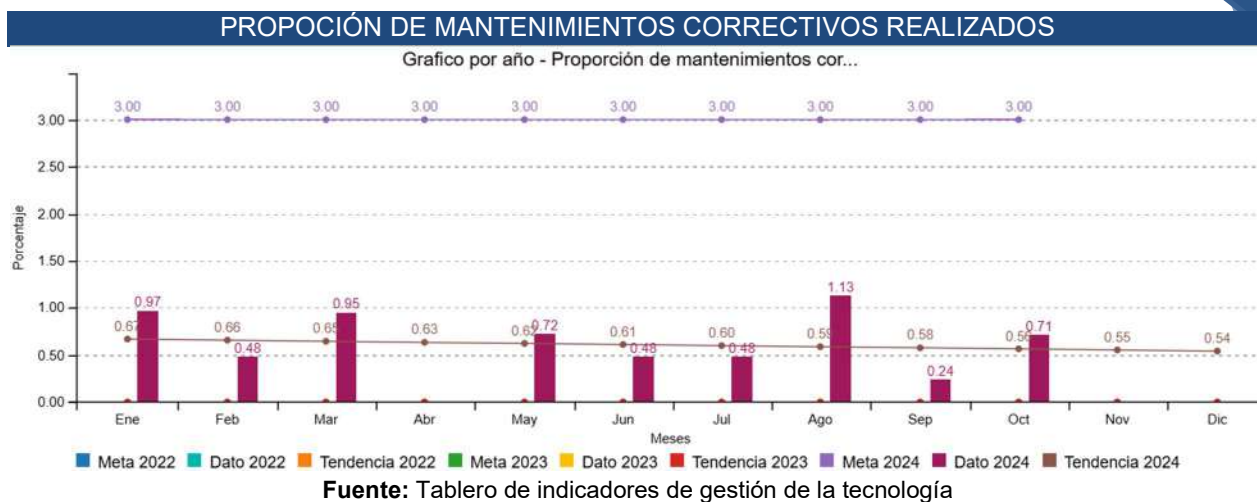
Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología.

www.laboratoriosmiomed.com



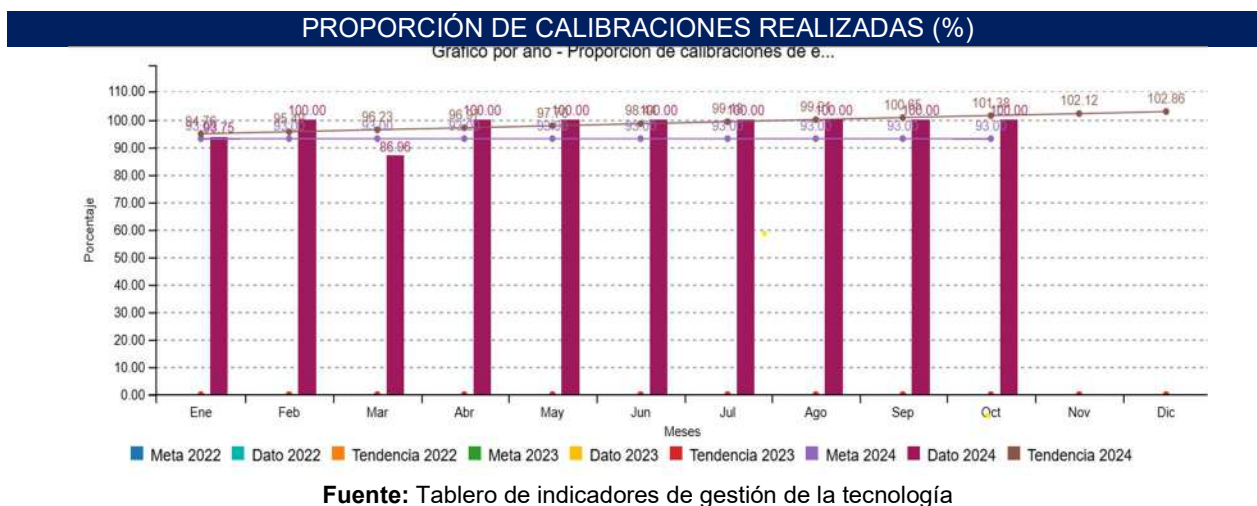
Análisis: Se realizaron 61 mantenimientos preventivos en las sedes del meta así dando cumplimiento a el cronograma

4.2.2 Proporción de mantenimientos correctivos



Análisis: Se realizo dos mantenimientos correctivos a los equipos microscopios de Jersalud Boyacá y de Abner lozano

4.2.3 Proporción de calibraciones



Análisis: En el mes de noviembre no se tenían programadas calibraciones programadas, así cumpliendo al cronograma.

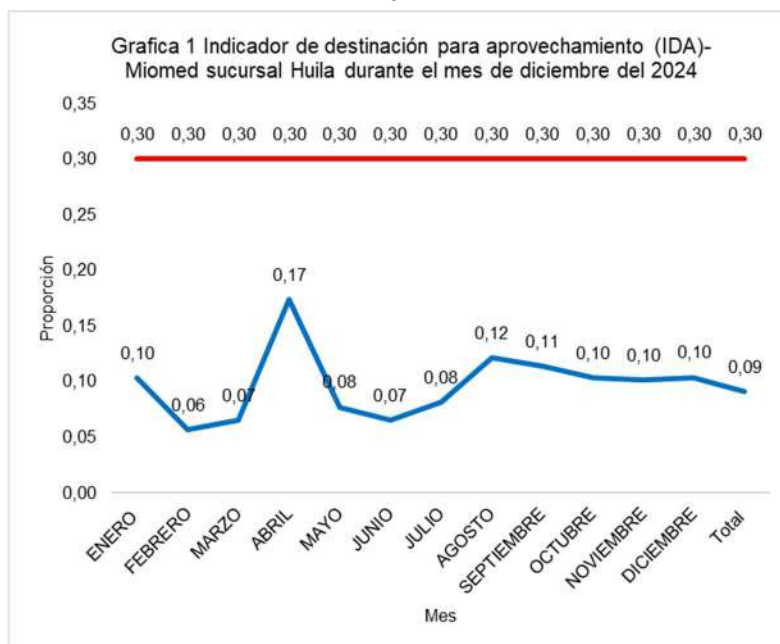


4.3 Gestión ambiental

4.3.1 Sucursal Huila

4.3.1.1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Miomed sucursal Huila en diciembre 2024



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Miomed sucursal Huila en el mes de diciembre del 2024, corresponde a **0,10** kilogramos/mes con un resultado de no cumplimiento y una brecha de 0,21 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 129,5 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 1.246 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia constante con respecto al mes anterior de 0,10 kilogramos/mes, atribuible a que aumentaron los residuos aprovechables, pero disminuyó la cantidad total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

Es de resaltar que el 10% de los residuos generados durante este mes son entregados al proceso de reciclaje y aprovechamiento, obteniendo un impacto positivo en la reducción de residuos destinados al relleno sanitario y la incorporación de estos residuos al ciclo de vida de nuevos productos. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno, al usuario y su familia en la institución sobre la adecuada segregación de residuos.

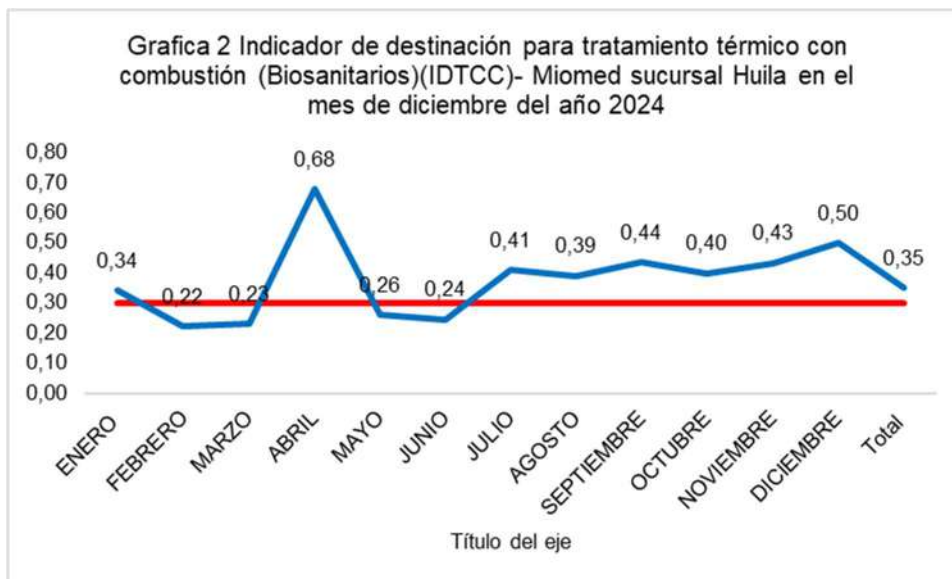
El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.09 Kg/año aceptable por debajo de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 1626,01 kilogramos de residuos aprovechables por los 17896,39 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.

www.laboratoriosmiomed.com



4.3.1.2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Huila del mes de diciembre del año 2024



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Huila del mes de diciembre del año 2024, corresponde a **0,50** kilogramos/mes con un resultado no cumplimiento y con una brecha de 0,20 Kilogramos/mes por encima de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 622,03 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 1.246 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior de 0,07 kilogramos/mes, atribuible a que en el periodo de medición aumentaron los residuos peligrosos en la subclasificación de biosanitarios, y a su vez el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

Es de resaltar que el 50% de los residuos generados durante este semestre son entregados a la empresa Incihuila, obteniendo un impacto positivo en la reducción de riesgos ambientales y adecuado manejo de los residuos peligroso cumpliendo con la normatividad legal vigente. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno de la institución en la adecuada segregación de residuos para minimizar la generación de residuos peligrosos y así reducir nuestra huella de carbón como institución en salud.

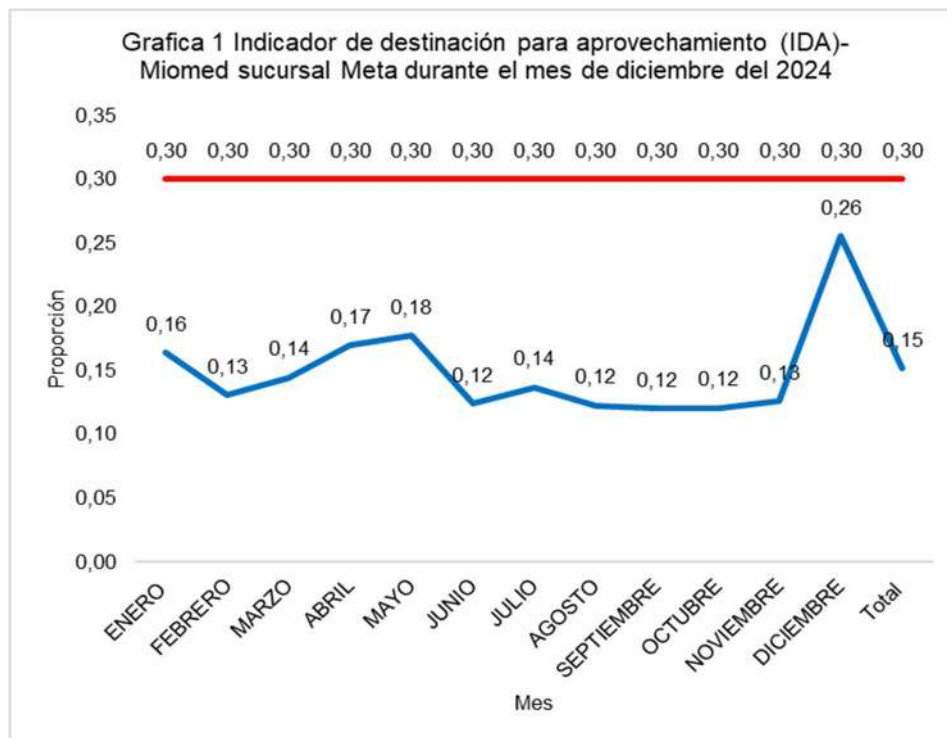
El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.35 Kg/anual de aceptable por encima de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 6.260,1 kilogramos de residuos biosanitarios por los 17.896,36 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.



