



MiOMED
S.A.S

*Laboratorio Clínico y
Servicio Transfusional*

**INFORME
DE GESTIÓN
DICIEMBRE 2025**



SC-CER814339



www.laboratoriosmiomed.com

Contenido

Contenido	2
1 GESTIÓN GERENCIAL	6
1.1 Contratos con Clientes	6
1.2 Estadística de Servicios	8
1.2.1 Jersalud Boyacá.....	8
1.2.2 Jersalud Meta	10
1.2.3 Medilaser Facativá	12
1.2.4 Medilaser Florencia.....	13
1.2.5 Medilaser Sede Centro.....	16
1.2.6 Medilaser Tunja.....	18
1.2.7 Medilaser Myriam Parra	20
1.2.8 Medilaser Abner Lozano	23
2. GESTION DE MERCADEO	25
2.1. Solicitudes realizadas	25
2.2. Gestión de parrilla de contenidos.....	25
2.3. Indicadores relevantes de redes sociales	26
3. GESTIÓN JURÍDICA	27
3.1 Cumplimiento de contratos.....	27
3.2 Proporción de Actuaciones Administrativas.....	27
3.3 Acciones Constitucionales.....	28
.....	28
4. GESTIÓN DE CALIDAD	29
4.1. Informes de comités	29
4.1.1. Nacional.....	29
4.2. Gestión de Control Interno	30
4.2.1. Auditoría Interna a Procesos (Nacional).....	30
4.2.2. Auditoría a Proveedores (Nacional).....	36
4.3. Auditorías Externas Recibidas	40
4.3.1. Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos	43
4.4. Satisfacción de usuarios	43



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

4.4.1.	Jersalud Boyacá.....	43
4.4.2.	Jersalud Meta	45
1.2.9	Medifaca	46
4.4.3.	Medilaser Florencia.....	47
1.2.10	Medilaser Carrera 7	49
4.4.4.	Medilaser Tunja.....	50
4.4.5.	Medilaser Myriam Parra	51
4.4.6.	Medilaser Abner Lozano	53
4.5.	Seguridad del paciente.....	54
4.5.1.	Proporción de Eventos Adversos e Incidentes	54
4.5.2.	Jersalud Boyacá.....	54
4.5.3.	Jersalud Meta	55
4.5.4.	Medilaser Facatativá	56
4.5.5.	Medilaser Florencia.....	58
4.5.6.	Medilaser Carrera 7	59
4.5.7.	Medilaser Tunja.....	60
4.5.8.	Medilaser Myriam Parra	61
1.3	Gestión del Riesgo Organizacional	63
1.3.1	Identificación del riesgo LAFT-FPADM, COF	64
1.4	Gestión documental	66
4.5.9.	Gestión de Estandarización documental	66
4.5.10.	Mejoramiento de Procesos	66
5.	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA	67
1.5	Gestión de Archivo.....	67
5.1	Gestión Biomédica	68
1.5.1	Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo - Global.....	68
1.5.2	Proporción de mantenimientos correctivos – Globales	69
1.5.3	Proporción de calibraciones – Global	70
5.2	Gestión ambiental	71
5.2.1	Sucursal Huila	71
5.2.2	Sucursal Caquetá.....	73
5.2.3	Sucursal Cundinamarca	75
5.2.4	Sucursal Boyacá	77



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

1.5.4	Sucursal meta	79
6.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	81
1.6	Indicadores Nacionales	81
6.1.1	Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas	81
1.6.1	Proporción de Certificaciones por Competencias	81
6.1.2	Proporción de satisfacción de clima organizacional	82
6.2	Indicadores de Talento Humano	83
6.2.1	Índice de rotación de personal	83
6.2.2	Proporción de satisfacción de actividades de talento humano.....	86
6.3	Seguridad y Salud en el Trabajo	88
1.6.2	Frecuencia de Accidentalidad.	88
1.6.3	Ausentismo Por Causa Médica	89
7.	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	90
7.1	Proporción de avance de Estrategia Operación TIC Nacional	90
7.2	Licencias	94
7.3	Inventarios	95
7.4	Proporción de Necesidades Atendidas en sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información.....	96
1.7	Promedio de tiempo de respuesta por Prioridad de casos resueltos a través del sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información.	97
8.	GESTIÓN FINANCIERA	98
8.1	Indicadores financieros	98
8.2	Informe Ventas.....	99
8.3	Devoluciones, descuentos y rebajas	100
1.8	Estado de resultados.....	100
8.4	Recaudo.....	102
1.9	Cuentas por Cobrar.....	103
8.5	Cuentas por Pagar	104
1.10	Flujo de Caja	105
1.11	Pago de impuestos con el Estado.....	105
1.12	Sistema de Seguridad Social.....	106
1.13	Reporte de Nómina Electrónica	106
8.6	Evaluación de Hipótesis de negocio de puesta en marcha.....	107
9.	ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES POSTERIORES AL CIERRE DEL EJERCICIO	107



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

10. EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD	107
11. PARTES VINCULADAS (PARTES RELACIONADAS) – OPERACIONES CELEBRADAS CON SOCIOS Y ADMINISTRADORES	107
12. ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR POR PARTE DE LA SOCIEDAD.....	108
13. CONSTANCIA ARTÍCULO 87 PARÁGRAFO 2 LEY 1676 DE 2013 (libre circulación de facturas de conformidad)	109
14. SEGUIMIENTO A PROYECTOS.....	109



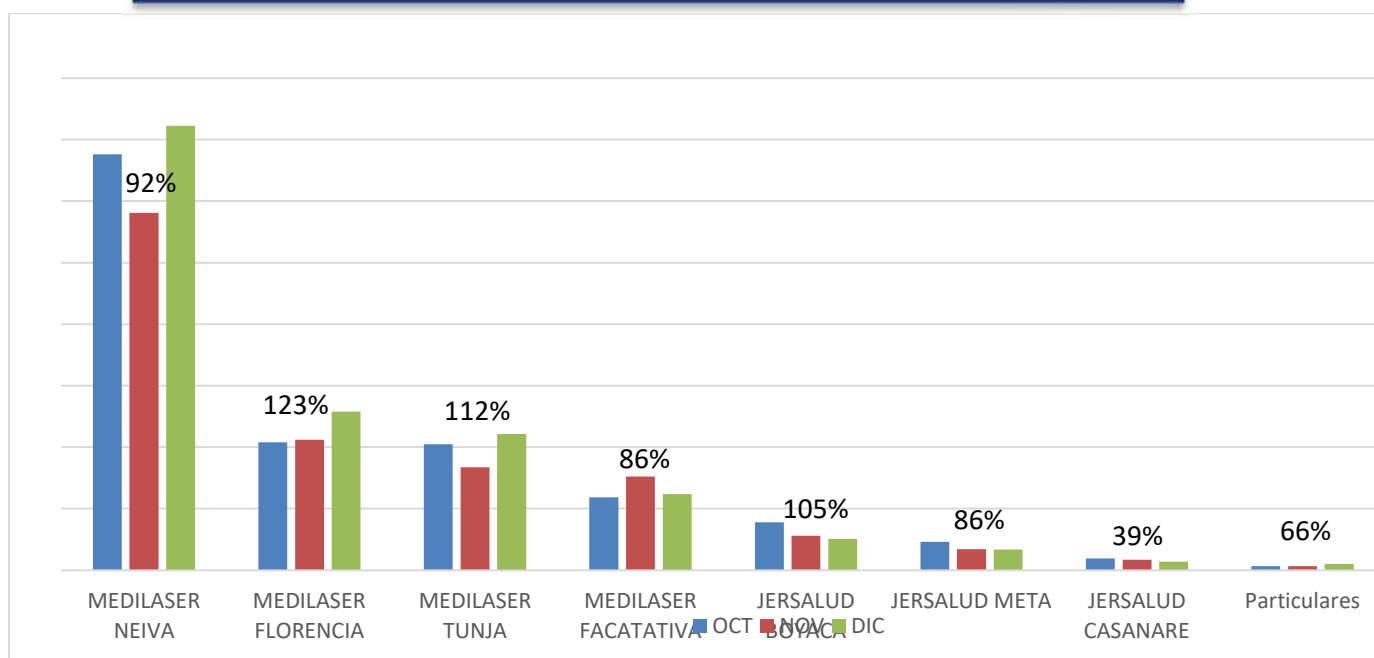
“Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario

1 GESTIÓN GERENCIAL

1.1 Contratos con Clientes

CLIENTE	TIPO DE CONTRATO	VIGENCIA	VALOR DE CONTRATO MILLONES	FIRMADO
Clínica Medilaser	Evento	31-03-2026	24.250.350.000	si
Clínica Medifaca	Evento	31-03-2026	2.300.000.000	si
Jersalud Boyaca – meta	Cápita - Evento	31-12-2025	NA	si
Clientes Particulares	Evento	NA	25.000.000	si

EJECUCIÓN DE CONTRATO POR CLIENTE (\$)



Fuente del Dato: Fichas técnicas de contratación

Análisis: El año 2025, según el análisis de los datos se obtuvo la siguiente información:

La empresa Miomed recibió ingreso por prestación de servicios por la suma de \$ 33.600.000.000, lo que represento un 97,3% con respecto al presupuesto proyectado.



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

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

Importante recordar que Facatativá a partir del 30 de octubre de 2025 realizo cambio de razón social

_Medilaser Sede Neiva: ingresos por valor \$ 16.533.222.156, lo que representa un 92% sobre la meta establecida.

_Medilaser Sede Florencia ingresos por valor \$ 5.209.692.251 lo que representa un 123 % sobre la meta establecida.

_Medilaser Sede Tunja ingresos por valor \$ 4.767.846.543 lo que representa un 112% sobre la meta establecida.

_Medilaser Sede Facatativá ingreso por valor \$ 2.938.994.962 lo que representa un 86 % sobre la meta establecida.

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

_Jersalud Boyacá: ingresos por valor de \$ 156.361.001 lo que representa un 105% sobre la meta establecida.

_Jersalud Meta: ingresos por valor \$ 91.968.307 lo que representa un 100% sobre la meta establecida.

_Jersalud Casanare: ingresos por valor \$ 16.604.912 con un 39% sobre la meta establecida.

- Clientes Particulares por valor de \$ 197.674.930 con un porcentaje sobre la meta del 66%

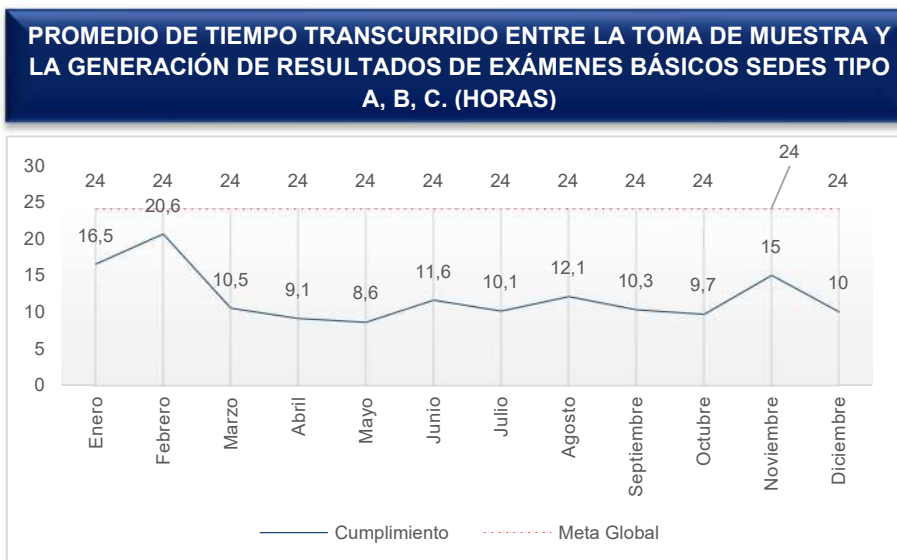
Los clientes actuales son:

- FONOCLINIC IPS SAS (Mocoa)
- OFTALMOLASER (Neiva)
- IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GICELA R. (Neiva)
- PERSONAS NATURALES (Tunja- Neiva)
- Clínica Belo Horizonte (Neiva)



1.2 Estadística de Servicios

1.2.1 Jersalud Boyacá



Fuente del Dato: Tablero Jersalud - SharePoint

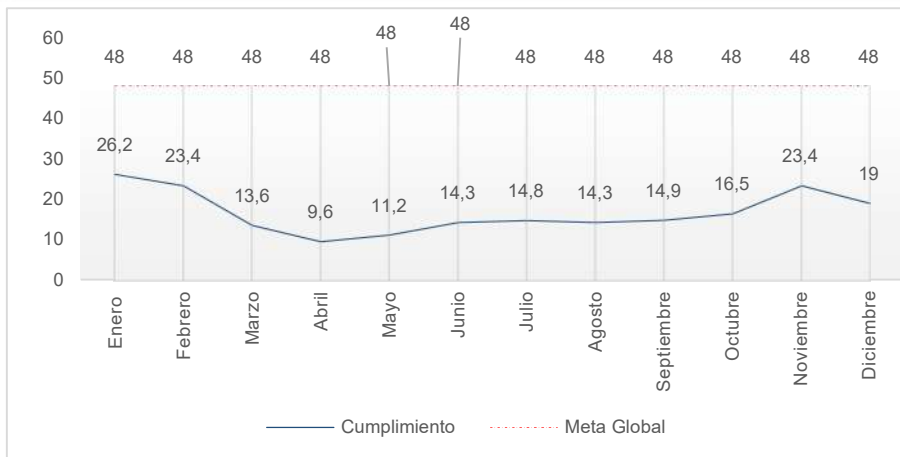
Análisis: El resultado para el indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes básicos” en Jersalud Boyacá tiene un promedio en el año 2025 de 12 horas, dato que se encuentra por debajo de la meta que corresponde a 15 horas; se evidencia un indicador con 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.