Sucursal Meta

4.3.1.3 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Miomed sucursal Meta del mes de diciembre del año 2024



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Miomed sucursal Meta del mes de diciembre del año 2024, corresponde a **0,26** kilogramos/mes con un resultado aceptable y una brecha de 0,04 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 158,85 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 620,75 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior, atribuible a que en el mes de medición aumento la generación de residuos aprovechables, y a su vez el total de residuos peligrosos y no peligrosos en la sucursal.

El 26% de los residuos generados durante este mes se entregan al proceso de reciclaje y aprovechamiento, lo que afecta positivamente a la reducción de residuos destinados al relleno sanitario y a la incorporación de estos al ciclo de vida de nuevos productos. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno, al usuario y su familia en la institución sobre la adecuada segregación de residuos.

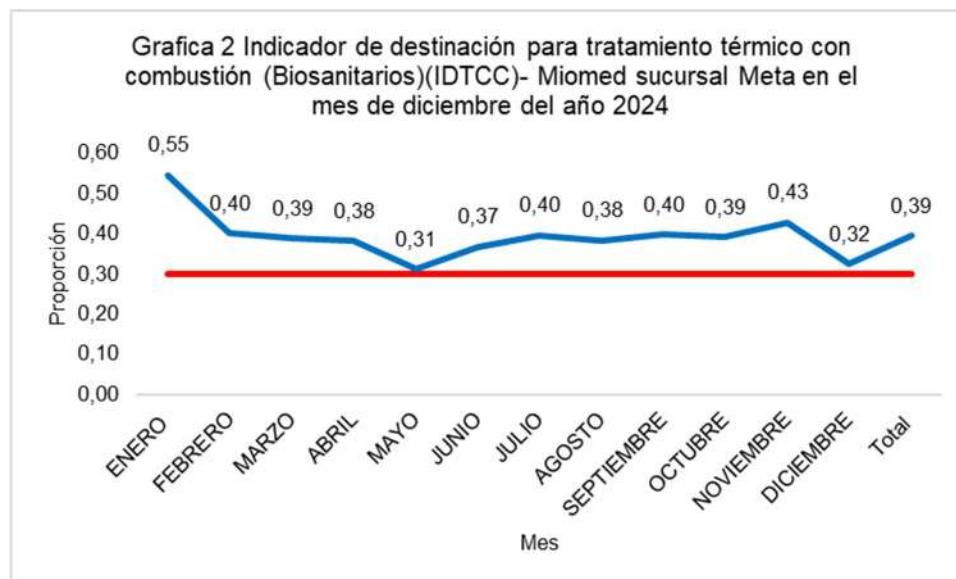
El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.15 Kg/anual aceptable por debajo de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 456,58 kilogramos de residuos aprovechables por los 3002,31 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.

www.laboratoriosmiomed.com



4.3.1.4 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Meta del mes de diciembre del año 2024



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Meta del mes de Noviembre del año 2024, corresponde a **0,32** kilogramos/mes con un resultado aceptable y una brecha de 0,02 Kilogramos/mes por encima de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 201,3 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 620,75 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior de 0,09 kilogramos/mes, atribuible a que en el mes de medición se presentó una disminución significativa en la generación de residuos peligrosos en la subclasificación de biosanitarios, pero aumento en el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

Es de resaltar que el 32% de los residuos generados durante este semestre son entregados a la empresa Descont, obteniendo un impacto positivo en la reducción de riesgos ambientales y adecuado manejo de los residuos peligroso cumpliendo con la normatividad legal vigente. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno de la institución en la adecuada segregación de residuos para minimizar la generación de residuos peligrosos y así reducir nuestra huella de carbón como institución en salud.

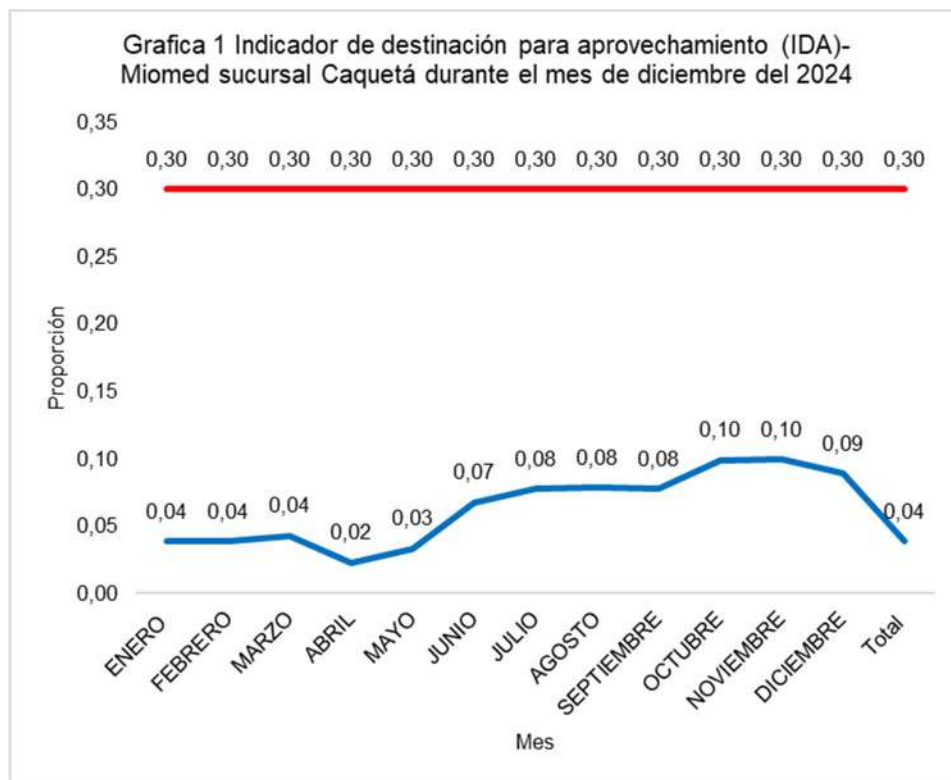
El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.39 Kg/anual de aceptable por encima de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 1183,35 kilogramos de residuos biosanitarios por los 3002,31 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.



Sucursal Caquetá

4.3.1.5 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Miomed sucursal Caquetá del mes de diciembre del 2024



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Miomed sucursal Caquetá en el mes de diciembre del 2024, corresponde a **0,09** kilogramos/mes con un resultado sobresaliente y una brecha de 0,21 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 32 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 358,8 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior, atribuible a que en el mes de medición disminuyó en la generación de residuos aprovechables, y a su vez aumento el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal.

Es de resaltar que el 9% de los residuos generados durante este semestre son entregados al proceso de reciclaje y aprovechamiento, obteniendo un impacto positivo en la reducción de residuos destinados al relleno sanitario y la incorporación de estos residuos al ciclo de vida de nuevos productos. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno, al usuario y su familia en la institución sobre la adecuada segregación de residuos.

El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.04 Kg/año no cumplimiento por debajo de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 149,50 kilogramos de residuos aprovechables por los 3.824,80 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del

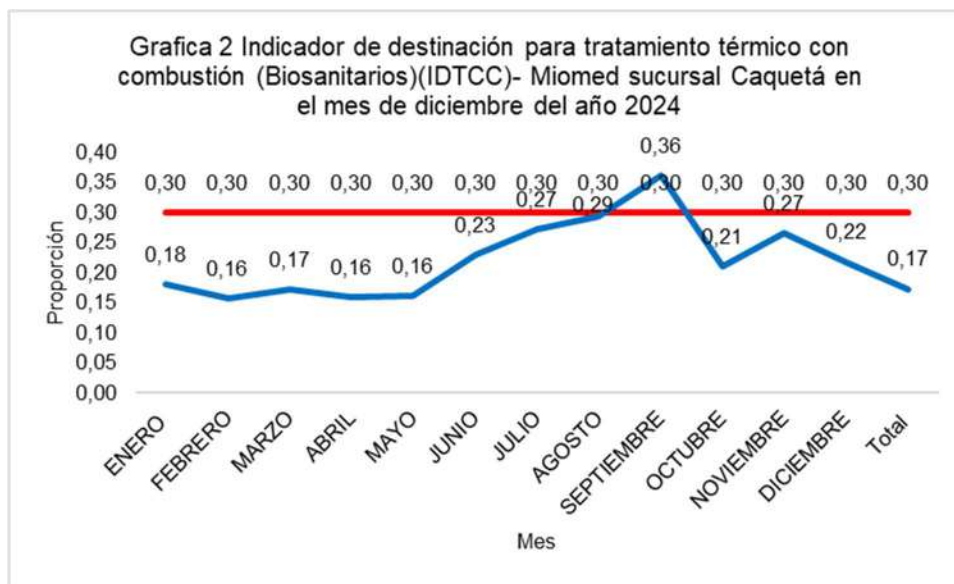
www.laboratoriosmiomed.com



enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.

4.3.1.6 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Caquetá del mes de diciembre del año 2024



Fuente: RH1

El indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Caquetá del mes de noviembre del año 2024, corresponde a 0,22 kilogramos/mes con un resultado sobresaliente y con una brecha de 0,08 Kg/mes de acuerdo con la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 78,2 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 358,8 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior de 0,05 kilogramos/mes, atribuible a que en el mes de medición disminuyó en la generación de residuos peligrosos en la subclasificación biosanitario y a su vez aumento en el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal.

Es de resaltar que el 22% de los residuos generados en el laboratorio durante este semestre son entregados al gestor externo, obteniendo un impacto positivo en la reducción de riesgos ambientales y adecuado manejo de los residuos peligrosos cumpliendo con la normatividad legal vigente. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno de la institución en la adecuada segregación de residuos para minimizar la generación de residuos peligrosos y así reducir nuestra huella de carbón como institución en salud.

El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.17 Kg/anual de cumplimiento por debajo de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 663 kilogramos de residuos biosanitarios por los 3824,80 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del

www.laboratoriosmiomed.com

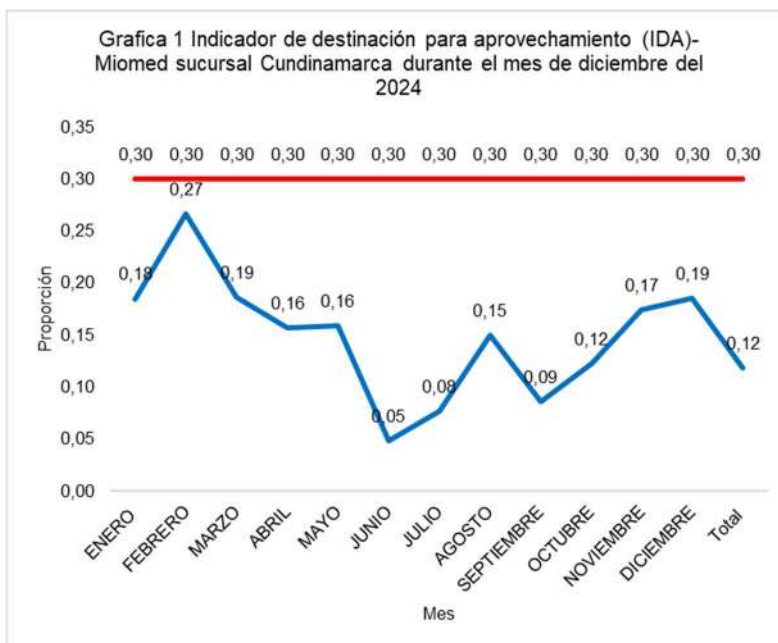


enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.

Sucursal Cundinamarca

4.3.1.7 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Miomed sucursal Cundinamarca del mes de diciembre del 2024



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Miomed sucursal Cundinamarca en el mes de diciembre del 2024, corresponde a 0,19 kilogramos/mes con un resultado de no cumplimiento y una brecha de 0,11 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 90 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 486,30 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior de 0,02 kilogramos/mes, atribuible a que aumento la generación de residuos aprovechable, pero disminuyeron los residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal.

Es de resaltar que el 19% de los residuos generados durante este mes son entregados al proceso de reciclaje y aprovechamiento, obteniendo un impacto positivo en la reducción de residuos destinados al relleno sanitario y la incorporación de estos residuos al ciclo de vida de nuevos productos. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno, al usuario y su familia en la institución sobre la adecuada segregación de residuos.