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

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



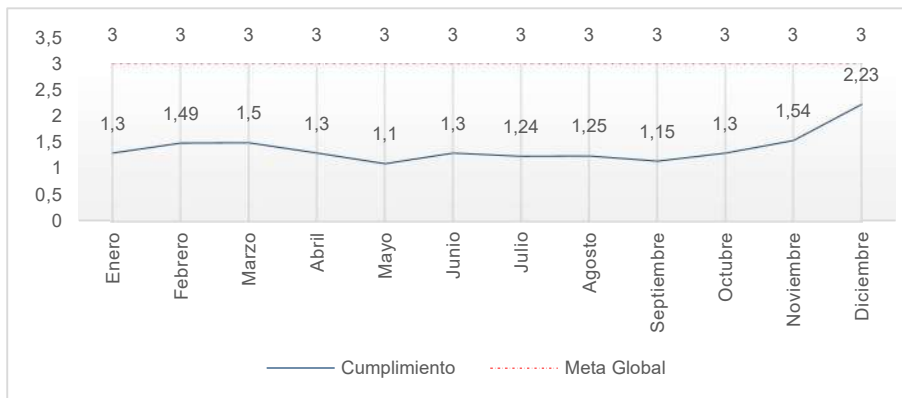
El resultado para el indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes básicos” en sedes tipo D Jersalud Boyacá tiene un promedio en el año 2025 de 16 horas, dato que se encuentra dentro de la meta que corresponde a 48 horas. Se evidencia un indicador con tendencia positiva, aunque durante el año se presentaron fallas como falta de reactivos, fallas de software de laboratorio, 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.

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.



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

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



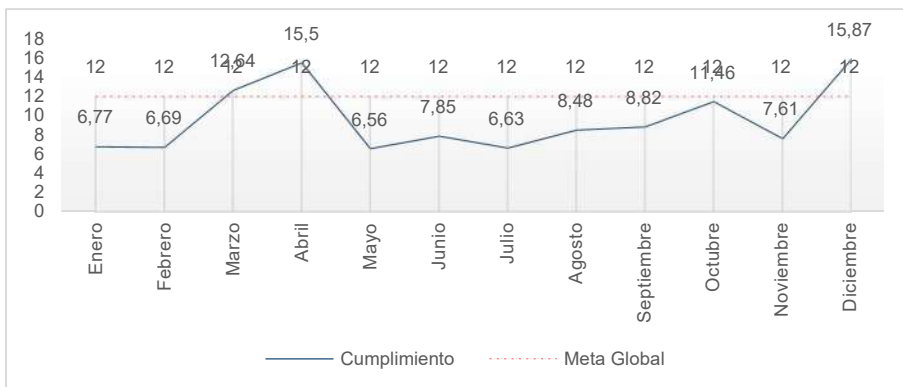
Fuente del Dato: Tablero Jersalud - SharePoint

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 2025 de 1.40 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.

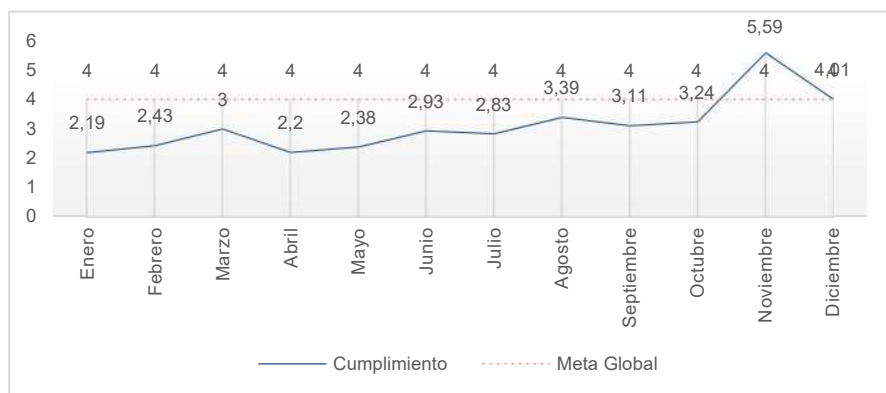


“Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario”

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 2025 fue de 9.57 horas, dato que se encuentra dentro de la meta máxima establecida de 12 horas. De la totalidad de exámenes procesados, se encuentran 131.265 exámenes se clasificaron como básicos que corresponden a las secciones de hematología, química, coagulación y microscopía. Se observa un indicador con tendencia positiva, a pesar de que durante el año se presentaron situaciones como falta de reactivos, ausencias de personal, fallas en equipos biomédicos y demoras en el transporte de muestras desde las sedes. Es importante resaltar que estas incidencias fueron controladas oportunamente y se mantiene un seguimiento continuo para prevenir su recurrencia. Desde el área de Calidad y la Coordinación Técnica se realiza un monitoreo diario de todos los procesos, con el objetivo de identificar oportunamente cualquier falla que pueda impactar el correcto funcionamiento del laboratorio clínico y aplicar acciones de mitigación 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: 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 2025 fue de 3.10 días, dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a 4 días. Se encuentran 50.790 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 4,27 días, el total de remisiones fueron 8.897 muestras. Se evidenciaron algunas fallas durante el año como demora en cargar resultados remitidos, fallas



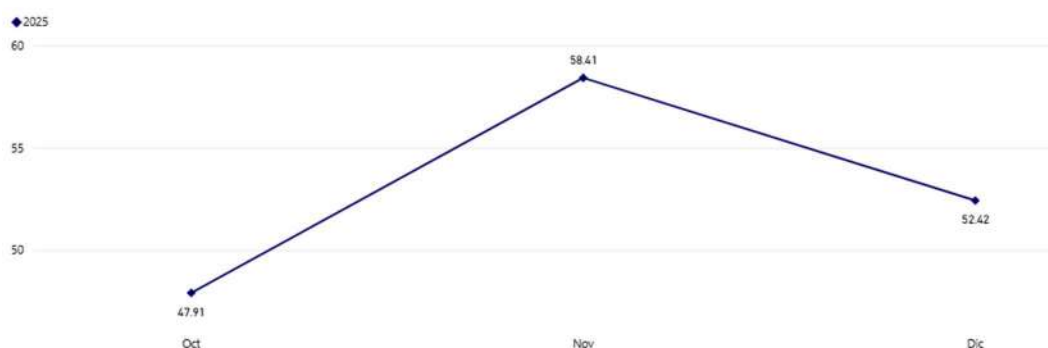
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

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 en la validación de resultado de todas las secciones con el fin intervenir desviaciones encontradas.

1.2.3 Medilaser Facatativá

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



Fuente del Dato: Tablero Medilaser Facatativá – Power Bi

Análisis: El resultado para el indicador promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestra general para el año 2025 fue de **55 minutos**, con cumplimiento debido a que la meta es de 60 minutos; no tuvo cumplimiento para el servicio de UCI con un resultado de 108 minutos, debido a que no se tiene adherencia al correcto diligenciamiento de fecha y hora sugerida al momento de solicitar los exámenes de laboratorio clínico, adicional las muestras no se recolectan en la fecha y hora sugerida por parte del personal de enfermería.

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



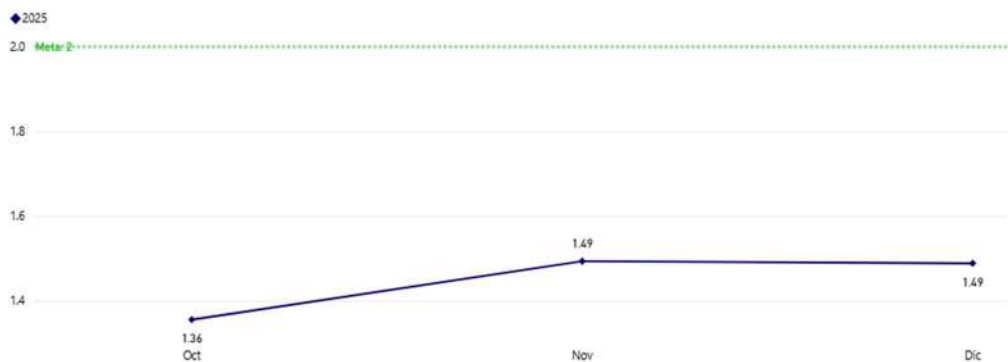
Fuente del Dato: Tablero Medilaser Facatativá – Power Bi



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

Análisis: El resultado para el indicador promedio de tiempo desde el examen hasta el resultado general para el año 2025 fue de **48 minutos**, con cumplimiento de meta, la cual se encuentra en 60 minutos.

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



Fuente del Dato: Tablero Medilaser Facatativá – Power Bi

Análisis: El resultado del indicador promedio de tiempo desde la orden hasta el resultado intrahospitalario general para el año 2025 quedo en **1,49 horas** con cumplimiento de meta, la cual es de 2 horas.

1.2.4 Medilaser Florencia

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

- Análisis Indicador
- Ficha Técnica Indicador
- Gráfico de Líneas
- Gráfico de Barras
- Indicadores Operativos



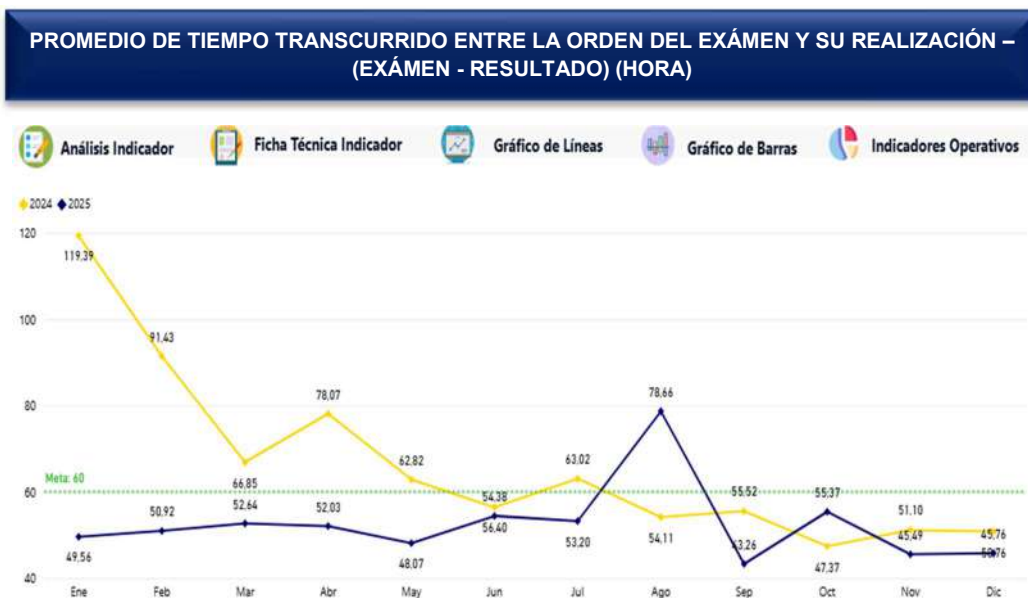
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

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 2025 fue de 55,08 minutos, presentando cumplimiento sobre la meta nominal de 60 minutos, de manera desagregada por servicios se obtuvo los siguientes datos; Hospitalización (58,35 minutos), UCI (85,03 minutos), Ginecología (60,76 minutos), Urgencias (46,47 minutos).

La inoportunidad es atribuible, demora en toma de muestras realizadas por otros profesionales del servicio: Líquidos corporales, cultivos, hemocultivos, gases arteriales, orinas por sonda, 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, falta de cubículo para la toma de muestras en el servicio de urgencias para privacidad y comodidad del paciente, 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. Desde el área de Calidad y la Coordinación Técnica se realiza un monitoreo diario de todos los procesos, con el objetivo de identificar oportunamente cualquier falla que pueda impactar el correcto funcionamiento del laboratorio clínico y aplicar acciones de mitigación en el menor tiempo posible.

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

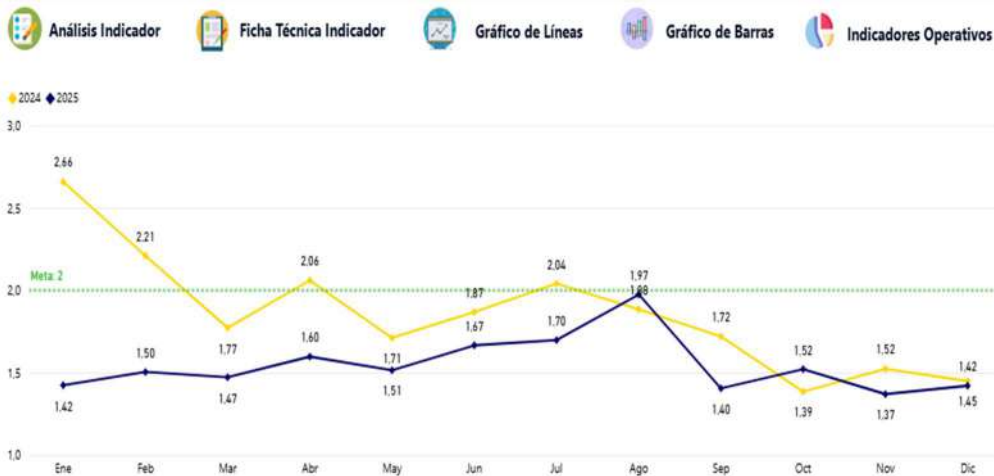


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

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 2025 fue de 52,44 minutos, presentando cumplimiento sobre la meta nominal que corresponde a 60 minutos, de manera desagregada por servicio Hospitalización (54,46 minutos), UCI (48,70 minutos), Ginecología (53,52 minutos), Urgencias (53,15 minutos).