El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.12 Kg/año no cumplimiento por debajo de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 145,30 kilogramos de residuos aprovechables por los 1.223 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del enfoque

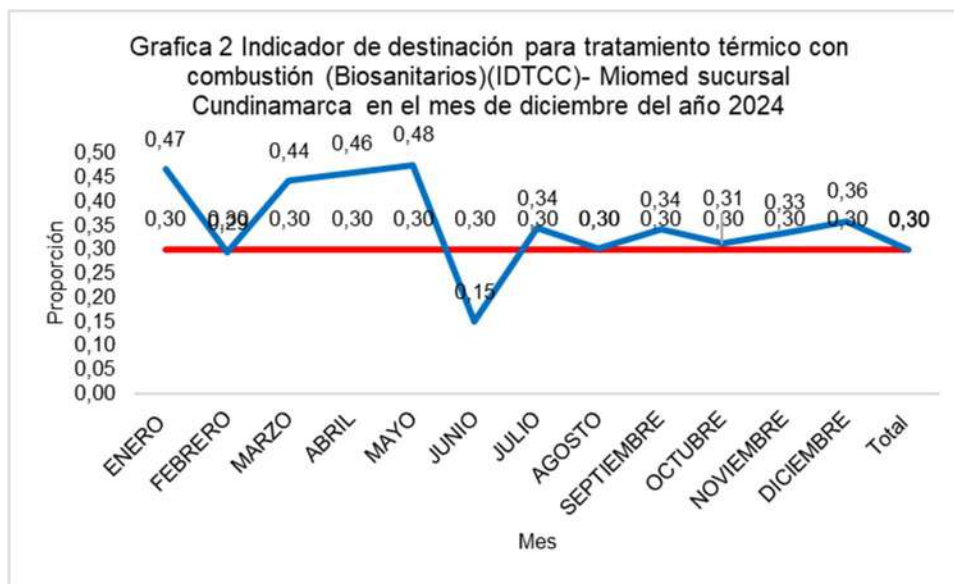
www.laboratoriosmiomed.com



al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.

4.3.1.8 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Cundinamarca del mes de diciembre del año 2024



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Cundinamarca de diciembre del año 2024, corresponde a 0,36 kilogramos/mes con un resultado aceptable y se presenta brecha de 0,06 Kg por encima de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 174,4 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 486,3 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior de 0,03 kilogramos/mes, atribuible a que en el mes de medición aumentaron significativamente los residuos peligrosos en la subclasificación biosanitarios, pero disminuyeron los residuos totales de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

Es de resaltar que el 36% de los residuos generados durante este mes de medición, obteniendo un impacto positivo en la reducción de riesgos ambientales y adecuado manejo de los residuos peligroso cumpliendo con la normatividad legal vigente. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno de la institución en la adecuada segregación de residuos para minimizar la generación de residuos peligrosos y así reducir nuestra huella de carbón como institución en salud.

El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.30 Kg/anual de aceptable sin brecha de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 366 kilogramos de residuos biosanitarios por los 1223

www.laboratoriosmiomed.com

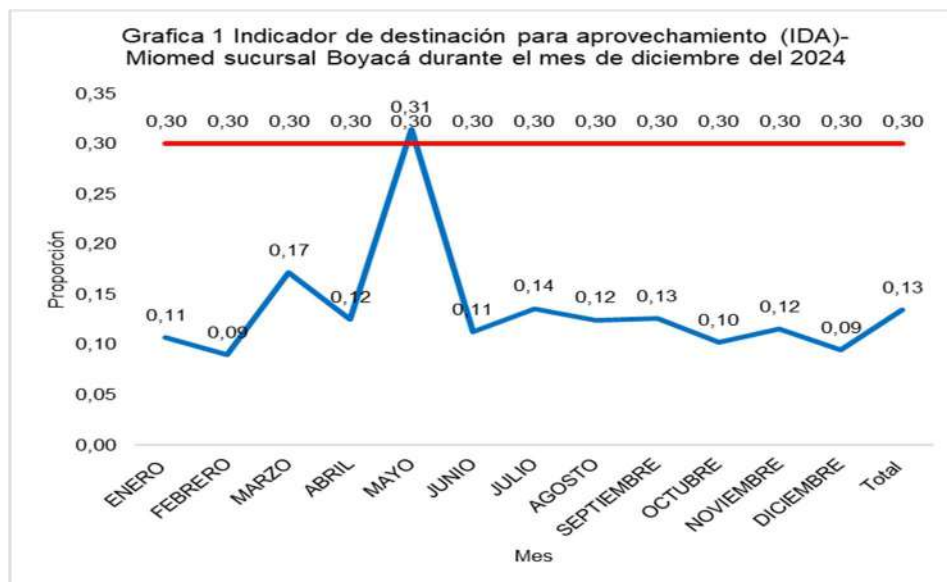


Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.

Sucursal Boyacá

4.3.1.9 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Miomed sucursal Boyacá del mes de diciembre del año 2024



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Miomed sucursal Boyacá del mes de diciembre del 2024, corresponde a 0,09 kilogramos/mes con un resultado No cumplimiento y una brecha de 0,21 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 106,8 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 1.130,52 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior de 0,03 kilogramos/mes, atribuible a que en el mes de medición disminuyeron los residuos aprovechables, y a su vez el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal.

Es de resaltar que el 9% de los residuos generados durante este mes son entregados al proceso de reciclaje y aprovechamiento, obteniendo un impacto positivo en la reducción de residuos destinados al relleno sanitario y la incorporación de estos residuos al ciclo de vida de nuevos productos. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno, al usuario y su familia en la institución sobre la adecuada segregación de residuos.

El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.13 Kg/anual no cumplimiento por debajo de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 931,01 kilogramos de residuos aprovechables por los 6.902,78 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del

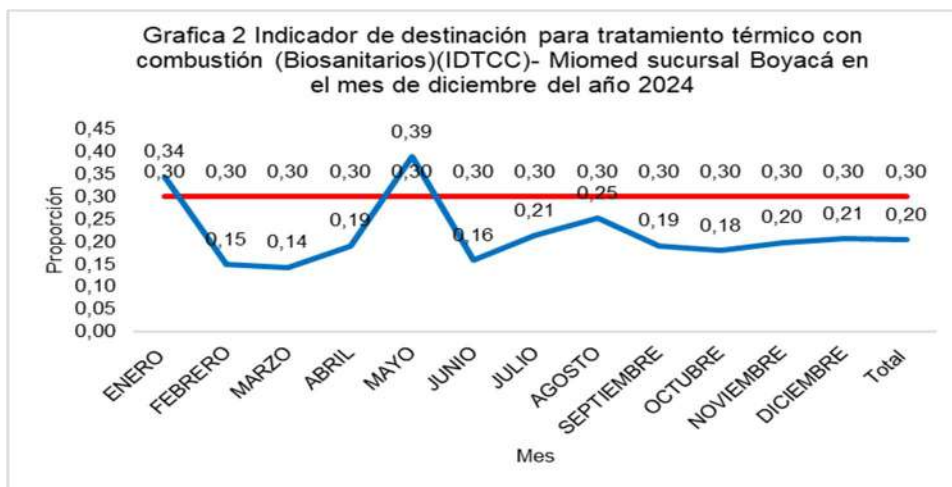
www.laboratoriosmiomed.com



enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.

4.3.1.10 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Boyacá del mes de diciembre del año 2024



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Boyacá del mes de diciembre del año 2024, corresponde a 0,21 kilogramos/mes con un resultado de sobresaliente con una brecha de 0,09 Kilogramos/ mes con respecto a la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 234,3 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 1.130,52 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior de 0,01 kilogramos/mes, atribuible a que disminuyo la generación de residuos peligrosos en la subclasificación de biosanitarios y a su vez el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

Es de resaltar que el 21% de los residuos generados en la IPS durante este mes son entregados a la empresa Descont, obteniendo un impacto positivo en la reducción de riesgos ambientales y adecuado manejo de los residuos peligroso cumpliendo con la normatividad legal vigente. Por otro lado, se siguen realizando capacitaciones al personal interno de la institución en la adecuada segregación de residuos para minimizar la generación de residuos peligrosos y así reducir nuestra huella de carbón como institución en salud.

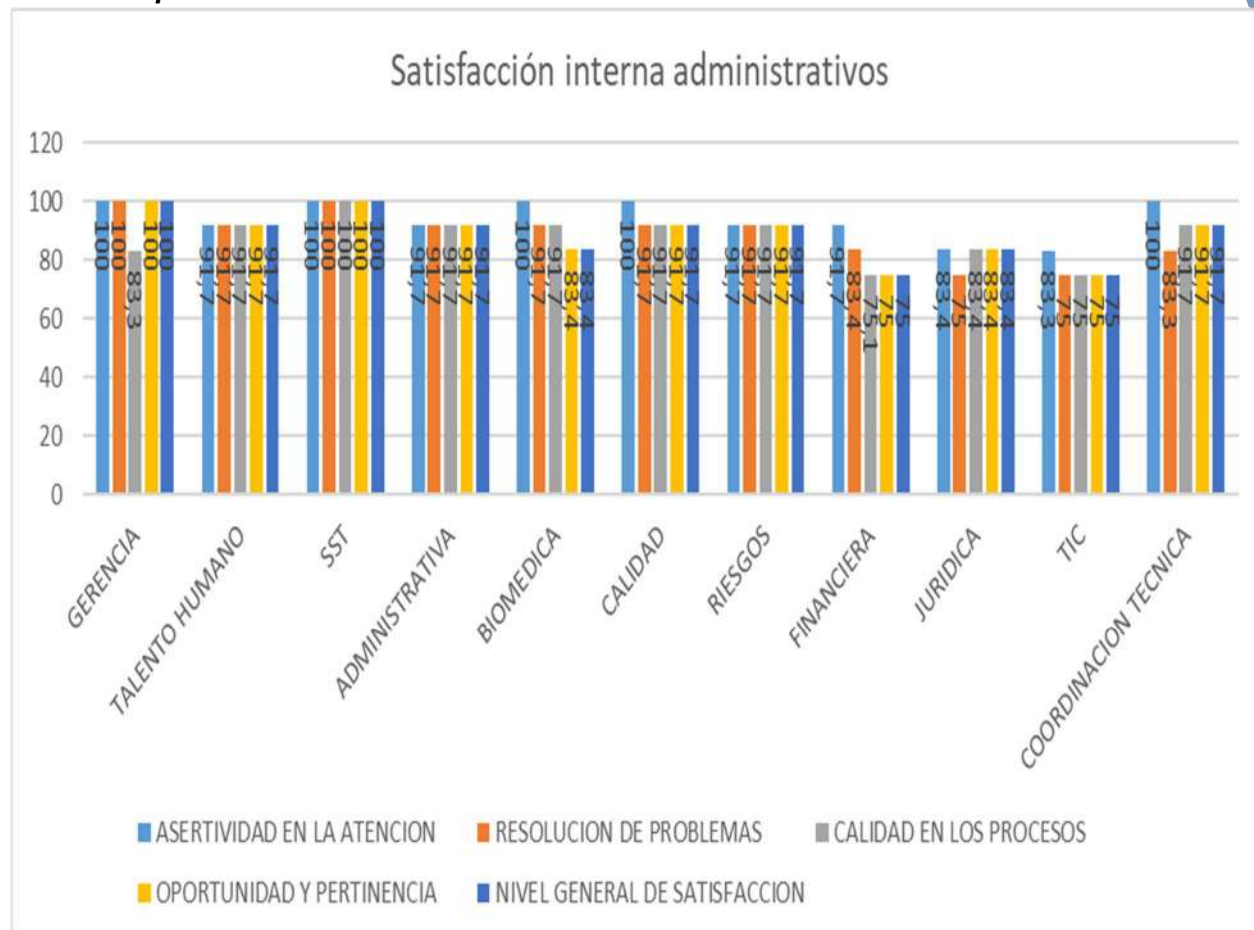
El resultado del indicador en el año 2024 es del 0.20 Kg/anual de sobresaliente de la meta establecida, atribuible a que se generaron en el año 1.409,54 kilogramos de residuos biosanitarios por los 6.902,78 Kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos, por tal motivo se realizará el cambio del enfoque al indicador para obtener un mejor análisis con respecto a las atenciones, si mismo encaminado al proceso de acreditación.