En el mes de agosto se presentó una desviación en el indicador, atribuida principalmente a las siguientes novedades: El 08/08/2025 se agota reactivo de TSH, a las 22:38 hasta el 13/08/2025 hasta las 10:30 am, 09/08/2025 se agota reactivo de CEA desde las 04:10 am hasta el 13/08/2025 hasta las 10:30 am, 12/08/2025 se agota reactivo de influenza desde las 18:18, el 12/08/2025 se agota reactivo de Beta desde las 22:09 hasta el 13/08/2025 hasta las 10:30 am, 13/08/2025 Compact Max detenido por fallas en el control de calidad interno de PTT y Fibrinógeno desde las 12:30 am hasta el 13/08/2025 a las 19:30, 15/08/2025 equipo de gases detenido por cambio de módulo de medida y calibración del sodio desde la 01:00 am hasta las 03:00 am, 19/08/2025 sin sistema de Indigo desde las 17:00 hasta las 17:30, los días 29 – 30 – 31 se presenta fallas en el sistema de Indigo, demoras para el ingreso y cargue de resultados, el 30/08/2025 jornada de fumigación donde queda inhabilitado el Laboratorio Clínico desde las 10:00 pm hasta las 12:00 am.

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



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

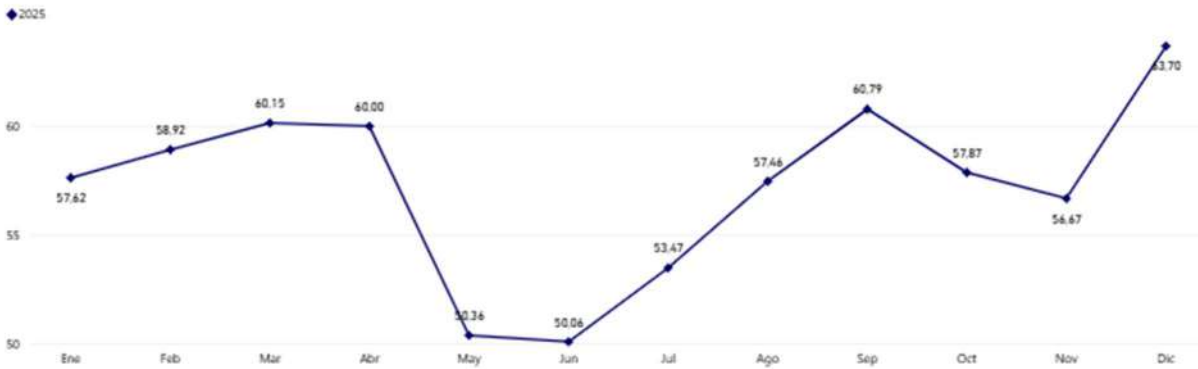
Análisis: El resultado obtenido para el indicador promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen y la generación del resultado Sucursal Florencia el promedio para el año 2025 fue de 1,54 (1 hora con 54 minutos), presentando cumplimiento a la meta nominal establecida que corresponde a 2 horas, de manera desagregada por servicios Hospitalización (1 hora 28 minutos), UCI (1 hora 50 minutos), Ginecología (1 hora 67 minutos), Urgencias (1 hora 57 minutos).



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

1.2.5 Medilaser Sede Centro

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



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El resultado para el Indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y su realización, para el año 2025 fue de 56 minutos, atribuible a:

- Demora en toma de muestras realizadas por otros profesionales del servicio: Líquidos corporales, cultivos, gases arteriales.
- Demora en la toma de muestras en las unidades cerradas
- 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.



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

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



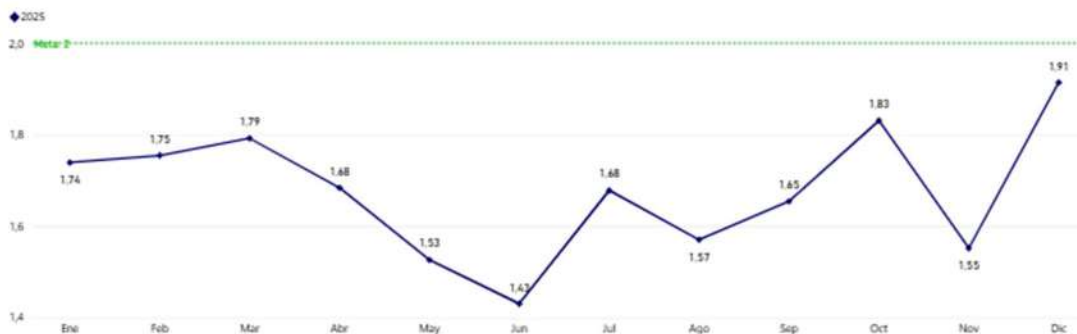
Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El resultado para el Indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de muestras y la generación de resultados, para el año de 2025 fue de 54 minutos, estando dentro de la meta establecida que corresponde a 60 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 durante algunos días del periodo evaluado

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

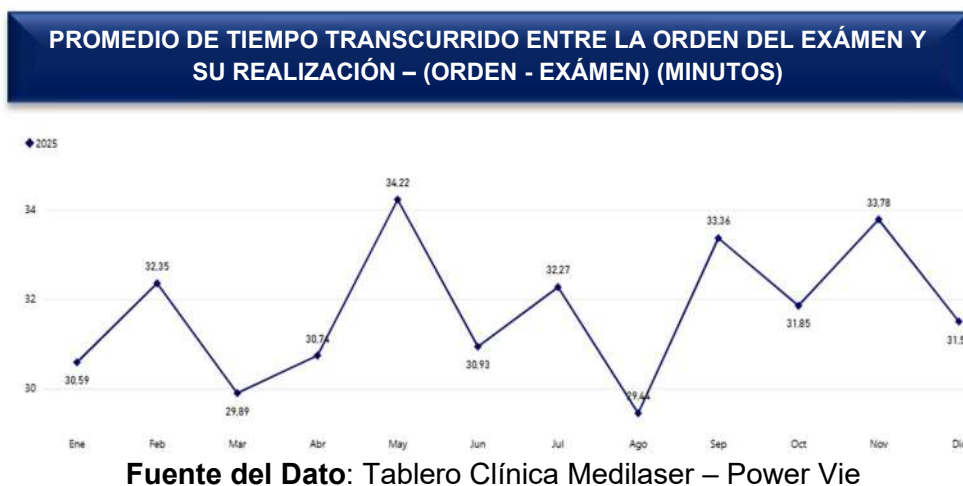


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

El resultado del Indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y la generación del resultado, para el año 2025 fue de 1,67 (1 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



Análisis: El resultado obtenido para el indicador "Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestra TUNJA" en el año 2025 fue de 31.76 minutos, dato que se encuentra dentro de la meta de 60 minutos.

Se considera necesario fortalecer las intervenciones sobre los servicios ya que se evidencian fallas como:

- Recepción incorrecta de muestras y que conllevan a anulación.



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

- Demora en cargue de consentimientos de VIH a historia clínica.
- Solicitud de uroanálisis y urotac al mismo tiempo, conllevando a demoras en recolección de muestras de orina.
- Demora en recolección de muestras que dependen del paciente como orina.

Como acción de mejora se solicitó a dirección médica que las ordenes de pacientes con urotac y uroanálisis lleven hora sugerida ya que por proceso técnico de la prueba esta muestra no puede ser recogida hasta que el urotac sea realizado.



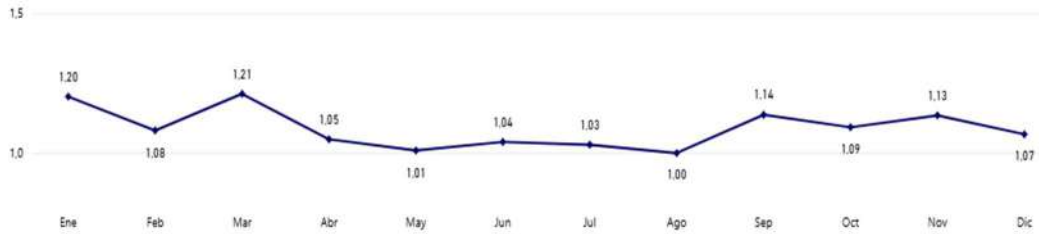
Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

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 2025 obtuvo un tiempo promedio de 45.80 minutos dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a 60 minutos, atribuida al buen control de situaciones ante contingencias, disponibilidad de equipos backup, reactivos e insumos necesarios para el procesamiento de los exámenes solicitados, y talento humano completo. Como acción de mejora, se plantea realizar auditorías y rondas de seguridad a todos los procesos para identificar brechas y poderlas mitigar.



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

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

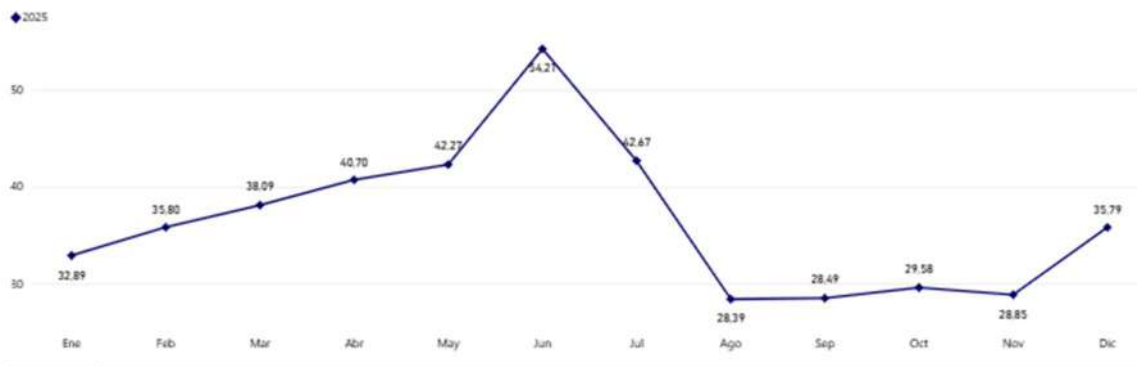


Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

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 2025 obtuvo un tiempo promedio de 1,09 horas, cumpliendo la meta establecida que corresponde a 2 horas atribuida que los tiempos de oportunidad en toma de muestras y entrega de resultados han permanecido estables y aunque se presentan contingencias durante el mes se mitigan en el momento para evitar desviaciones significativas. 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)

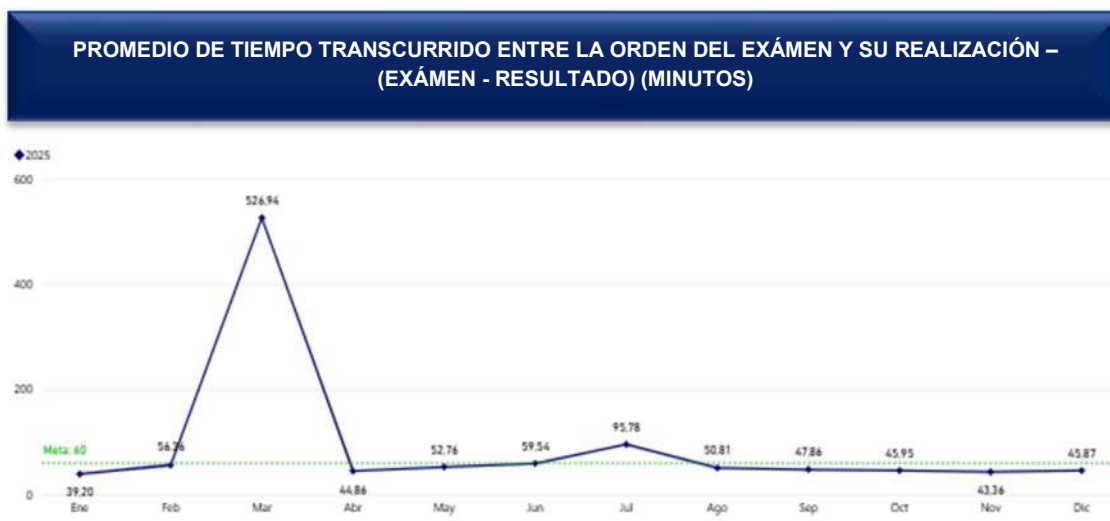


Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie



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

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 consolidado del año 2025 fue de 36.47. El resultado es atribuible gracias a la realimentación que se ha realizado en unidades de cuidados intensivos por parte de coordinación técnica y profesional especializado de calidad, centrando la importancia en la oportunidad de la toma de muestras por parte del personal de enfermería y terapeutas, evidenciando que los tiempos en UCI han disminuido porcentualmente favoreciendo el tiempo general. 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.



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de la muestra en el laboratorio y la generación del resultado (Sede Myriam Parra – Global), Neiva”, correspondiente al año 2025, presentó un valor promedio de 92,44 minutos, ubicándose por fuera de la meta establecida de 60 minutos. Este resultado se atribuye principalmente a la ocurrencia de dos meses con valores fuera de rango, los cuales impactaron de manera significativa el promedio anual del indicador. Específicamente, en los meses de marzo y julio se incluyeron resultados de exámenes remitidos que fueron validados erróneamente como exámenes procesados en la sede, generando una alteración en el cálculo del tiempo promedio.