5 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

5.1 Indicadores Nacionales

5.1.1 Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas



Fuente: Encuesta de satisfacción áreas administrativas

Análisis: la aplicación de la encuesta se realizará semestral

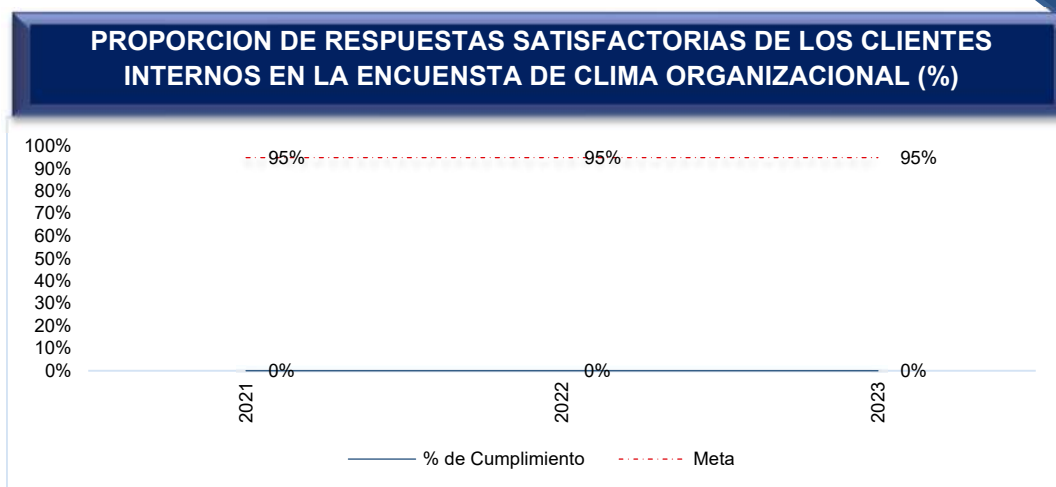
5.1.2 Proporción de Certificaciones por Competencias

Durante el último trimestre, no se dispone de evaluadores de competencias laborales, lo que ha generado una limitación para la realización de procesos de evaluación y certificación en esta área.

La gestión del proyecto para la vigencia 2025 fue formalizada con la radicación de la carta en diciembre. Actualmente, estamos a la espera de que el Sena designe al gestor correspondiente.



5.1.3 Proporción de satisfacción de clima organizacional



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de Talento Humano - SharePoint

Análisis: El clima organizacional se mide anual, la encuesta se aplica en el mes de diciembre y enero para presentar el análisis en el corte de cada año

5.2 Indicadores de Talento Humano

5.2.1 Índice de rotación de personal

INDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL (%)

Fuente: Tablero de indicadores de talento humano



Análisis: El indicador para el mes de diciembre tiene comportamiento al alza con un 2,39% correspondiente a 9 renuncias de manera voluntaria especificado así:

Este índice quedo de esa manera debido a (1) retiros Involuntarios; (1) Bogotá - administrativo; (9) retiros voluntarios (2) Florencia Medilaser; (3) Tunja Medilaser; (2) Neiva Medilaser; (1) Facatativá Medifaca; (1) Bogotá - administrativo.



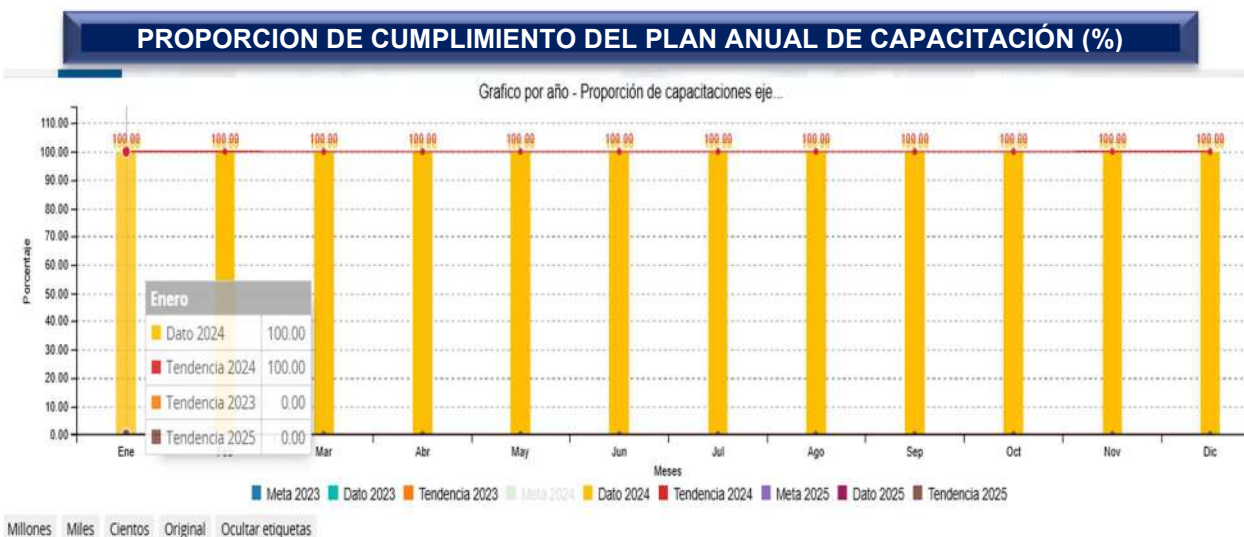
5.2.1.1 Proporción de cumplimiento al programa de bienestar



Fuente: Programa de bienestar anual

Análisis: En Diciembre por bienestar, se celebran 5 actividades, día de cumpleaños, día de la familia, Navidad (Hijos Colaboradores), Bingo, entrega de anchetas, por lo tanto, se da cumplimiento al plan de bienestar 2024.

5.2.1.2 Proporción de cumplimiento al plan anual de capacitación



Fuente: Plan anual de capacitación

Análisis: Durante el mes de Diciembre se ejecutan dos capacitaciones distribuidas así:
Todo el personal: Manejo de office y Normatividad biomédica.



5.2.2 Proporción de satisfacción de actividades de talento humano

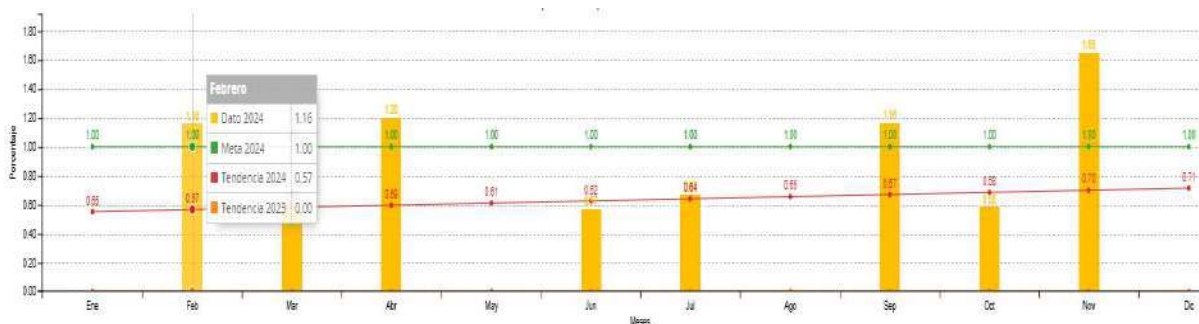


Fuente: Encuesta de satisfacción planes y programas.

Análisis: En Diciembre hay una satisfacción general del área del 96,4%, verificando que este porcentaje de satisfacción del área se debe a las 3 actividades principales en las cuales se mide la satisfacción de cada persona frente a Inducciones, capacitación y programa de bienestar este porcentaje en las evaluaciones de satisfacción de inducción general demuestra con 90,0%, plan de capacitación 90% y en el programa de bienestar con 100%

5.3 Seguridad y Salud en el Trabajo

5.3.1.1 Frecuencia de Accidentalidad.



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST – Daruma

Resultado Diciembre 2024: 0% (0/190) El resultado obtenido para el indicador Frecuencia de accidentalidad para Miomed SAS en el mes de diciembre de 2024 fue de 0%, sin brecha de la meta establecida de <2%, nivel CUMPLIMIENTO (<2%) de acuerdo con la meta establecida ya que por cada 100 trabajadores que laboraron en el mes de diciembre de 2024 (0/190) no se presentaron accidentes laborales.

www.laboratoriosmiomed.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

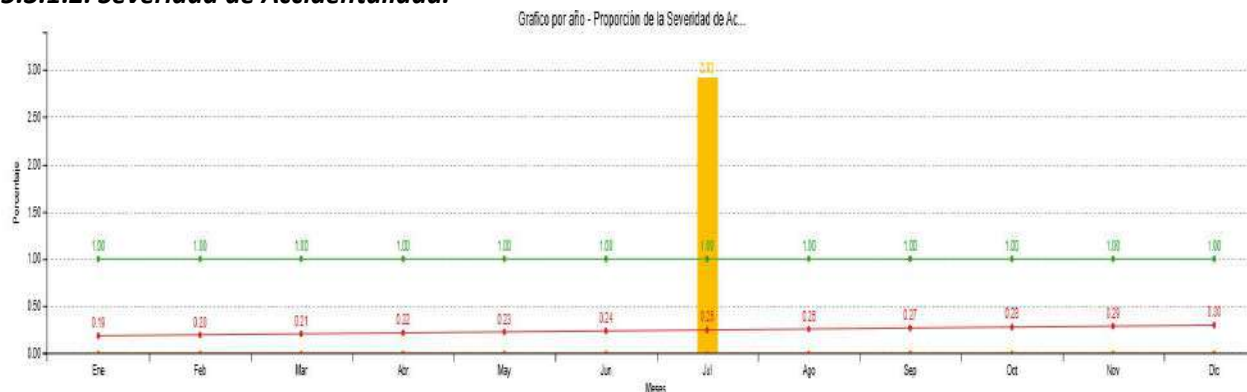


Acumulado 2024:

Durante el año 2024 se reportaron 13 accidentes de trabajo de los cuales 9 corresponden a exposición a riesgo biológico, 1 evento de origen riesgo químico, 1 evento de origen riesgo mecánico, 1 evento de origen riesgo locativo, y 1 de origen Físico (Exposición a radiación UV) estando en un porcentaje del 6,84% con una brecha de 4,84 puntos porcentuales por encima de la meta establecida está en <2%).

El año anterior 2023 se presentaron 14 accidentes de trabajo, de los cuales 6 corresponden a exposición a riesgo biológico, 1 a caídas a nivel, 1 riesgo químico, 2 eventos de origen por riesgo mecánico, 3 de origen por riesgo locativo, y 2 de origen ergonómico. En comparativa 2023 a 2024 se evidencia que se redujo un (1) accidente en el año 2024, en un porcentaje del 7,14%.

5.3.1.2. Severidad de Accidentalidad.



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST – Daruma

Resultado Diciembre 2024: 0% (0/190) El resultado obtenido para el indicador severidad de accidentalidad de Miomed en el mes de Diciembre de 2024 Se generaron 0 días perdidos por accidente de trabajo, a nivel global, por ende, se genera un estado de **Cumplimiento** de acuerdo con la meta **establecida** <2%.

En comparación con el mes anterior, se reportaron 0 días de incapacidad por accidentes de trabajo (AT), lo cual atribuimos a la implementación oportuna del plan de acción derivado de la investigación de AT, las medidas de control aplicadas a cada uno de los peligros identificados, y el apoyo constante de cada una de las coordinaciones Técnicas del Laboratorio en cada sede.

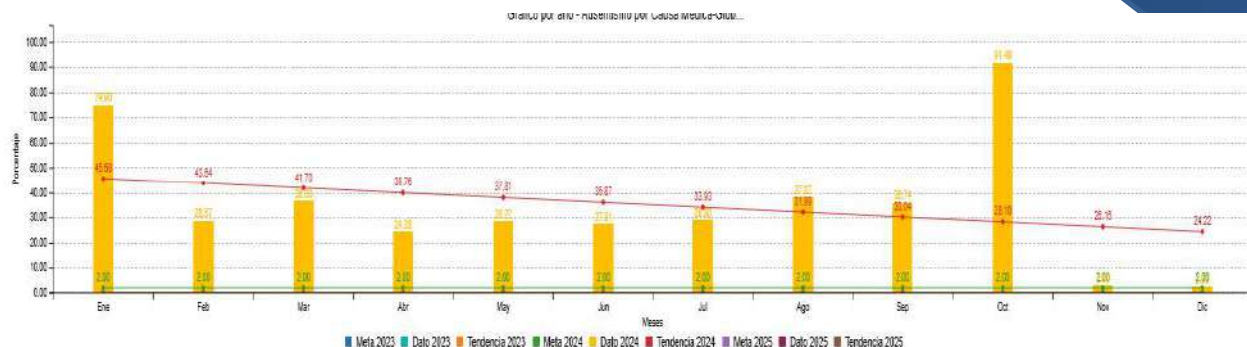
Acumulado 2024:

Para el año 2024 se presentó un índice de severidad de accidentalidad expresado por cada accidente de trabajo que se reporta se pierde **0,05 días perdidos de ausentismo** de origen laboral por accidente de trabajo estando en un **nivel sobresaliente (<2%)** de acuerdo a la meta establecida.