No obstante, se resalta que durante la mayoría de los meses del año el indicador cumplió con la meta establecida. Como acción de mejora, se continuará reforzando con los profesionales de bacteriología la importancia de la generación de resultados dentro de los tiempos definidos, así como el seguimiento a los auxiliares de laboratorio respecto al cargue oportuno de exámenes en el sistema y la entrega adecuada de las muestras a los bacteriólogos en turno para su procesamiento oportuno.



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

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



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

Análisis: Para 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 año 2025 se obtuvo un promedio de 1.84 horas (1 hora y 54 minutos) estando por debajo de la meta establecida que es de 2 horas.

El resultado es atribuible a:

- Disminución en promedio de tiempo de toma de muestras en unidades cerradas (UCIS) para muestras como líquidos corporales, gases arteriales, especímenes para cultivos.
- Oportunidad en toma de muestra en los diferentes servicios por parte del personal auxiliar de laboratorio designado para esta actividad.
- Oportunidad en la generación de resultados de exámenes, incluyendo exámenes remitidos a laboratorios de otras sedes que son red de apoyo en la realización de exámenes de baja frecuencia.
- Adaptación de los procesos por parte del personal nuevo de laboratorio clínico.

Se continuará con la socialización de indicadores al personal para evitar futuras amenazas que afecten la oportunidad del servicio y minimizar los tiempos futuros.



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

1.2.8 Medilaser Abner Lozano

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

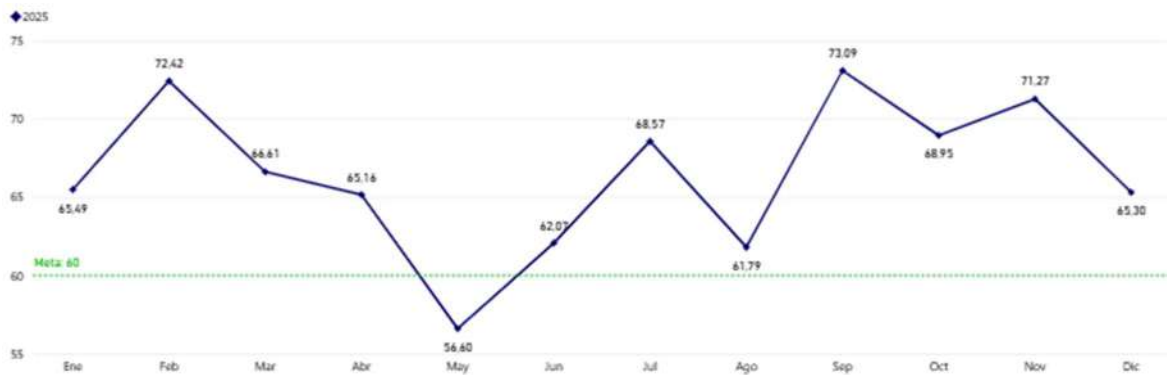


Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

El resultado obtenido para el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestra para la vigencia del 2025 fue de 24.35 y para el mes de diciembre es de 30 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.

De forma más específica se cuentan con los siguientes resultados, en el servicio de hospitalización 36 minutos, UCI 28 minutos y urgencias 26 minutos.

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



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 la vigencia

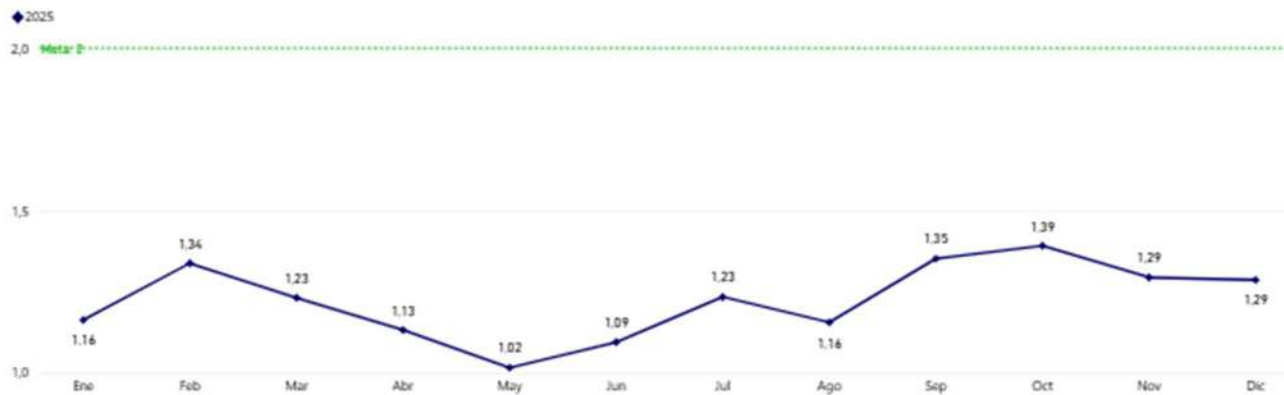


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

del 2025 fue de 66.46 y en el mes de diciembre fue de 65,30 minutos, estando por encima de la meta establecida que corresponde a 60 minutos.

De forma más específica tenemos los siguientes resultados, Hospitalización 75 minutos, UCI 53 minutos y urgencias 60 minutos.

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



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

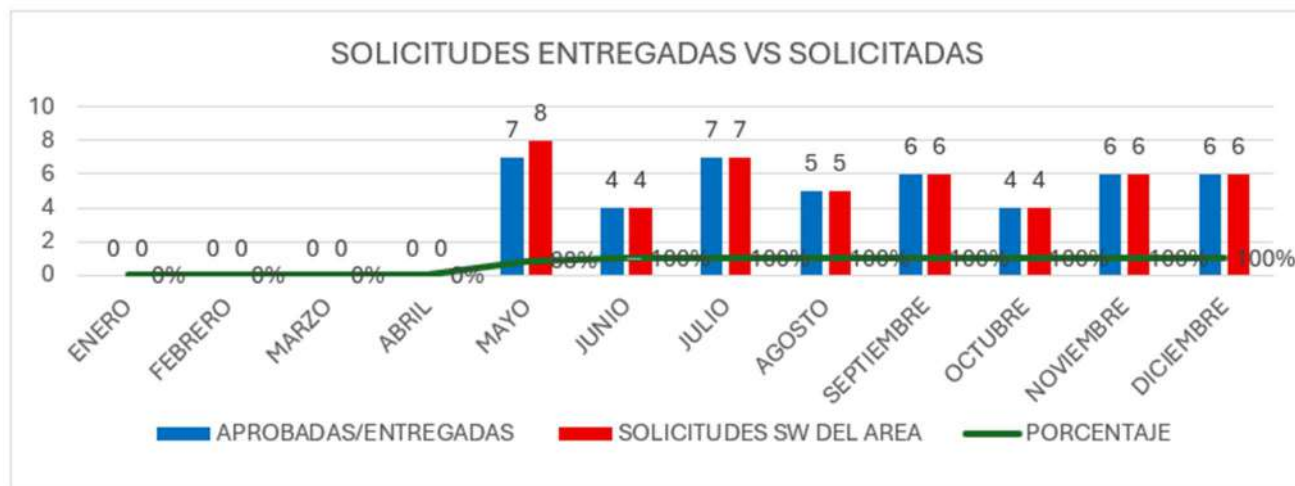
El resultado obtenido para el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen del laboratorio y la generación del resultado en sede Abner Lozano NEIVA, para la vigencia 2025 fue de 1.23 (1 hora y 14 min) y en el mes de diciembre de 2025 fue de 1,29 (1 hora y 17 minutos), estando por debajo de la meta de 2 horas. El resultado obtenido en este periodo se debe al monitoreo constante 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 y de forma más específica tenemos 1.34 (1 hora y 20 minutos minutos) para el servicio de hospitalización, 0.64 (38 minutos) para UCI y 1.36 (1 hora y 21 minutos) para urgencias



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

2. GESTION DE MERCADEO

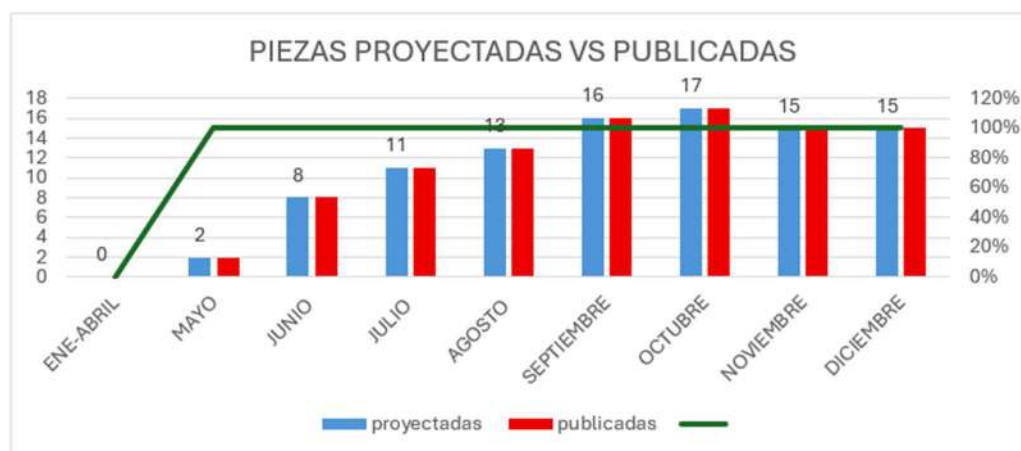
2.1. Solicitudes realizadas



Fuente: Monday.com

ANÁLISIS: GESTIÓN DE SOLICITUDES: En el mes de diciembre se gestionaron 6 solicitudes a través del brief, en mayor medida con la creación de comunicados a colaboradores. El 100 % de las piezas fueron entregadas para validación y, tras aprobación se publicaron o se remitieron para su difusión.

2.2. Gestión de parrilla de contenidos



Fuente: Facebook / Instagram

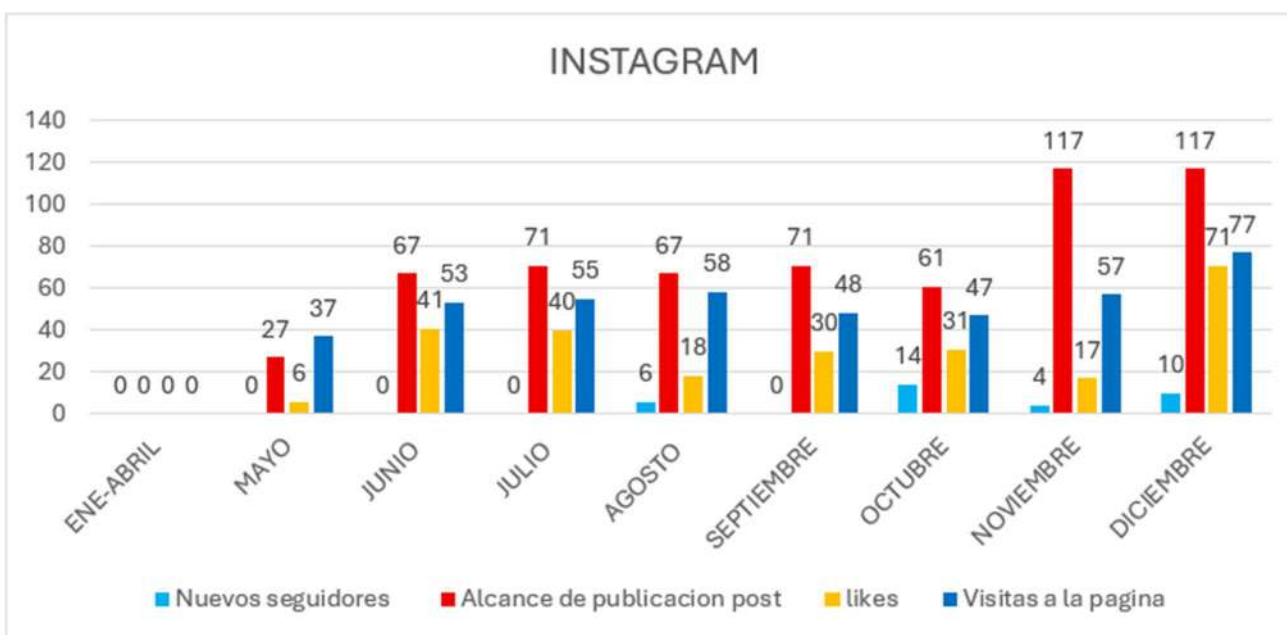
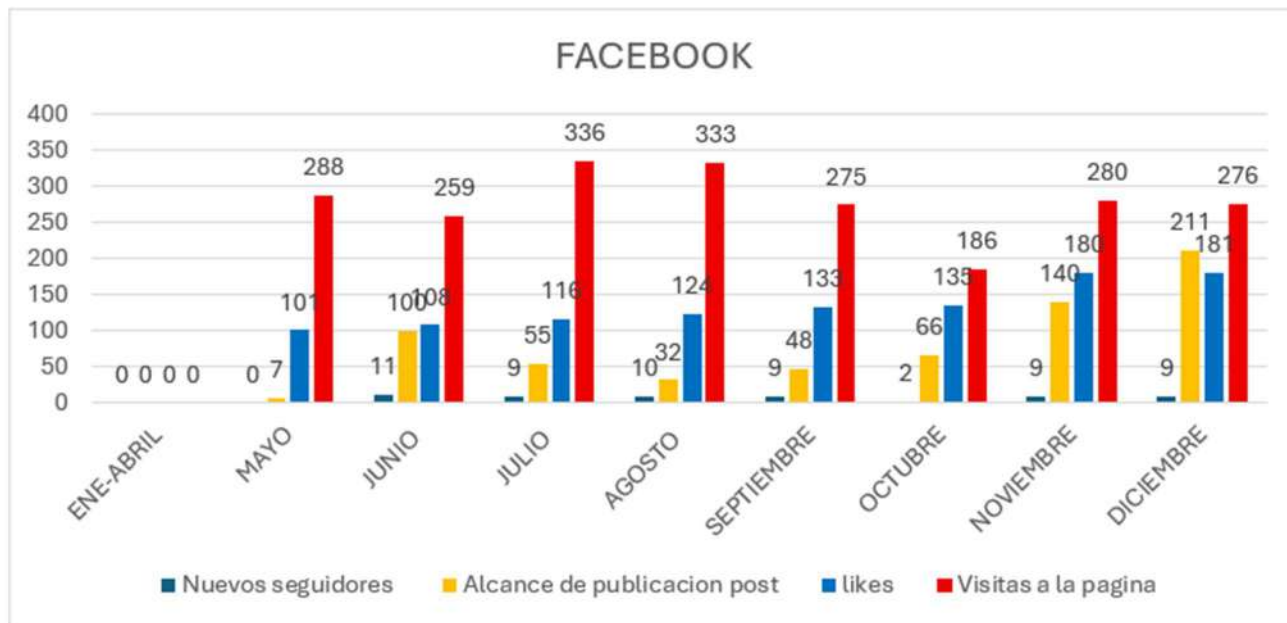
ANALISIS: PIEZAS PUBLICADAS EN REDES SOCIALES: Durante diciembre se continuó con la elaboración de las parrillas de contenido, en los cuales se establecen los contenidos del mes. Se



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

generaron las 15 piezas programadas (cantidad adicional a las solicitudes mediante brief). La temática general estuvo orientada a brindar información de valor para los usuarios.