Para el año 2023 se evidencia que se obtuvo un porcentaje de ausentismo de severidad expresado por cada accidente de trabajo que se reporta se pierde de un **0.06% estando en un nivel sobresaliente (<2%) de acuerdo a la meta establecida.**



5.3.1.3. Ausentismo Por Causa Médica



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST – Daruma

Resultado Diciembre 2024: 2,59% (134 / 5160) El resultado obtenido para el indicador Tasa de ausentismo (causas médicas) Miomed en el mes se perdieron 134 días de trabajo por incapacidad médica correspondiente al 2,59%, con brecha de 0,59 puntos porcentuales por encima de la meta establecida <2%, en estado Sobresaliente en comparación al mes anterior disminuyo en 33 días de incapacidad por incapacidad médica.

El resultado de diciembre disminuyo 0,31 puntos porcentuales respecto a la meta establecida. Los días perdidos son atribuidos a enfermedades generales asociadas a: tumor maligno de la mama, infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados, apendicitis, no especificada, supervisión de embarazo de alto riesgo, falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación, supervisión de embarazo de alto riesgo.

Para el año 2024 se obtuvo un índice de ausentismo anual por causa medica de 1.831 días correspondiente al **2,9%** estando a un **nivel aceptable (2% a 4%) según la meta establecida.**

Con un valor de ausentismo de
Valor total de incapacidades del año \$131.996.804,80
Valor recaudado año: \$ 82.959.322

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

Por cada 100.000 trabajadores, para el año en medición 2024 **NO**, se reportó Prevalencia en Enfermedades Laborales en las sucursales de Miomed S.A.S.

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

Por cada 100.000 trabajadores, para el año en medición 2024 la incidencia en enfermedad laboral **NO**, se reportó Incidencia en Enfermedades Laborales en las sucursales de Miomed S.A.S.

MORTALIDAD LABORAL:

Durante el 2024 no se generaron accidentes de trabajo mortales en la sucursal de Miomed S.A.S.



6 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

6.1 Avances en Proyectos

Proporción de avance de Estrategia Operación TIC Nacional

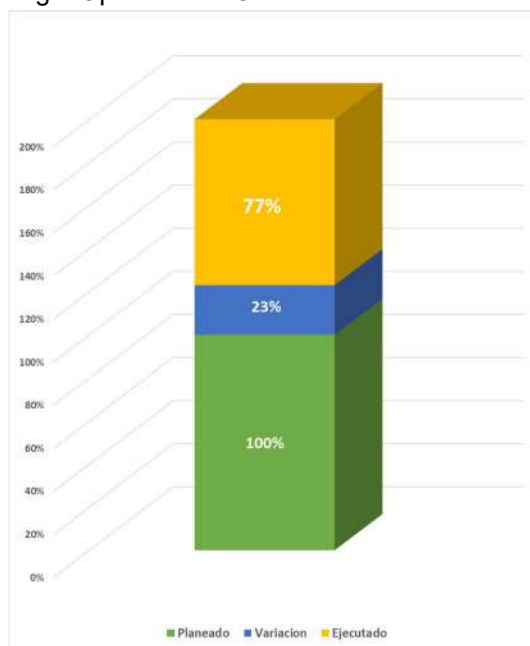


Ilustración 1 Avance de Plan Estratégico Nacional de TIC en Project 2024

La estrategia TIC Nacional para vigencia diciembre de 2024 cerró con un porcentaje de avance del **77%** (**73% Anterior**) del trabajo ejecutado por las diferentes dimensiones del equipo Nacional del 100% que se esperaba para cierre de mes y año.

La causal de esta variación del 23% a las actividades no previstas de la operación como:

- Revisión de maestros, depuración y migración al nuevo contenedor 031 Re-parametrización Jersalud.
- Pruebas e Implementación cliente Jersalud Contenedor 031.
- Instalación de nuevo Cliente en todas las sedes de Jersalud.
- Corrección y envío de maestros de infraestructura, Biomédica y TIC para puesta en marcha producción Fracctal Medilaser.
- Creación de reuniones capacitación Fracctal en Medilaser.
- Creación de usuarios y asignación de licencias Fracctal en Medilaser.
- Corrección y envío de maestros para puesta en marcha producción SINCO módulos ADPRO, F&C en Pargroup.
- Creación de reuniones de capacitación de SINCO en Pargroup.
- Creación de usuarios y asignación de licencias SINCO.
- Desarrollo de aplicativo para gestión de turnos en las sedes pequeñas de Jersalud.
- Creación de Tableros para Jerder.





Ilustración 2 Informe de Gestión Proyectos Global (todas las compañías) diciembre 2024

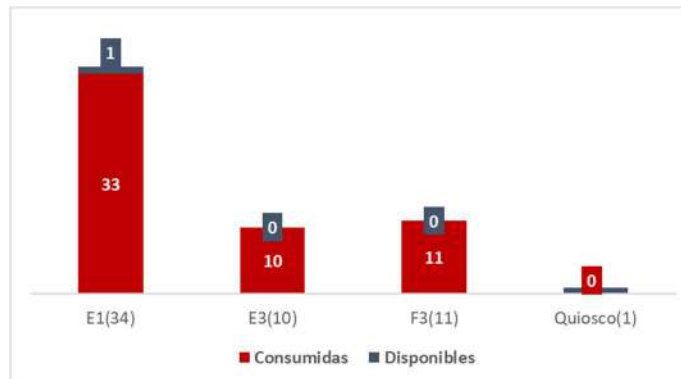
Nombre del Proyectos	Fechas de Inicio	Fecha de Terminación	% de Avance	Observación	Responsable
ACTUALIZACIÓN INDIGO VIEHIS	01/01/2024	23/02/2024	100%	Se realizó actualización de versión	Ing. Aplicaciones ERP - EHR
APERTURA IPS REFERENCIA	03/01/2024	19/01/2024	100%	Ejecutado Completamente	Ing. Aplicaciones ERP - EHR
ACTUALIZACIÓN DE HOSTING, DOMINIOS Y CERTIFICADOS	09/04/2024	03/05/2024	100%	Ejecutado Completamente	Ing. Aplicaciones WEB
IMPLEMENTACIÓN DE GLPI DEPARTAMENTOS ADMINISTRATIVO, FINANCIERO, COMPRAS Y TALENTO HUMANO	03/06/2024	26/06/2024	23%	Se realizó avance en reunión el 11 de Julio de 2024 se realiza reunión de despliegue de requerimientos a los líderes administrativos de Jersalud – Miomed e IMO Reunión Teams Se encuentran parametrizado Nomina y Activos Fijos para socialización. Se está pendiente reunión para establecer manejo de Administración y Compras Nacional	Mesa de Servicios
TABLEROS BI (ROTACIÓN DE CARTERA, FLUJO DE PAGOS, PEDIDOS)	03/06/2024	29/07/2024	43%	En ejecución	Inteligencia de Negocios
ACTUALIZACIÓN MOODLE	19/02/2024	04/03/2024	100%	Ejecutado Completamente	Aplicaciones SaaS
TABLEROS DE CONTROL DE LABORATORIO	15/07/2024	15/09/2024	100%	Ejecutado Completamente	Inteligencia de negocios

Se realizó la creación del Plan Estratégico de TI 2024, de los cuales proyectados para este año se relaciona en la Tabla 1 con su respectiva fecha de inicio y terminación.

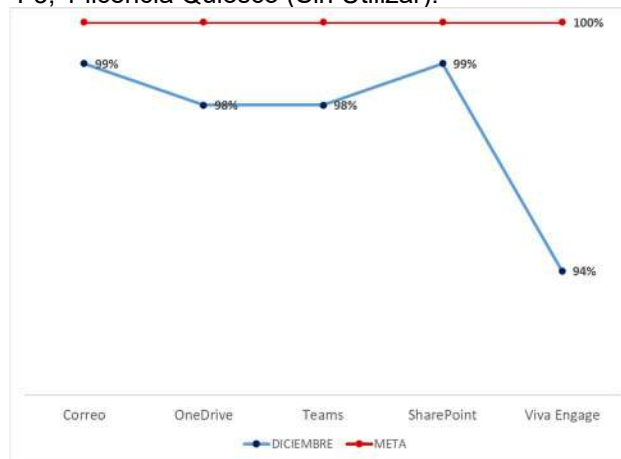


6.2 Licencias

LICENCIAS DE TECNOLOGÍA (O365)



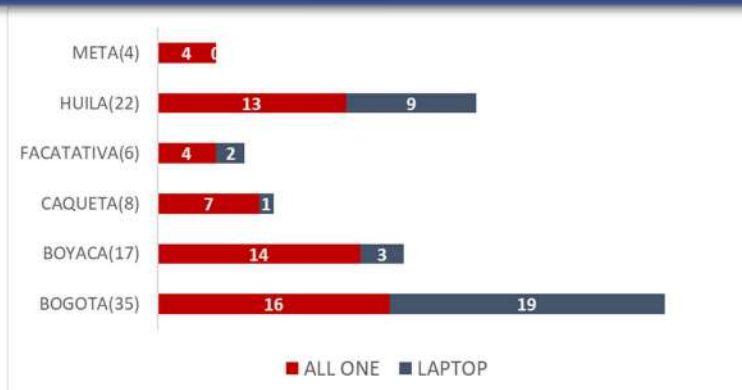
Análisis: En Miomed se cuenta actualmente con 56 Licencias de Office 365 se tiene 34 licencias E1, 10 licencias E3, 11 licencias - F3, 1 licencia Quiosco (Sin Utilizar).



Se realiza medición de Adherencia en el Uso de las cuentas asignadas de O365, dando como resultado: Se evidencia uso de la licencia O365 teniendo como meta el 99% de los usuarios en SharePoint y correo, la única plataforma que presenta baja adherencia es Viva Engage con 94%, sin embargo, representa un indicador sobresaliente.

6.3 Inventarios

INVENTARIO DE EQUIPOS (DATO)



www.laboratoriosmiomed.com



Análisis: En inventario de equipos de tecnología Miomed cuenta con un total de 92 equipos de cómputo, 58 All in One, 34 portátiles distribuidos como se muestra en el gráfico anterior según la distribución realizada por sede.

6.4 Proporción de Necesidades Atendidas en sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información



Ilustración 3 Proporción de necesidades atendidas en GLPI- Tecnología de la Información 2024

Análisis: Para el indicador de **Proporción de necesidades atendidas en el sistema de información GLPI - Departamento de Tecnología** para el mes de diciembre de 2024, se evidencia un porcentaje de cumplimiento global de 63.2%, de 38 casos generados fueron solucionados durante el mes un total de 24 casos, dando como resultado un Indicador bajo con tendencia negativa.

Para lo corrido del año 2024 se registran un promedio de 88.7 % de 384 casos generados los cuales corresponden a 25.7 % (89) de incidencias y 74.3% (257). siendo este un dato aceptable teniendo en cuenta las variaciones de personal TIC y los requerimientos de escala macro presentados en el mismo año.





Con respecto al 2023 se observa una disminución significativa en la gestión de necesidades siendo que para ese año se alcanzó un promedio 91.3% con un total de 516 casos generados

www.laboratoriosmiomed.com



6.5 Promedio de tiempo de respuesta por Prioridad de casos resueltos a través del sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información



Ilustración 8 Hallazgo promedio de Tiempos por Prioridad en GLPI - Tecnología de la Información 2024

Análisis: Para el indicador de Promedio de tiempo de respuesta por Prioridad de casos resueltos a través del sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información para el mes de diciembre de 2024, promedio de cumplimiento de 13.6 Horas de 38 Casos generados, en lo corrido del año 2024 se manejó un promedio de 14.2 horas sobre 346 casos generados, según prioridad se reflejan en la siguiente tabla:

Mes	BAJA	MEDIA	ALTA	MUY ALTA
ENERO	15,7	14,7	32	0
FEBRERO	5,3	23,8	4,1	0
MARZO	37,4	14,3	1,4	0
ABRIL	5,8	19	35,8	0
MAYO	16	14,2	3,5	0
JUNIO	8	15,8	4,9	0
JULIO	9,5	8,8	69,8	0
AGOSTO	2,3	7,8	6,4	0
SEPTIEMBRE	5,8	7,5	7,1	1
OCTUBRE	0,7	4,3	2,4	0
NOVIEMBRE	2,2	13,9	0,3	0
DICIEMBRE	33,4	9,3	5,3	0
META	32	16	8	6



7 GESTIÓN FINANCIERA

7.1 Indicadores financieros

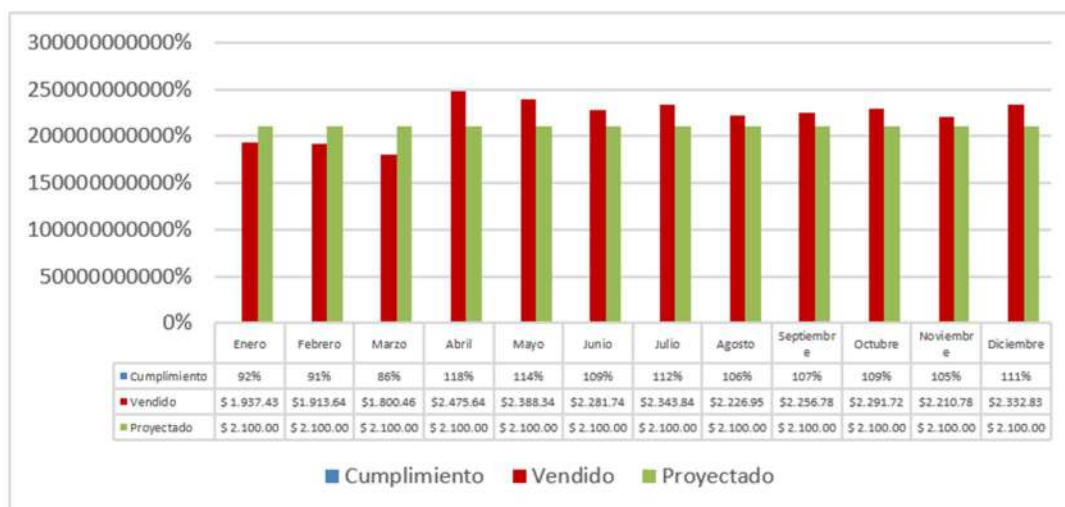
Miomed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Indicadores Financieros Periodo: Enero a Diciembre 2024			Regresar a Menu Click Aquí															
Indicadores Financieros	Ind	Nombre Indicador	PPTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Acum	Desv Ppto	OB
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales	MBO	Margen Bruto Operacional	63,9%	61,1%	62,4%	15,8%	57,7%	59,3%	62,4%	61,5%	62,9%	61,8%	61,9%	59,0%	60,6%	57,7%	6,2%	OK
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales	MNO	Margen Neto Operacional	99,9%	99,9%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,9%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,1%	OK
Utilidad Antes de Impuestos / Vtas Netas Totales	UAI	Utilidad Antes de Impuestos	20,0%	21,4%	16,5%	-30,3%	20,6%	20,0%	22,9%	22,5%	25,0%	23,5%	23,8%	20,3%	20,1%	17,9%	2,1%	OK
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de Servicios	90,0%	85,6%	86,5%	86,8%	86,0%	85,3%	85,6%	84,8%	79,9%	78,4%	76,5%	76,5%	75,5%	82,2%	7,8%	OK
Costo Medicamentos / Vtas Netas Totales	ICM	Índice de Costo Medicamentos	33,8%	34,8%	33,5%	80,0%	38,6%	36,3%	32,0%	33,7%	32,5%	34,2%	33,6%	35,9%	34,8%	37,8%	4,1%	RV
Costo Hon Medicos / Vtas Netas Totales	IHM	Índice de Costo de Honorarios Médicos	4,0%	4,2%	4,1%	4,2%	3,7%	4,4%	5,6%	4,8%	4,6%	4,0%	4,4%	5,1%	4,7%	4,5%	0,5%	RV
Costo Pnal Asistencial / Vtas Netas Totales	IPS	Índice de Costo de Personal Asistencial	19,9%	0,0%	22,5%	22,6%	16,6%	17,1%	17,8%	17,2%	18,1%	17,7%	17,2%	17,9%	17,5%	18,3%	-1,5%	OK
Costo Nomina Admiva / Vtas Netas Totales	IPA	Índice de Costo de Personal Administrativo	12,4%	10,8%	13,6%	13,9%	11,0%	11,1%	11,9%	11,5%	12,4%	12,7%	11,7%	12,3%	13,0%	12,1%	-0,3%	OK
Costo Nomina Total / Ventas Netas Totales	ITP	Índice de Costo Total de Personal	32,3%	10,8%	36,1%	36,5%	27,6%	28,2%	29,8%	28,8%	30,8%	30,3%	28,9%	30,2%	30,5%	30,5%	-1,8%	OK
Total Gasto Administrativo / Vtas Netas Totales	IGA	Índice de Gasto Administrativo	7,9%	8,4%	8,3%	7,9%	6,2%	6,9%	7,5%	8,4%	7,2%	7,5%	7,8%	6,9%	8,5%	7,6%	0,3%	OK
Total Gasto Financiero / Vtas Netas Totales	IGF	Índice de Gasto Financiero	1,0%	0,0%	0,6%	0,9%	3,1%	3,9%	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	1,0%	0,7%	0,7%	1,2%	0,2%	RV
Total Gasto Totales / Vtas Netas Totales	IGT	Índice de Gasto Total	21,1%	19,9%	22,8%	22,6%	18,2%	18,5%	21,0%	21,1%	20,3%	20,8%	20,2%	20,1%	22,6%	20,6%	-0,5%	OK
Dcto, Devoluciones y Glosas / Ventas Totales	IAG	Indicador Aceptación Glosas - Devoluc - Desc	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	OK
Dcto, Devoluciones y Glosas Real / Ventas Totales	IGR	Indicador Aceptación Glosas Real	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK

7.2 Informe Ventas

Tabla 1: Ventas

Miomed SAS NIT. 900.973.064-0 Dirección Financiera Detalle de Ventas Mes a Mes Periodo: Enero a Diciembre 2024																		Regresar a Menu Click Aquí			
Nit	Clinie	Promedio Año Anterior	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total	% Acumulado	Promedio	Ppto Vigente			
8E-01	MEDELLAN MEDICA	\$ 750.000,00	\$ 979.864.506	\$ 909.246.935	\$ 1.079.631.021	\$ 1.250.728.000	\$ 1.255.932.369	\$ 1.016.632.455	\$ 1.232.075.024	\$ 1.024.005.430	\$ 1.055.045.980	\$ 1.852.330.557	\$ 1.620.860.989	\$ 1.255.819.307	\$ 13.485.952.423	93%	\$ 1.079.864.506	\$ 950.000,00			
8E-01	MEDELLAN FLORENCIA	\$ 300.000,00	\$ 307.496.586	\$ 280.032.383	\$ 268.341.944	\$ 389.923.488	\$ 336.893.056	\$ 385.624.324	\$ 385.787.033	\$ 380.096.438	\$ 389.829.879	\$ 377.791.540	\$ 397.791.679	\$ 347.532.207	\$ 4.235.671.848	96%	\$ 307.496.586	\$ 300.000,00			
8E-01	MEDELLAN TULIA	\$ 300.000,00	\$ 306.430.086	\$ 246.077.671	\$ 230.695.984	\$ 349.979.716	\$ 324.227.750	\$ 328.855.572	\$ 322.279.032	\$ 324.257.270	\$ 359.453.860	\$ 347.676.640	\$ 380.255.287	\$ 389.263.943	\$ 3.884.788.218	94%	\$ 306.430.086	\$ 300.000,00			
8E-01	MEDELLAN FACATÁ	\$ 200.000,00	\$ 176.342.536	\$ 170.465.873	\$ 134.927.090	\$ 206.362.961	\$ 246.242.276	\$ 180.835.387	\$ 206.666.556	\$ 194.270.570	\$ 222.244.470	\$ 184.495.547	\$ 182.869.597	\$ 182.283.318	\$ 2.322.646.366	93%	\$ 176.342.536	\$ 200.000,00			
8E-01	MEDELLAN BOYACA	\$ 100.000,00	\$ 130.075.947	\$ 123.948.031	\$ 125.623.258	\$ 125.281.081	\$ 184.286.239	\$ 17.895.432	\$ 122.619.072	\$ 125.303.341	\$ 135.593.195	\$ 137.345.411	\$ 131.881.024	\$ 128.528.330	\$ 1.544.866.362	94%	\$ 130.075.947	\$ 100.000,00			
8E-01	MEDELLAN META	\$ 70.000,00	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 80.000.000	\$ 973.846.088	94%	\$ 80.000.000	\$ 70.000,00			
Subtotal PERSONAS JURIDICAS		\$ 1.691.000.000	\$ 1.937.432.241	\$ 1.810.446.573	\$ 1.729.269.228	\$ 2.454.165.734	\$ 2.364.654.343	\$ 2.229.461.228	\$ 2.329.568.896	\$ 2.221.784.189	\$ 2.249.935.308	\$ 2.298.227.581	\$ 2.281.417.361	\$ 2.328.636.825	\$ 25.241.520.072	93%	\$ 1.937.432.241	\$ 2.050.000.000			
8110101	CLINICA UNIOS SAS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 70.540.000	\$ 21.487.000	\$ 17.325.000	\$ 8.500.000	\$ 13.025.000	\$ 1.980.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 142.527.000	1%	\$ 70.540.000	\$ 50.000,00			
8002201	FONICLINIC IPS SAS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 400.000	\$ -	\$ 835.500	\$ 94.300	\$ 293.200	\$ 39.800	\$ 796.000	\$ 620.000	\$ 493.000	\$ -	\$ 4.564.900	0%	\$ 400.000	\$ 500.000,00			
8004221	PSI LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 50.000	\$ -	\$ -	\$ 235.500	\$ -	\$ 185.000	\$ -	\$ 346.200	\$ 174.600	\$ 1.893.000	\$ 2.864.700	0%	\$ 50.000	\$ 250.000,00			
8110001	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA ANNA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2.470.900	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2.470.900	0%	\$ -	\$ 289.249,57			
8010301	PSI PEDIATRIC HEALTH SAS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 95.200	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 95.200	0%	\$ -	\$ 7.022,22			
8001010	CLINICA BELLOVIVIENTE SAS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 795.300	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 460.000	\$ 1.255.000	\$ 1.255.000	0%	\$ -	\$ 164.802,22			
8005301	MEDICAL SAS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 5.826.990	\$ -	\$ 7.889.000	\$ 1.000.000	\$ 14.821.990	\$ 14.821.990	0%	\$ -	\$ 1.936.462,50			
8E-01	LABORATORIO CLINICO NANCY SANDOVAL PERSONAS NATURALES	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 230.000	\$ 270.000	\$ -	\$ 500.000	0%	\$ -	\$ 500.000,00			
Subtotal PACIENTES FISICAS		\$ -	\$ -	\$ -	\$ 79.075.000	\$ 21.487.000	\$ 21.631.400	\$ 11.340.000	\$ 16.340.000	\$ 5.175.200	\$ 6.847.850	\$ 1.436.000	\$ 3.365.000	\$ 4.793.000	\$ 175.610.550	1%	\$ 79.075.000	\$ 1.000.000,00			
TOTAL VENTAS DE LA GEST.		\$ 1.691.000.000	\$ 1.937.432.241	\$ 1.810.446.573	\$ 1.808.444.228	\$ 2.475.445.734	\$ 2.385.994.343	\$ 2.240.742.028	\$ 2.345.914.796	\$ 2.226.959.209	\$ 2.256.793.208	\$ 2.291.724.581	\$ 2.279.782.461	\$ 2.332.825.325	\$ 25.446.700.622	93%	\$ 1.937.432.241	\$ 2.100.000.000			