2.3. Indicadores relevantes de redes sociales



Fuente: Facebook e Instagram

ANALISIS: CIFRAS RELEVANTES EN REDES SOCIALES: En el mes de diciembre, los indicadores de Facebook e Instagram han mostrado un incremento, con un aumento destacado en el alcance y likes, seguramente dado por los videos de festividades. Cabe recordar que la gestión de estas redes



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

se ha venido realizando de manera orgánica e in-house, sin inversión en pauta que nos permita la captación de nuevas audiencias.

3. GESTIÓN JURÍDICA

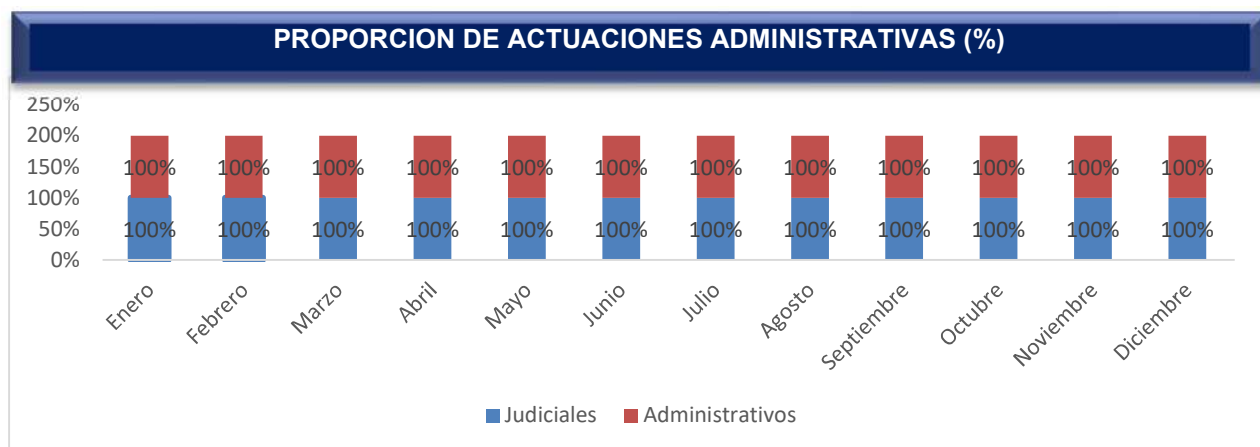
3.1 Cumplimiento de contratos



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 2025, la Compañía recibió y procesó satisfactoriamente 2 solicitudes de contratos civiles y/o comerciales, Otrosíes. 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 2 de 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.

3.2 Proporción de Actuaciones Administrativas



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

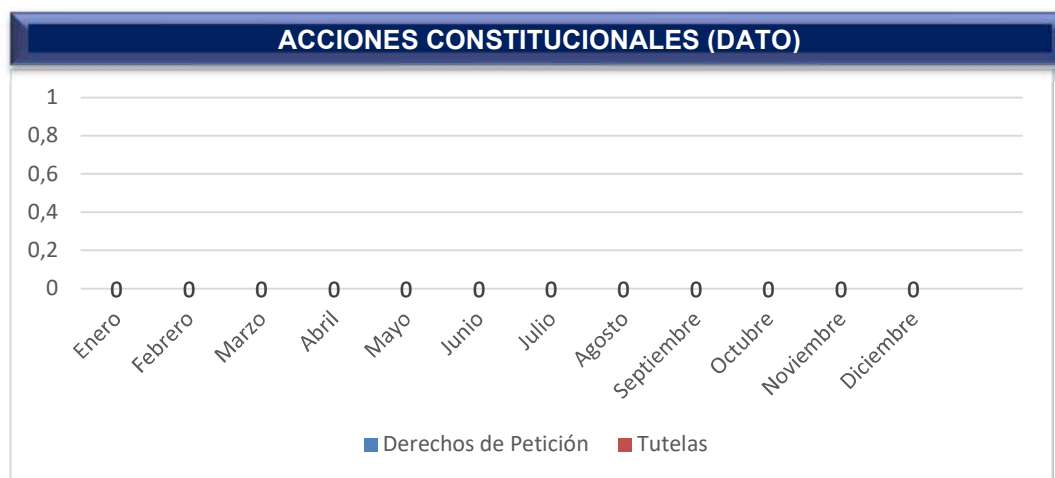
Fuente del Dato: Página de la Rama Judicial para efectos de procesos judiciales e información de gerencia para efectos de procesos administrativos.

Análisis: Durante el mes de diciembre de 2025, se puede evidenciar:

- **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.
- **Inexistencia de procesos jurídicos para la recuperación de cartera:** La ausencia de procesos jurídicos para recuperar cartera indica que la Compañía ha mantenido una buena disciplina financiera, evitando situaciones que podrían resultar en la necesidad de emprender acciones legales para recuperar deudas pendientes. Esto sugiere una gestión efectiva de la cartera y políticas de crédito prudentes.

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.

3.3 Acciones Constitucionales



Fuente del Dato: Neón

Análisis: Durante el mes de diciembre de 2025, la Compañía no recibió derechos de petición, ni acciones de tutela. Este resultado es un reflejo positivo del compromiso de la Compañía con el



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

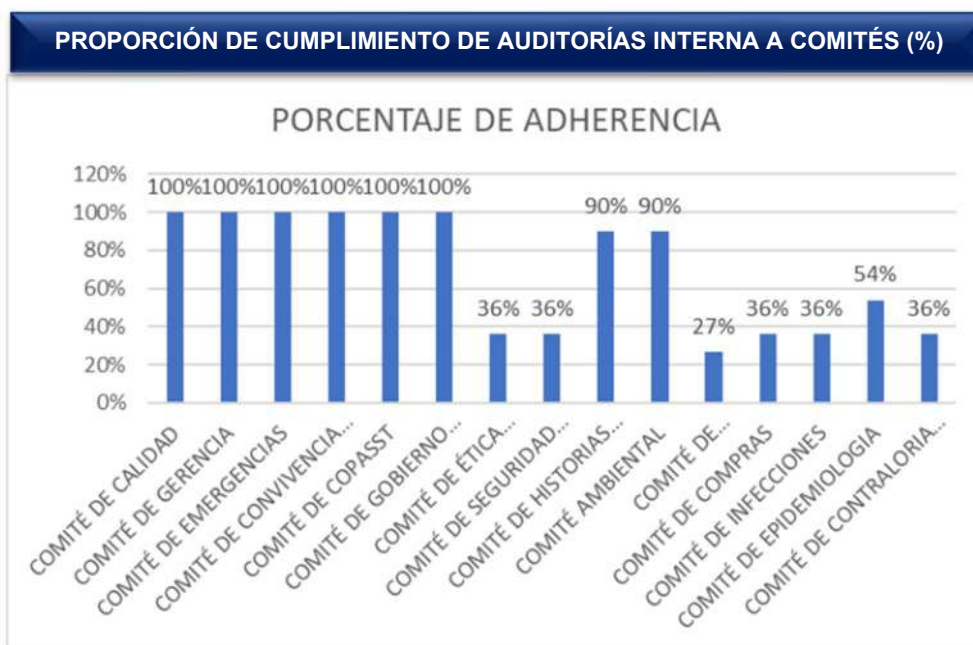
cumplimiento normativo y el respeto por los derechos de sus colaboradores, clientes y partes interesadas. La ausencia de estas solicitudes indica que la Compañía mantiene una comunicación efectiva y una gestión adecuada en la resolución de inquietudes o problemáticas que puedan surgir. Además, es un 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.

Finalmente, para la vigencia del año 2025, se presentaron cuarenta y dos (42) solicitudes de contratación correspondientes a contratos administrativos y comerciales, ejecutándose la totalidad de los mismos. Durante dicho período no se adelantaron procesos judiciales en contra de la entidad; no se registraron derechos de petición ni acciones de tutela. En consecuencia, se concluye que la Oficina Jurídica desarrolló sus funciones de manera oportuna, eficiente y conforme al marco legal vigente, garantizando la adecuada defensa de los intereses de la entidad y el normal desarrollo de sus actuaciones.

4. GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Informes de comités

4.1.1. Nacional



Fuente del Dato: Daruma

Análisis: Se realizó auditoría a los comités de primer semestre del 2025, dando como resultado un promedio de cumplimiento del 69%, en donde se evidencia que para los comités de calidad, gerencia, emergencia, convivencia laboral, copasst, y gobierno corporativos se obtuvo un cumplimiento del 100% para los Comités historias clínicas y gestión ambiental se obtuvo un cumplimiento del 90%, el comité de epidemiología se obtuvo un 54% de cumplimiento, los Comités de ética hospitalaria, seguridad del paciente, compras, infecciones y contraloría interna se obtuvo un cumplimiento del 36%

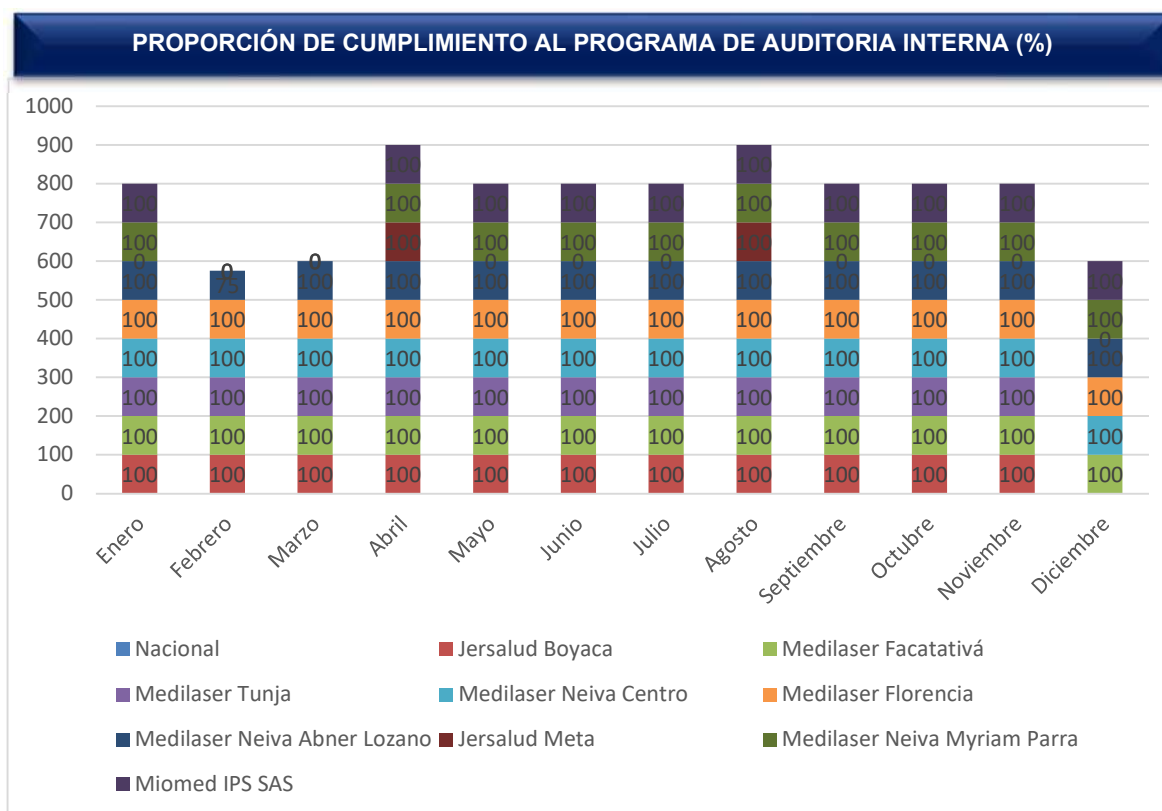


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

y el Comité de reactivovigilancia obtuvo un cumplimiento del 27%, esto debido a que no se evidenciaron actas cargadas en ruta correspondiente, evidencias cargadas en planes de trabajo ni diligenciamiento correcto de las actas. La próxima auditoria se realizará en el mes de diciembre de 2025.