GRÁFICA: VENTAS (DATO)



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis:

Miomed SAS en el año la meta de \$2.100.000.000 en ventas.

www.laboratoriosmiomed.com

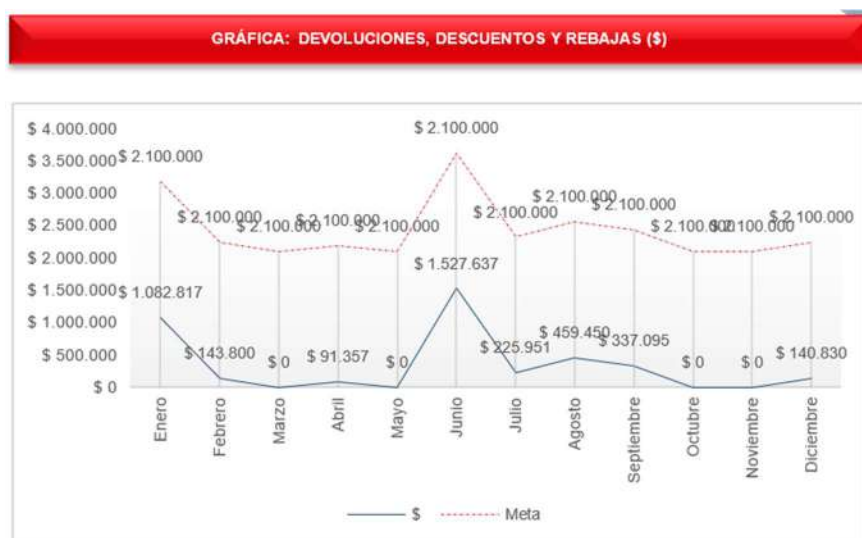


Se describen las ventas con respecto al cumplimiento en dato porcentual:

Primer Semestre ☐ Enero: 92%; Febrero: 91%; Marzo: 86%; Abril: 118%; Mayo: 114%; Junio: 109%

Segundo Semestre □ Julio: 112%; Agosto: 106%; Septiembre: 107%; Octubre: 109%; Noviembre: 105%; Diciembre: 111%

7.3 Devoluciones, descuentos y rebajas



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis:

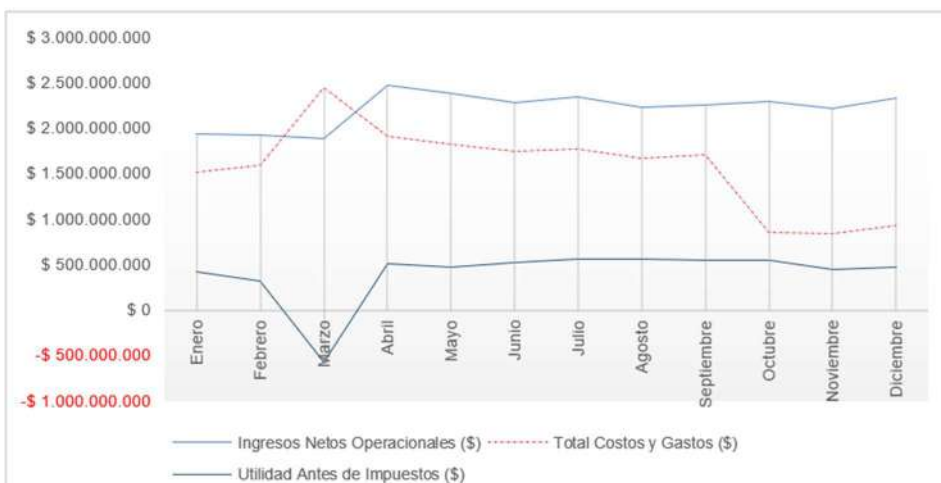
Miomed SAS ha tenido devolución de Medilaser Neiva y Jersalud Tunja, con sus respectivos soportes para dicha devolución.

7.4 Estado de resultados

[illegible]

NoMed SAS Nit. 900.973.064-0															
Dirección Financiera															
Estado de Resultados Detallado															
Periodo: Enero a Diciembre 2024															

GRÁFICA. ESTADO DE RESULTADOS (\$)



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis:

Miomed se proyectó a obtener una utilidad del 20,00% por lo cual se detalla porcentualmente a continuación:

Primer Semestre ☐ Enero: 21,35%; Febrero: 16,54%; Marzo: -30,31%; Abril: 20,62%; Mayo: 20,00; Junio: 22,89%

Segundo Semestre ☐ Julio: 24,08; Agosto: 24,96% Septiembre: 23,46%; Octubre: 23,82%; Noviembre: 20,26%. Diciembre: 20,10%.

7.5 Recaudo





Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis:

Del recaudo que esperaba Miomed SAS en el primer semestre del año 2024 se obtuvo un promedio de 73% de recaudo obtenido, por lo tanto, no se ha cumplido la meta que se proyecta mensualmente.

7.6 Cuentas por Cobrar

Nombre	De 0 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	Mas de 180 días	TOTAL	%
CLINICA MEDILASER SAS	5.614.202.061,00	1.874.532.725,00	717.273.591,00	-	8.206.008.377,00	73%
JERSALUD SAS	2.306.525.112,00	-	-	-	2.306.525.112,00	21%
MEDIFACA IPS SAS	620.942.803,00	-	-	-	620.942.803,00	6%
RED HUMANA SAS	-	-	-	53.307.427,00	53.307.427,00	0%
CLINICA UROS SAS	13.035.000,00	27.327.300,00	-	-	40.362.300,00	0%
Total general	8.554.704.976,00	1.901.860.025,00	717.273.591,00	53.307.427,00	11.227.146.019,00	100%



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis:

www.laboratoriosmiomed.com



Se evidencia que Medilaser es el mayor cliente que tiene cuentas por cobrar pendientes de acuerdo con los tiempos establecidos en los contratos y se encuentra Red Humana con una cartera mayor a 361 días

7.7 Cuentas por Pagar

Tipos	DE 0 A 90 DIAS	DE 91 A 180 DIAS	Total (\$)	%
Honorarios	\$ 10.750.000		\$ 10.750.000	0%
Impuestos	\$ 48.000.000		\$ 48.000.000	1%
Nomina	\$ 401.500.000		\$ 401.500.000	11%
Proveedor medicamentos	\$ 706.766.956	\$ 2.386.274.632	\$ 3.093.041.588	84%
Seguridad social	\$ 112.000.000		\$ 112.000.000	3%
Servicios Públicos	\$ 4.900.000		\$ 4.900.000	0%
Total General	\$ 1.283.916.956	\$ 2.386.274.632	\$ 3.670.191.588	100%
%	35%	65%		

Tabla 2: Cuentas por Pagar



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis:

Miomed a la fecha cuenta con un 65% de cuentas por pagar mayores a 91 días que equivale a \$2.386 millones de pesos, y un 35% entre 0 y 90 días por valor de \$1.283 millones de pesos.

7.8 Flujo de Caja

Flujo de caja Miomed SAS 2024	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general	%	PROMEDIO
SALDO INICIAL	158.029.187	951.567.093	476.966.737	59.786.258	53.311.529	38.926.828	41.593.647	83.590.349	147.295.031	205.459.943	188.361.758	188.361.758			
FUENTES															
RECIBIDOS DE PACIENTES	8.230.529	26.556.841	28.143.557	0.000.000	8.629.188	359.333	638.056	414.178	1.080.542	-	-	23.343.658	638.056	0.1%	3.051.260
OPERACIONES FINANCIERAS	1.900.000.000	2.110.000.000	350.000.000	3.000.000.000	200.000.000	440.000.000	200.000.000	400.000.000	2.800.000.000	2.800.000.000	2.800.000.000	2.800.000.000	18.844.219	0.5%	547.233.100
RECAUDOS	1.095.439.072	2.043.556.795	2.655.833.543	3.204.256.937	2.428.619.224	1.911.669.780	2.159.016.019	2.329.104.625	1.097.364.196	4.089.126.432	2.857.666.518	28.749.793.904	43.000.000	80.87%	2.381.566.626
RENTAS DE INVERSIÓN	-	-	-	-	700.000.000	350.000.000	350.000.000	350.000.000	250.000.000	500.000.000	500.000.000	500.000.000	1.600.000.000	0.00%	306.250.000
TOTAL INGRESOS FLUJO DE CAJA	2.251.210.581	2.322.654.296	3.055.716.796	3.529.321.437	3.229.219.493	2.400.250.304	2.547.236.111	3.201.284.072	3.046.235.181	4.289.237.676	2.094.896.317	3.229.663.399	36.470.267.187	80.00%	2.095.508.435
USOS															
PROVEEDORES	246.836.974	822.172.576	1.974.946.219	1.667.040.000	346.482.460	870.872.876	1.302.841.338	645.338.780	796.308.659	962.226.166	368.953.047	818.307.759	11.691.902.561	32.38%	871.795.547
NOMINA	-	672.895.203	823.171.392	400.448.394	612.886.201	514.518.324	387.462.621	392.794.031	391.530.582	394.630.189	411.892.089	691.001.397	5.765.821.325	16.21%	480.916.444
GASTOS GENERALES	300.175.343	461.586.177	374.009.478	604.163.350	443.779.536	389.395.502	395.302.293	1.273.058.224	2.451.539.595	2.135.106.043	300.608.852	363.052.549	3.681.777.968	27.89%	824.348.964
OPERACIONES FINANCIERAS	357.600.000	308.481.235	36.332.501	30.716.655	84.451.558	443.789.011	469.372.317	388.000.000	20.000.000	693.384.181	111.929.654	897.229.917	4.333.886.789	16.70%	444.073.895
IMPUESTOS	37.135.000	38.560.000	43.376.000	43.376.000	38.560.000	52.493.000	62.508.000	64.363.000	58.000.000	67.953.000	62.185.000	450.947.000	1.079.485.000	3.04%	69.950.417
SEGURIDAD SOCIAL	86.448.900	282.817.100	181.616.100	117.665.200	282.817.100	168.833.000	107.131.000	185.768.300	186.186.500	185.597.000	185.883.000	12.088.800	1.992.722.882	4.37%	625.226.900
GASTOS DE VALOR	-	528.000	4.705.500	895.000	3.330.000	1.847.000	4.426.000	3.996.000	4.375.300	5.167.600	7.789.600	5.864.000	54.652.680	0.15%	4.655.225
RENTAS DE INVERSIÓN	7.930.000	7.930.000	23.536.955	10.453.935	10.453.935	10.453.935	10.453.935	10.453.935	10.453.935	10.453.935	10.453.935	10.453.935	112.512.172	0.30%	11.023.172
AMORTIZACION	18.886.382	2.234.000	469.783	165.180	-	750.000	-	-	-	-	-	-	-	0.05%	3.058.777
TOTAL EGRESOS FLUJO DE CAJA	1.416.214.643	2.616.163.140	3.451.897.860	3.055.166.802	3.229.219.493	2.400.250.304	2.547.236.111	3.201.284.072	3.046.235.181	4.289.237.676	2.094.896.317	3.229.663.399	36.470.267.187	80.00%	2.095.508.435
SALDO FINAL FLUJO DE CAJA	951.567.093	476.966.737	59.786.258	53.311.529	38.926.828	41.593.647	83.590.349	147.295.031	205.459.943	188.361.758	188.361.758	188.361.758	695.558.450		
ABONOS	2.211.759.581	2.339.604.796	3.035.774.700	3.529.321.475	3.229.219.493	2.411.913.113	2.524.708.624	3.329.578.742	3.004.400.089	4.099.270.932	2.184.765.076	3.738.080.089			
CARGOS	1.412.535.948	2.005.777.467	3.445.133.382	3.043.251.897	3.225.482.389	2.404.497.193	2.542.454.953	3.196.704.625	3.042.770.973	4.289.952.382	2.011.048.566	3.640.252			
4 POR 1	5.640.477	9.071.361	6.531.696	5.785.541	3.642.744	4.459.751	4.668.628	4.394.189	3.263.720	7.096.496	3.640.252	-			
IVA	51.224	93.720	325.192	225.264	253.360	354.320	195.328	200.468	200.468	493.898	207.439	-			
IVA	1.418.231.649	2.815.163.148	3.451.997.180	3.055.195.802	3.229.219.493	2.400.250.304	2.547.236.111	3.201.284.072	3.046.235.181	4.289.237.676	2.094.896.317	3.229.663.399			
NOVIEMBRE SALDO COLPATRA	951.567.093	476.966.737	59.786.258	53.311.529	38.926.828	41.593.647	83.590.349	147.295.031	205.459.943	188.361.758	188.361.758	188.361.758			
SALDO FINAL BEVA	951.567.093	476.966.737	59.786.258	53.311.529	38.926.828	41.593.647	83.590.349	147.295.031	205.459.943	188.361.758	188.361.758	188.361.758	695.558.450		

Fuente del Dato: Índigo Vie

7.9 Pago de impuestos con el Estado

www.laboratoriosmiomed.com



DIAN 02-08-2024 / 15:08:03 QUINTERO GAMBOA MAUREEN ISABEL - MIOMED SAS

Alarmas Tareas Asuntos Cerrar

Consulta Obligación

Los saldos de las obligaciones con saldo "Deuda Vencida" reflejados en la presente consulta, no incluyen los intereses moratorios ni la actualización sanción a que hubiere lugar. Dichos valores se liquidarán a la fecha en que usted genere el Recibo Oficial de Pago Impuestos Nacionales (F490), pulsando el botón "Liquidación".

Consolidado de obligaciones por tipo saldo

Saldo	Cantidad	Valor (\$)	Ver Detalle
AL DIA ✓	101	0	
CON EXCEDENTE ✓	4	890.000	
SALDO A FAVOR 41	1	4 210 831.000	

© Derechos Reservados DIAN - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales 2024

Fuente del Dato: DIAN

Análisis:

A la fecha evaluada Miomed SAS se encuentra al día con sus obligaciones ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

7.10 Sistema de Seguridad Social

aportes en línea MIOMED SAS
NIT 900973964-6
SUCURSAL PRINCIPAL BOGOTÁ
TIPO EMPLEADOR: EMPRESA
PERFIL: NÓMINA
ÚLTIMO ACCESO: 2025/01/21 16:47:05

Cecantías Empleador Empleados Liquidaciones Novedades Add-ins Excel Informes Personalizados Pensiones Voluntarias Nómina Electrónica Salir

Liquidaciones

Para corregir una planilla que ya fue pagada, ahora podrás hacerlo a través de la opción "Corregir" del menú de opciones de la planilla

+ Adicionar Liquidación

Página 1 de 13 ☒ Incluir planillas pagadas Planilla Buscar

Opciones	Periodo	Fecha Límite	Fecha Pago	Número Empleados	Valor a Pagar	Tipo Planilla	Planilla	Pago/CUS	Ver
Opciones	2024-12	2025/01/17	2025/01/20	199	\$189,784,900	E	9480408375	1202807019	Ver
Opciones	2024-11	2024/12/16	2024/12/20	191	\$121,068,800	E	9479256264	1141947796	Ver
Opciones	2024-11	2024/12/16	2025/01/16	1	\$32,400	N	9480316213	1197213350	Ver
Opciones	2024-10	2024/11/19	2024/11/18	185	\$115,883,800	E	9477390338	1058576625	Ver
Opciones	2024-09	2024/10/16	2024/10/16	179	\$115,534,700	E	9475523305	985828339	Ver
Opciones	2024-08	2024/09/16	2024/10/17	2	\$84,500	N	9475335753	987040564	Ver
Opciones	2024-08	2024/09/16	2024/09/13	178	\$116,118,700	E	9473290197	911617520	Ver
Opciones	2024-07	2024/08/16	2024/10/17	2	\$72,000	N	9475335663	987059915	Ver
Opciones	2024-07	2024/08/16	2024/08/15	178	\$115,998,300	E	9471353195	846309028	Ver
Opciones	2024-06	2024/07/16	2024/07/15	178	\$116,337,600	E	9469951916	778119251	Ver

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

Fuente del Dato: Aportes en Línea

Análisis:

A la fecha Miomed SAS se encuentra al día con el pago de seguridad social de los colaboradores.

www.laboratoriosmiomed.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



7.11 Reporte de Nómina Electrónica

Consultar documentos enviados

Miomed Sas
Quintero Caminos Maureen Isabel

Código único: Prefijo y folio: NIT receptor: Rango de fechas: 2023/01/01 - 2023/01/21

Tipo de documento: Resultado: Estado RADIAR: Tipo de referencia:

Resultados de búsqueda

Mostrar 10 registros

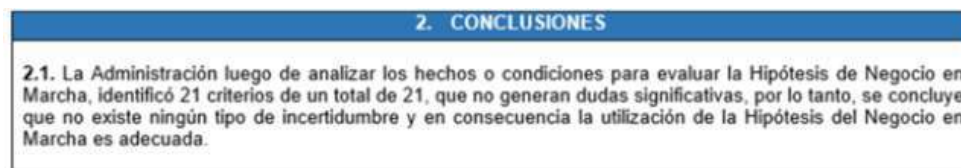
Recepción	Fecha	Prefijo	N° documento	Tipo	NIT Emisor	Emisor	NIT Receptor	Receptor	Resultado	Estado RADIAR	Valor Total
17-01-2023	17-01-2023	6727	Nómina individual	900973064	MIOMED SAS	26422007	MARIA ANGELICA PE...	Aprobado	No Aplica	\$2,833,892	
17-01-2023	17-01-2023	6590	Nómina individual	900973064	MIOMED SAS	1016079324	STEFANIVY ZARAZA ...	Aprobado	No Aplica	\$1,689,323	
17-01-2023	17-01-2023	6682	Nómina individual	900973064	MIOMED SAS	1009738378	PABLO MAURICIO GA...	Aprobado	No Aplica	\$4,236,045	
17-01-2023	17-01-2023	6681	Nómina individual	900973064	MIOMED SAS	1007179476	SANTIAGO CALINDO ...	Aprobado	No Aplica	\$3,181,577	

Fuente del Dato: DIAN

Análisis:

A la DIAN la última nómina electrónica reportada fue la del mes de diciembre, sin novedades, estando al día con la obligación.

7.12 Evaluación de Hipótesis de negocio de puesta en marcha



Fuente del Dato: Estados Financieros

Análisis: Miomed SAS no genera dudas significativas sobre el Negocio en marcha a corte de 30 de noviembre del presente año.

8 ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES POSTERIORES AL CIERRE DEL EJERCICIO

No se han registrado hechos relevantes posteriores al cierre del ejercicio hasta la fecha de elaboración del informe de gestión.

9 EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD

Para la Vigencia 2025 se tiene proyectado, fortalecimiento en el portafolio de servicio de la empresa de Miomed con el procesamiento invitro de los siguientes exámenes Citometría de flujo, biología Molecular para marcadores de diagnóstico o control de patologías Oncológicas.

Con la apertura de la sede Myriam Parra como centro de referencia para atención de Gestante especializar a Miomed en exámenes de apoyo Diagnostico relacionados con la detección temprana de Riesgo de

www.laboratoriosmiomed.com



Preeclampsia en las mujeres embarazadas con la implementación de las pruebas de Biomarcadores PLGF, PAPPa y Beta Libre.

Como nueva unidad de Negocio para la empresa Miomed se contempla la integridad del apoyo diagnóstico con la patología básica y especializada, como soporte al diagnóstico de las enfermedades Oncológicas.

10 PARTES VINCULADAS (PARTES RELACIONADAS) – OPERACIONES CELEBRADAS CON SOCIOS Y ADMINISTRADORES

VINCULADOS		
Nombre	Identificación	Tipo de Vinculación
MAUREEN ISABEL QUINTERO GAMBOA	52713748	Representante Legal Principal
URIEL CRUZ VEGA	93409150	Representante Legal Suplente

Fuente del Dato: Estados Financieros

Durante el periodo objeto de este informe, Miomed S.A.S. ha llevado a cabo un riguroso seguimiento y control de las operaciones celebradas entre la sociedad, sus socios y administradores, en estricto cumplimiento de las normativas legales vigentes, así como de los estatutos sociales.

En este sentido, es importante destacar que las operaciones realizadas entre Miomed S.A.S. y sus socios o administradores se han ajustado plenamente a las disposiciones contenidas en la Ley 222 de 1995 y el Código de Comercio, que regulan los conflictos de interés y las transacciones entre Partes Vinculadas. Asimismo, dichas operaciones han sido previamente autorizadas por la Asamblea de Accionistas, cuando así lo ha requerido la normativa interna, y se ha dado total cumplimiento al principio de transparencia en la gestión administrativa y financiera.

Entre las principales operaciones celebradas con los socios y administradores, se destacan las siguientes:

- **Transacciones con los Socios:** Durante el periodo objeto de este informe, Miomed S.A.S. confirma que no se han realizado transacciones con sus socios. La Administración ha llevado a cabo un monitoreo continuo y ha verificado que no se han celebrado operaciones comerciales, financieras ni de cualquier otra índole entre Miomed S.A.S y sus socios durante el presente ejercicio fiscal.
- **Transacciones con los Administradores:** Durante el periodo objeto de este informe, Miomed S.A.S. confirma que no se han realizado transacciones con sus administradores. La Administración ha llevado a cabo un monitoreo continuo y ha verificado que no se han celebrado operaciones comerciales, financieras ni de cualquier otra índole entre Miomed S.A.S y sus administradores durante el presente ejercicio fiscal.

11 ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR POR PARTE DE LA SOCIEDAD

El estado de cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor por parte de la sociedad.



En el periodo objeto del presente informe, la administración de Miomed S.A.S. ha llevado a cabo las indagaciones y verificaciones pertinentes para garantizar el cumplimiento estricto de las disposiciones legales en materia de propiedad intelectual y derechos de autor, conforme a lo estipulado en la Ley 603 de 2000, en especial lo relativo a la utilización de software y la observancia de las licencias correspondientes.

Como resultado de estas gestiones, se ha confirmado que todos los programas informáticos utilizados por Miomed cuentan con licencias de uso debidamente adquiridas, respetando los términos y condiciones impuestas por los titulares de los derechos de autor de dicho software. Este hecho asegura que Miomed S.A.S. se adhiere al cumplimiento del artículo 1 de la Ley 603 de 2000, en la cual se establece la obligación de informar en los informes de gestión sobre la situación de la empresa en relación con la propiedad intelectual, en particular respecto al uso legal de software.

Adicionalmente, Miomed S.A.S. ha implementado mecanismos de control y seguimiento continuo para asegurar que cualquier nuevo software, o actualización del mismo, cumpla con las licencias requeridas, evitando el uso de productos piratas o no autorizados, con lo cual se refuerza el compromiso de la empresa con la legalidad y el respeto de los derechos de autor.

Por lo anterior, se puede afirmar que Miomed S.A.S. ha dado cumplimiento cabal no solo a las disposiciones en materia de software, sino también a las demás normativas aplicables en cuanto a propiedad intelectual y derechos de autor. Esto incluye la protección de contenidos y obras originales dentro de las actividades desarrolladas por la sociedad, garantizando que no se vulneren derechos de terceros en el ejercicio de sus funciones.

12 CONSTANCIA ARTÍCULO 87 PARÁGRAFO 2 LEY 1676 DE 2013 (libre circulación de facturas de conformidad)

En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 87 de la Ley 1676 de 2013, la administración de esta entidad manifiesta que en ningún momento ha obstaculizado ni entorpecido la libre circulación de las facturas. De manera específica, no se ha interpuesto en las operaciones de factoring que los proveedores pudieran haber realizado con las facturas de venta emitidas a la Sociedad durante el período en cuestión. La organización ha actuado conforme a los principios de transparencia, legalidad y buena fe, garantizando que los proveedores pudieran gestionar sus facturas sin restricciones, en plena conformidad con la normativa aplicable.

13 SEGUIMIENTO A PROYECTOS

Los proyectos que se encuentran en curso y están en proceso de revisión son:

1. Implementación sección de Citometría de Flujo como apoyo al diagnóstico, control y seguimiento de patologías oncológicas.

Actualmente se están actualizando las propuestas comerciales de las dos casas comerciales BD y Beckman Coulter.

2. Proyecto de Patología Básica y Especializada.





**MAUREEN ISABEL QUINTERO GAMBOA
FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL
MIOMED S.A.S.**