4.2. Gestión de Control Interno

4.2.1. Auditoría Interna a Procesos (Nacional)



Fuente: Programa de auditoría interna

Nacional: Para el mes de diciembre del 2025 no se tenían programadas auditorías nacionales.

Jersalud Boyacá: Las auditorias programadas y ejecutadas durante el año 2025 se realizaron 61 auditorías divididas de la siguiente forma; 36 mensuales para supervisión de toma de muestras, higiene de manos y ronda de seguridad; 3 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 18 auditorías a tomas de muestras.

Los principales hallazgos fueron:

- fallas en técnica de toma de muestras



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

- falta de análisis de actas de control de calidad interno y externo
- fallas en el diligenciamiento de formatos de temperatura y limpieza de áreas.
- No adherencia al uso obligatorio de Monogafas.

Jersalud Meta: Durante el año 2025 se programaron 79 auditorías internas a procesos, de las cuales no se ejecutaron 27, para un cumplimiento del programa del 66%.

Las auditorías programadas se realizaron en los meses de abril y agosto a las siguientes sedes:

1. Jersalud Villavicencio: Se realizaron 12 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 8 auditorías a toma de muestra y POCT.
5. Jersalud San Martín: Se realizaron 8 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.
- 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 cargan en historia clínica de paciente.
- Gestionar con Gerencia la consecución de los programas de control de calidad externo que hacen falta.
- Realizar validación secundaria equipo CL1000, Uryliser Pro 100, MicroScan, BFT II.
- Se realiza reenvase de alcohol.

Medilaser Facatativá: Durante el año 2025 se programaron 67 auditorías internas a procesos, de las cuales se reprogramaron 2, para un cumplimiento del programa del 100%.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en mayo del 2025 con resultado del 92%.
2. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 97%.
3. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 95%.
4. Supervisión de Toma de Muestras ambulatorias: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 96%.
5. Supervisión de Toma de Muestras intrahospitalarias: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 95%.
6. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimensual, con resultado promedio de 95%.
7. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 97%.



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

8. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en agosto del 2025 con resultado del 97%
9. ISO 9001:2015: Se realizó una en julio del 2025 con resultado del 96%.
10. Servicio Transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 97%.
11. Envío de muestras a laboratorio de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 91%.
12. Envío de muestras a laboratorio de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 97%.
13. Consentimientos VIH: Se realizaron 4, con frecuencia trimestral, con resultado promedio de 96%.

Principales hallazgos encontrados:

- Documentación desactualizada para IPS Medilaser Facatativá.
- 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).
- 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 2025 fueron 57 de los cuales se clasificaron de la siguiente forma:

1. Rondas de seguridad del paciente, supervisión toma de muestras ambulatoria e intrahospitalaria e Higiene de manos: se realizaron 36 auditorias, con resultado promedio de 98%.
2. trazabilidad de ensayos: Se realizaron 3 con resultado promedio de 97%.
3. Laboratorio clínico: Se realizaron 4, con resultado promedio de 95%
4. Autoevaluación resolución 3100 de 2019: Se realizo 1, con resultado 93%
5. Servicio pre transfusional : se realizaron 2, con resultado promedio de 99%
6. Envío de muestras: se realizaron 2 con promedio del 99%
7. Auditoria a proveedores: se realizaron 2, con resultado promedio de 98%
8. ISO 9001-2015 se realizo 1, con resultado de 97%
9. Evaluación consentimiento informado VIH: se realizaron 4, con resultado promedio de 96%

Los principales hallazgos fueron los siguientes:

- fallas en técnica de toma de muestras,
- falta de actas de análisis de control de calidad interno y externo



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

- fallas en semaforización de reactivos
- fallas en el correcto diligenciamiento de formato de temperaturas y limpieza de áreas. .
- adherencia al uso de monogafas.

Medilaser Neiva Centro: Durante el año 2025 se programaron 52 auditorías internas a procesos, para un cumplimiento del programa del 100%.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en junio del 2025 con resultado del 97,3%
2. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 97%.
3. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 90%.
4. Supervisión de Toma de Muestras: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 98%.
5. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimestral, con resultado promedio de 90%.
6. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95,2%.
7. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en septiembre del 2025 con resultado del 95,8%
8. Servicio Pre transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 93%.
9. Envío de muestras a laboratorios de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio del 100%.
10. Consentimientos VIH: Se realizaron 1 con resultado promedio de 94%.
11. Verificación condiciones de recepción técnico - administrativa de insumos, reactivos y dispositivos médicos del área de almacén MIOMED: 40%

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: Durante el año 2025 se programaron 52 auditorías internas a procesos, para un cumplimiento del programa del 100%.

Las auditorías realizadas fueron:

12. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en mayo con resultado del 100%
13. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 97%.
14. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 96%.
Hallazgos:
15. Supervisión de Toma de Muestras: Se realizaron 12, una mensual, con resultado promedio de 96%.
16. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimestral, con resultado promedio de 97%.
17. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 96%.



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

18. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en septiembre con resultado del 97%
19. Servicio Pre transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 97%.
20. Envío de muestras a laboratorios de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio del 98%.
21. Consentimientos VIH: Se realizaron 1 con resultado promedio de 92%.
22. 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, uso de EPP
- 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.
- 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: Durante el año 2025 se programaron 56 auditorías internas a procesos, de las cuales se ejecutaron 50 para un cumplimiento del programa del 89.29%, teniendo en cuenta que los meses de febrero y marzo no se realizaron rondas de seguridad, higiene lavado de manos y supervisión de toma de muestras.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en junio del 2025 con resultado del 100%
2. ISO 9001/2015: Se realizó una con resultado del 90%
3. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 10 en el año con resultado promedio de 97,8%.
4. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 10 en el año, con resultado promedio de 97.4%.
5. Supervisión de Toma de Muestras: Se realizaron 10 en el año, con resultado promedio de 97.5%.
6. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimestral, con resultado promedio de 96%.
7. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 97.5%.
8. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una en septiembre del 2025 con resultado del 97.8%
9. Servicio Pre transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 98.6%.
10. Envío de muestras a laboratorios de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio del 100%.
11. Consentimientos VIH: Se realizaron 4 con resultado promedio de 94%.
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, uso de EPP
- Desconocimiento de la plataforma estratégica de la organización.
- No se tienen registros de productos o servicios no conformes hasta la fecha.
- Se cuenta con P(GC)004 Procedimiento de salidas o productos no conforme
- Se evidencia P-GC-004 Procedimiento de salidas o productos no conformes desactualizado.
- 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.
- Falla en el reporte oportuno de datos críticos.



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

- Falla en los procesos de recepción técnico – administrativas, almacenamiento, distribución y devolución de insumos y reactivos.

Medilaser Florencia: Durante el año 2025 se programaron 86 auditorías internas a procesos, para un cumplimiento del programa del 100%.

Las auditorías realizadas fueron:

14. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: con resultado del 92%.
15. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 98%.
16. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 98%.
17. Supervisión de Toma de Muestras ambulatorias: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 96,2%.
18. Supervisión de Toma de Muestras intrahospitalarias urgencias: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 93,8%.
19. Supervisión de Toma de Muestras intrahospitalarias hospitalización: Se realizaron 12, un informe mensual, con resultado promedio de 92,1%.
20. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimensual, con resultado promedio de 94,7%.
21. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95%.
22. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: con resultado del 97%
23. ISO 9001:2015: Se realizó una en octubre del 2024 con resultado del 98%.
24. Servicio Transfusional: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95,1%.
25. Envío de muestras a laboratorio de referencia: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 97%.

Principales hallazgos encontrados:

- Realiza el saludo corporativo correspondiente, no socializa al usuario los derechos y deberes.
- No informa al paciente los tiempos establecidos sobre el resultado de los exámenes.
- No realiza la explicación del procedimiento para la toma de la muestra.
- No se cuenta con la verificación de métodos validados para ensayo para los casos trazadores.
- No se cuenta con segunda firma de validación.
- No se evidencia señalizadas las áreas de Servicio Pre transfusional.
- Se cuenta con NEVERA # 1 para el almacenamiento de seroteca y reactivos con temperatura en el momento no cuenta con sistema de alarma audible.

Miomed IPS SAS: Durante el año 2025 se programaron 36 auditorías internas a procesos, de las cuales se ejecutaron 30 para un cumplimiento del programa del 83.33% teniendo en cuenta que los meses de febrero, marzo y abril no se realizaron rondas de seguridad y tampoco higiene lavado de manos.

Las auditorías realizadas fueron:

1. Autoevaluación de habilitación Res. 3100: Se realizó una en junio del 2025 con resultado del 100%
2. Rondas de Seguridad del Paciente: Se realizaron 9 en el año, con resultado promedio de 98.6%.
3. Higiene Lavado de manos: Se realizaron 9 en el año, con resultado promedio de 100%.



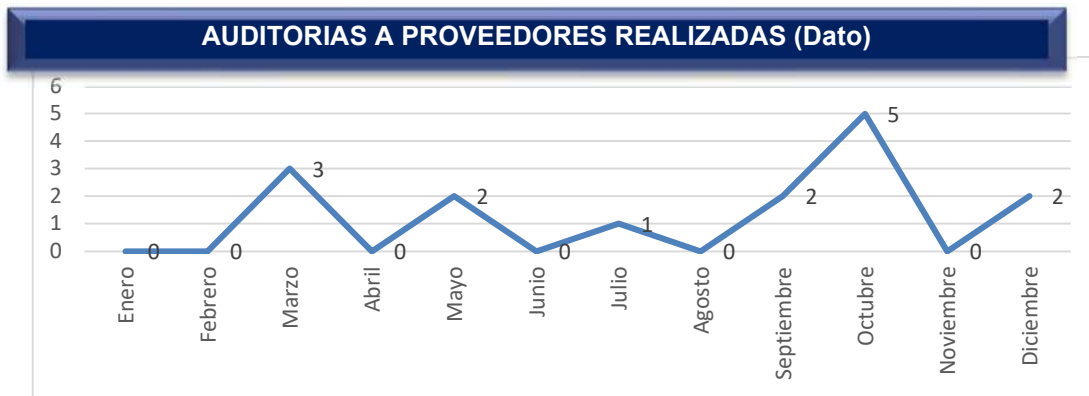
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

4. Verificación de laboratorio clínico: Se realizaron 6 con frecuencia bimestral, con resultado promedio de 97.5%.
5. Trazabilidad: Se realizaron 2, con frecuencia semestral, con resultado promedio de 95,2%.
6. Autoevaluación Resolución 1619 de 2015: Se realizó una con resultado del 99.9%
7. ISO 9001/2015: Se realizó una con resultado del 96%
8. 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
- Falta en el reporte oportuno de datos críticos.
- Falta en los procesos de recepción técnico – administrativas, almacenamiento, distribución y devolución de insumos y reactivos.

4.2.2. Auditoría a Proveedores (Nacional)



Fuente del Dato: Power BI

Durante el año 2025 se tenían programadas 21 auditoría a proveedor de las cuales no se realizaron 7, para un cumplimiento del 66,6%.

Las auditorías realizadas fueron las siguientes:



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

PROVEEDOR	RESPONSABLE DE LA AUDITORIA	FECHA DE REALIZACIÓN	FECHA DE REALIZACIÓN	RESULTADO	HALLAZGO
FARMAQUIRURGICOS JM SAS	MARÍA DEL PILAR PEÑA	MARZO, JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE	26/03/2025 11/07/2025 (Seguimiento) 30-09-2025 (Seguimiento) 16-12-2025 (Seguimiento)	100%	. Realizar seguimiento a los indicadores de oportunidad de entrega de pedidos . Realizar seguimiento a PQRS
SYNLAB COLOMBIA SAS	MARÍA DEL PILAR PEÑA	OCTUBRE	2/12/2025	94%	. RETHUS de personal asistencial desactualizado (se debe actualizar por lo menos de manera anual)
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO	MARÍA DEL PILAR PEÑA	SEPTIEMBRE	Proveedor da fecha del 4/09/2025	100%	Como oportunidades de mejora se relacionan las siguientes: •Verificar que todos los perfiles de cargo cuenten con la firma de los trabajadores. •Retroalimentar los productos no conformes y temperaturas de llegada de las muestras desde las diferentes sedes de Miomed SAS de manera mensual.
BIOMOLECULAR DIAGNOSTICA SAS	MARÍA DEL PILAR PEÑA	ABRIL	Proveedor asigna fecha del 16/05/2025	96%	No se realiza corrección a la lectura de acuerdo al error del certificado de la última calibración de los termohigrómetros. Se socializa error en reporte de resultados de Alexandra Calderón HC 55195282 8



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

					(Muestra: Trompa Uterina) Queda pendiente realizar el plan de mejora de caso en mención.
ALIQUALITY SAS	JESICA ALEJANDRA CHAVEZ	SEPTIEMBRE	29/09/2025	100%	
ANALISIS Y DIAGNOSTICO EN LABORATORIO SAS	MARÍA DEL PILAR PEÑA	MARZO	4/03/2025	94%	No se realiza corrección a la lectura de acuerdo al error del certificado de la última calibración de los termohigrómetros.
CONSULTORIAS INTEGRALES EN CALIDAD SAS	JESICA ALEJANDRA CHAVEZ	SEPTIEMBRE	3/09/2025	93%	<ul style="list-style-type: none"> . Formalizar un contrato u orden de compra con Miomed SAS. . Solicitar a los laboratorios retroalimentación de las condiciones de recepción de controles de calidad. . Realizar inscripción de curso de calidad analítica a profesionales de bacteriología relacionadas en correo enviado por profesional de calidad.
BIOGENETICA DIAGNOSTICA SAS	MARÍA DEL PILAR PEÑA	ABRIL	Proveedor asigna fecha del 16/05/2025	94%	No se realiza corrección a la lectura de acuerdo al error del certificado de la última calibración de los termohigrómetros.
LABCARE DE COLOMBIA SAS	JESICA ALEJANDRA CHAVEZ	OCTUBRE	1/10/2025	97%	. Se evidencio una falla durante el año 2025 en el cual control de coagulación no fue solicitado a la sede Medilaser Tunja por fallas en comunicación, se



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

					requiere mejorar dichos procesos.
INCINERADOS DEL HUILA SAS ESP - INCIHUILA SAS ESP	HEIDY CALDERON QUIMBAYA	OCTUBRE	15/05/2025	98%	Condiciones de temperatura del vehículo no son las adecuadas para residuos anatomopatológicos Demora en la entrega de certificados de disposición final de residuos peligrosos
ZONAMEDICA MR SAS	ANGELA MARIA GUTIERREZ	AGOSTO	19/08/2025	96%	
QUIK QUALITY IS THE KEY SAS	MARÍA DEL PILAR PEÑA	OCTUBRE	16/10/2025	100%	OM: Retroalimentar al cliente con las consideraciones generales de los programas de control de calidad de manera anual o semestral.
DESCONT SAS ESP	HEIDY CALDERON QUIMBAYA	DICIEMBRE	28/11/2025	100%	
MICROCOLSA STORAGE Y SECURITY BOGOTÁ SAS	JULIAN ANDRES GONZALEZ	OCTUBRE	5/11/2025	90%	<ul style="list-style-type: none"> • No cuenta con certificaciones otorgadas por organismos autorizados. • No cuentan con planes de mejoramiento internos que evidencien oportunidades de mejora de los procesos. • Al no contar con planes de mejora, no se realiza seguimiento de estos.



4.3. Auditorías Externas Recibidas

SUCURSAL	ENTES QUE REALIZA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	TEMAS TRATADOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	HALLAZGOS RELEVANTES
Medilaser Abner Lozano	Asistencia técnica servicio de gestión pre transfusional	13-05-2025	Servicio de gestión pre transfusional	NA	NA
	Asistencia técnica, enfermedades infecciosas de transmisión sexual	18-07-2025	Enfermedades infecciosas de transmisión sexual	NA	NA
	Asistencia técnica protocolo de vigilancia Leptospira	7-10-2025	protocolo de vigilancia Leptospira	NA	NA
Medilaser Myriam Parra	Laboratorio de Salud Pública Departamental	13/11/2025	Visita Estandares de Calidad Res. 1619/2015	76.4	Infraestructura: Cuarto de aseo dentro del laboratorio No se cuenta con par validador
Miomed IPS	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Medilaser sede Centro	Asistencia técnica servicio pre – transfusional SSDH	25-07-2025	Asistencia técnica servicio pre transfusional – Socialización normatividad vigente	N.A.	Infraestructura a servicio pre transfusional
Medilaser Florencia.	Clinica Medilaser - Area Ambiental. Hospital Departamental Maria Inmaculada.	25/03/2025 28/03/2025 23/09/2025 07 y 08 de Octubre del 2025	Manejo seguro e integral de residuos hospitalarios, procesos de limpieza y desinfección.	100% N.A. 100% Pendiente informe	1. Se sugiere implementar herramientas ergonomicas extensibles para limpieza en altura,



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

	<p>Clinica Medilaser - Area Ambiental.</p> <p>Clinica Medilaser - Area de Calidad.</p>		<p>Asistencia Técnica al Servicio de Gestión Pretransfusional.</p> <p>Manejo seguro e integral de residuos hospitalarios, procesos de limpieza y desinfección.</p> <p>Subproceso de Gestión del Laboratorio Clínico.</p>		<p>reduciendo el uso de escaleras y previniendo riesgos de caídas.</p> <p>2. Actualizar el formato: F-GT-203 MD de control y registro de temperatura del ultracongelador marca HAIER.</p>
Jersalud Meta.	<p>Secretaria de Salud Departamental del Meta.</p> <p>Secretaria de Salud Departamental de Villavicencio.</p>	<p>18/03/2025</p> <p>10/04/2025</p> <p>30/05/2025</p> <p>3/09/2025</p> <p>28/10/2025</p> <p>21/11/2025</p>	<p>Asistencia Técnica para la vigilancia por Laboratorio de los eventos en Salud Pública: VIH, Tamizaje neonatal y parasitismo intestinal.</p> <p>Asistencia Técnica para los eventos en Salud Pública: (Sífilis, secreciones Vaginales – Uretrales, Leptospira, rickettsia, virus respiratorios).</p> <p>Asistencia Técnica en los eventos de</p>	N.A.	<p>PRINCIPALES COMPROMISOS:</p> <p>1. En el Manual de Inmunología, pruebas especiales y hormonas código M-GAD-007 V6 02/10/2024, se describe el procedimiento para la prueba de VIH.</p> <p>2. Para secreciones se hace la salvedad que una vez se emita el protocolo actualizado por parte del INS se deben realizar</p>



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

			<p>salud pública de: Dengue Zika, chikungunya, Fiebre amarilla y los Marcadores serológicos de las Hepatitis Virales.</p> <p>Asistencia Técnica de Malaria.</p> <p>Asistencia Técnica de Leishmania y Chagas crónico.</p> <p>Asistencia Técnica de Tuberculosis y Hansen.</p>		<p>ajustes pertinentes.</p> <p>3. Garantizar la ejecución de los Dengues IgM con resultado Negativo por inmunocromatográfica.</p> <p>4. Asistir al curso de actualización de enfermedades tropicales en el Laboratorio de Salud Pública.</p> <p>5. Agendar la asistencia al curso en enfermedades transmisibles según disponibilidad de agenda en Coordinación con la referente del LSP.</p>
Facatativá	Asistencia técnica de Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca para el programa de Malaria	28-08-2025	Programa de Malaria	N.A.	No concordancia de los resultados enviados en los meses de febrero y mayo 2025 por láminas no aptas para lectura por mala calidad de la coloración y/o frotis muy delgados.
Facatativá	Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca	12-09-2025	Asistencia técnica para el	N.A.	No concordancia



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

			programa de Dengue		s de los resultados enviados en el mes de agosto.
--	--	--	--------------------	--	---

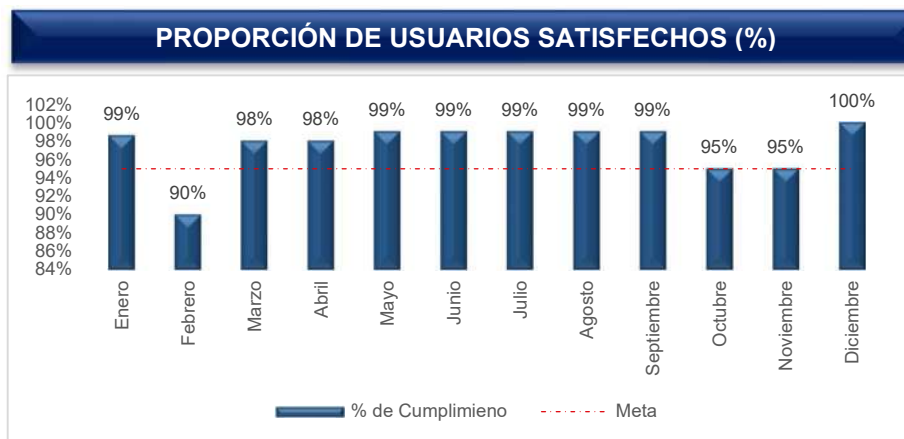
Fuente del Dato: Informes de auditorías externas

4.3.1. Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos

Análisis: Para el mes de diciembre no se realizaron encuestas a clientes corporativos.

4.4. Satisfacción de usuarios

4.4.1. Jersalud Boyacá



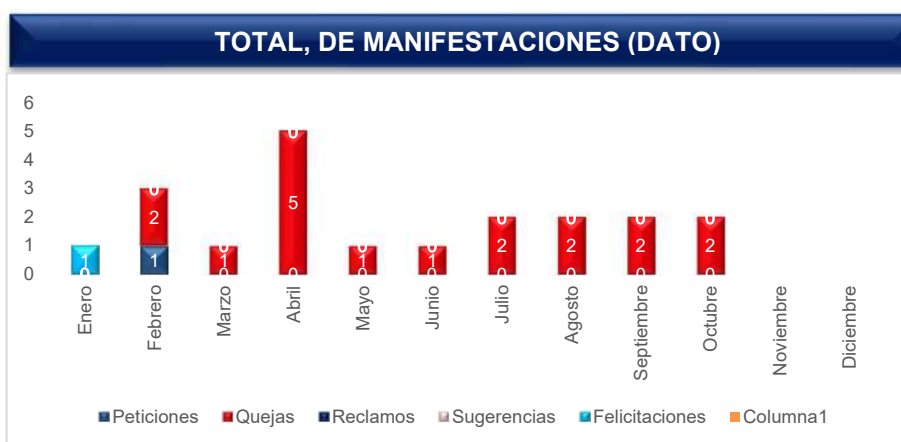
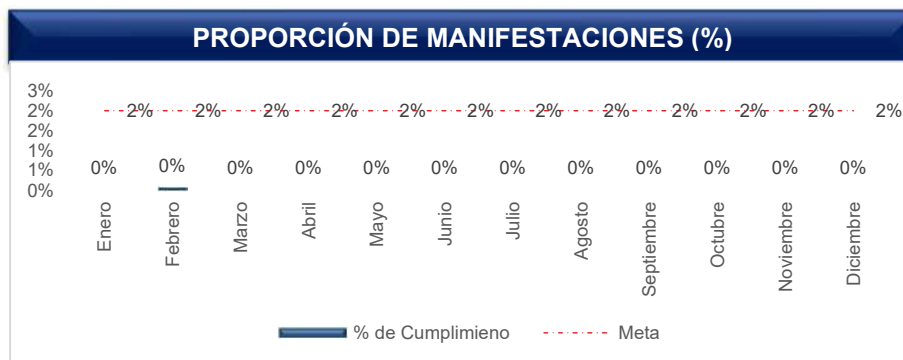
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: El resultado del indicador Proporción de Satisfacción Global de los usuarios - Jersalud Boyacá durante el año 2025 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.



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

PQRSF



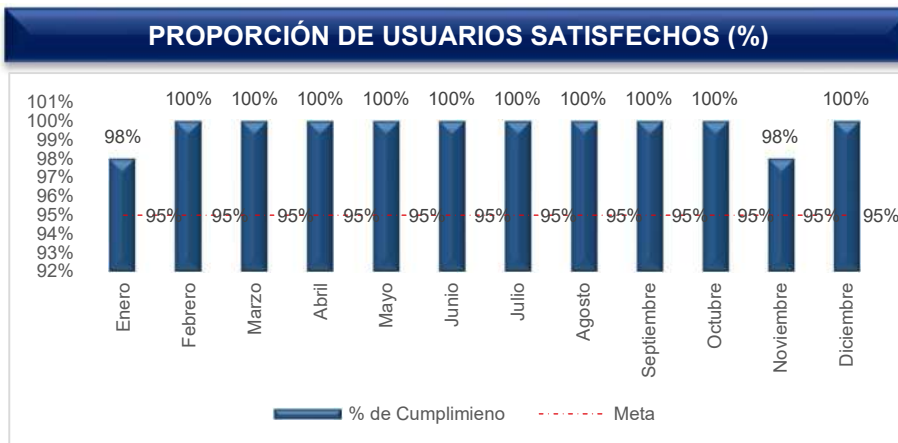
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el año 2025 se recibieron 12 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.



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

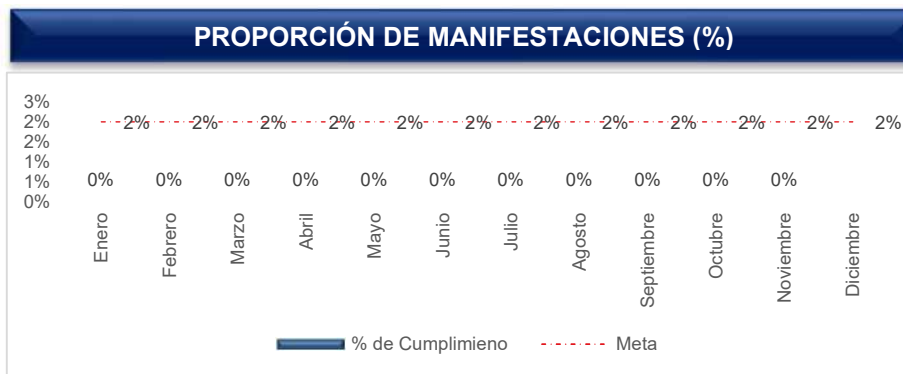
4.4.2. Jersalud Meta



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 Meta durante el año 2025 obtuvo un promedio de 100% 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.

4.4.2.1. PQRSF

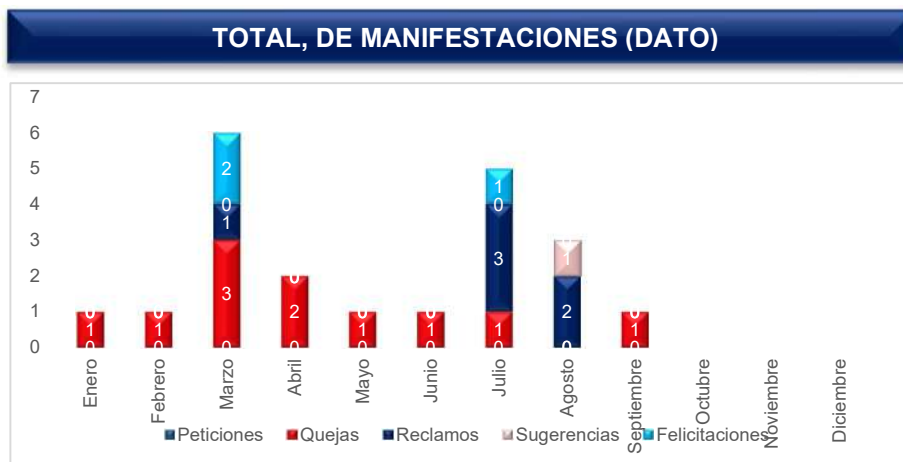


Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: El resultado del indicador Proporción de manifestaciones durante el año 2025 quedó en 0% con cumplimiento, debido a que la meta es < 2%. Se presentaron 11 manifestación durante el periodo evaluado.



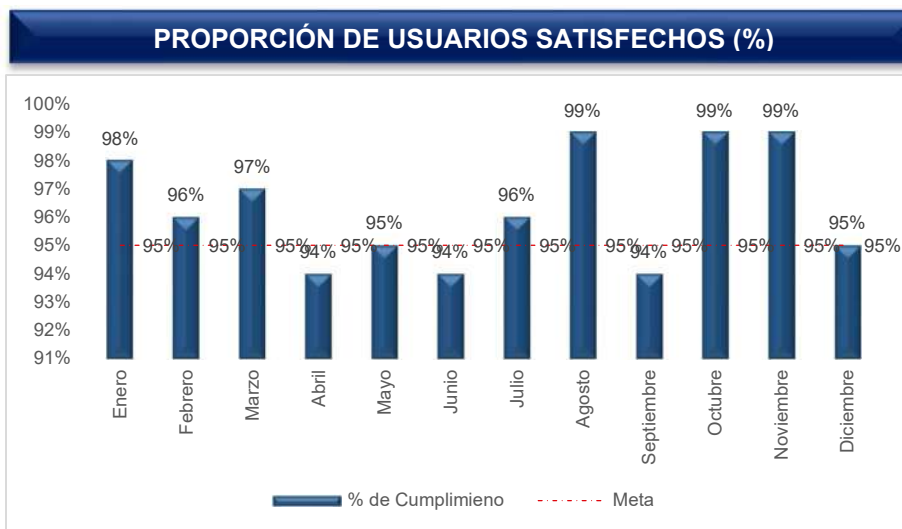
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



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

Análisis: Durante el año 2025, se presentaron 11 manifestaciones asociadas a Quejas en las cuales se relacionan los siguientes motivos: Alta demanda de usuarios, días y horarios restringidos en la toma de muestras, inoportunidad en el cargue de resultados, omisión de examen ingresada al sistema no procesada.

1.2.9 Medilaser Facativá



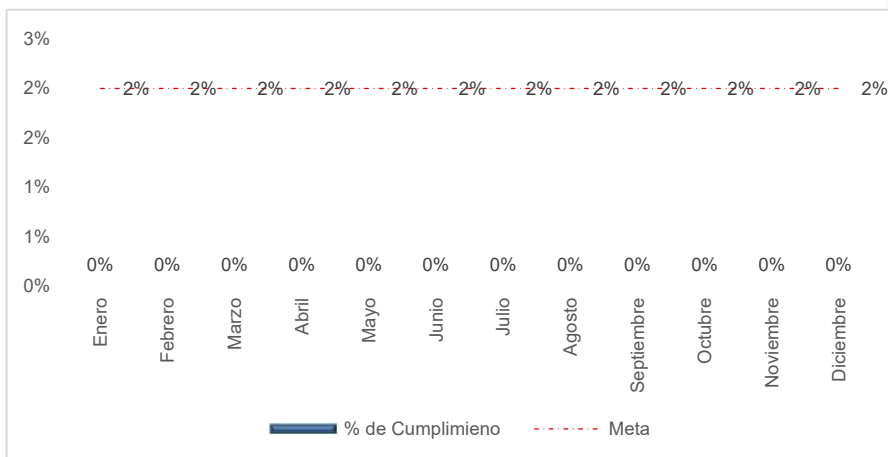
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Medifaca- SharePoint

Análisis: El resultado del indicador Proporción de usuarios satisfechos durante el año 2025 fue del 96%, con cumplimiento de meta, la cual es de 95%.

4.4.2.2. PQRSF

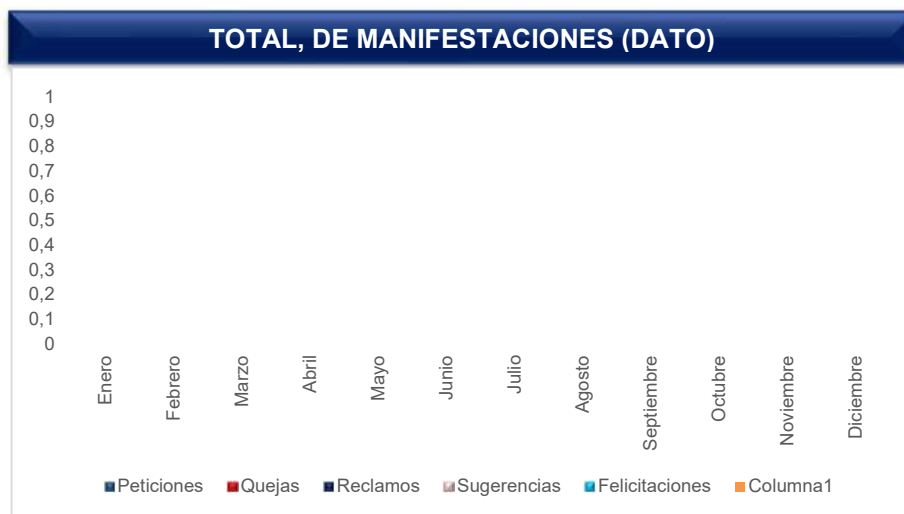


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



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

Análisis: El resultado del indicador Proporción de manifestaciones durante el año 2025 quedó en 0% con cumplimiento, debido a que la meta es < 2%. No se presentaron manifestaciones durante el período evaluado.



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

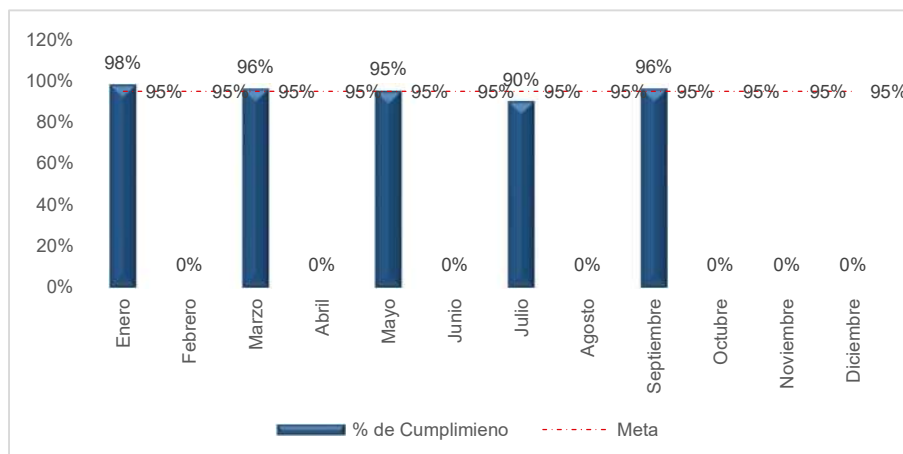
Análisis: Durante el año 2025 no se presentaron manifestaciones relacionadas con el laboratorio.

4.4.3. Medilaser Florencia

PROPORCIÓN DE USUARIOS SATISFECHOS (%)



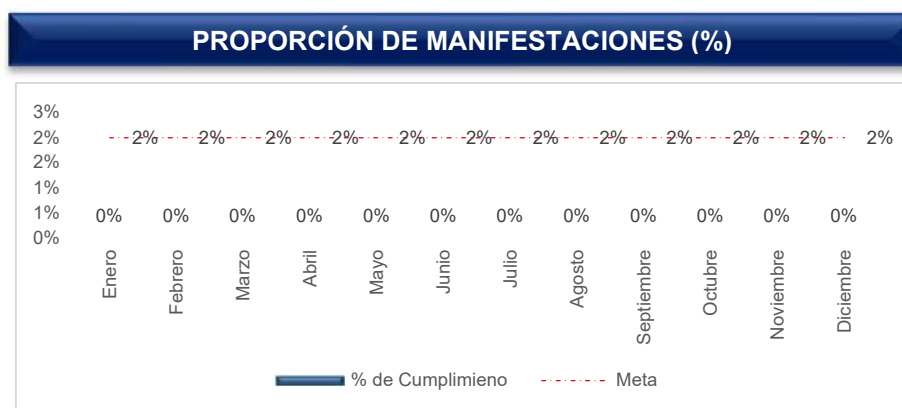
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



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

Análisis: El resultado del indicador Proporción de usuarios para el año 2025, se obtuvo un promedio de 95%, con cumplimiento a la meta establecida la cual es 95%. La encuesta se realiza de manera bimestral por el área de SIAU de la IPS.

4.4.3.1. PQRSF



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

Análisis: El resultado del indicador Proporción de manifestaciones durante el año 2025 quedo en 0% con cumplimiento, debido a que la meta es < 2%. Se presento 201 manifestaciones durante el período evaluado.

TOTAL, DE MANIFESTACIONES (DATO)



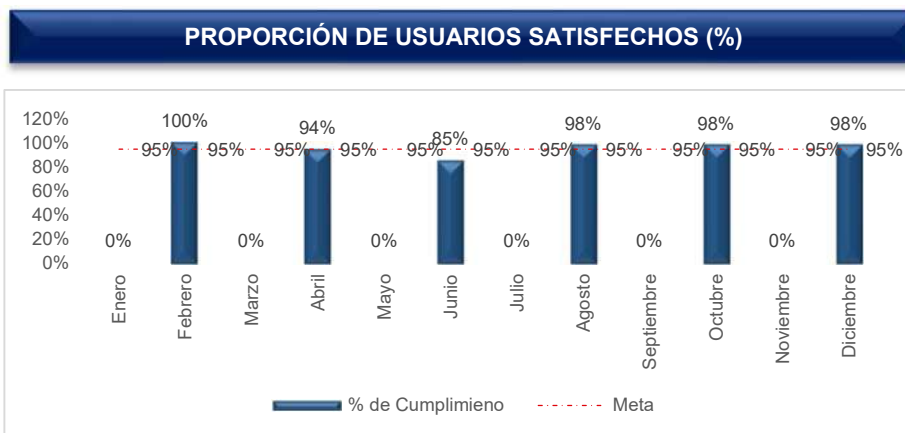
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



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

Análisis: Durante el año 2025 se presentaron 201 manifestaciones asociadas a 188 felicitaciones, demora en la toma de muestras a usuarios ambulatorios, inoportunidad en el proceso de facturación, por atención a usuario en el orden de llegada.

1.2.10 Medilaser Carrera 7



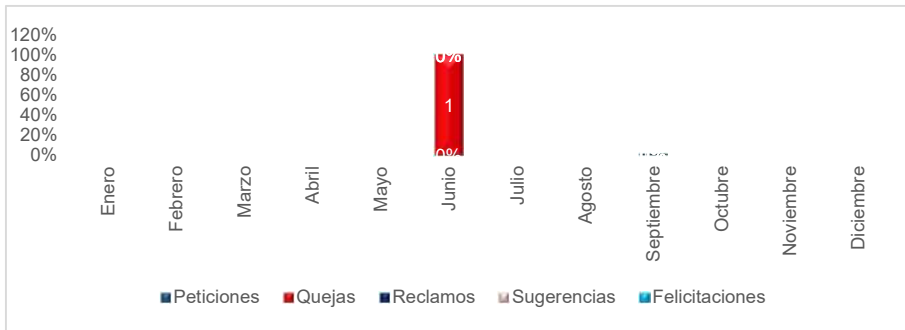
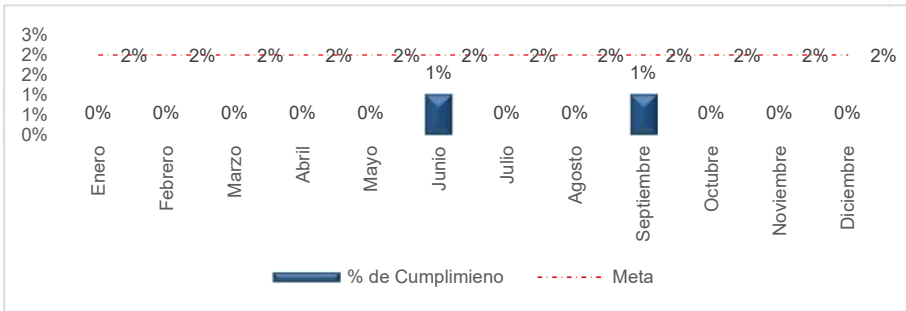
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad - SharePoint

Análisis: Para el año 2025, el porcentaje de satisfacción fue del 95% para el laboratorio clínico.

4.4.3.2. PQRSF

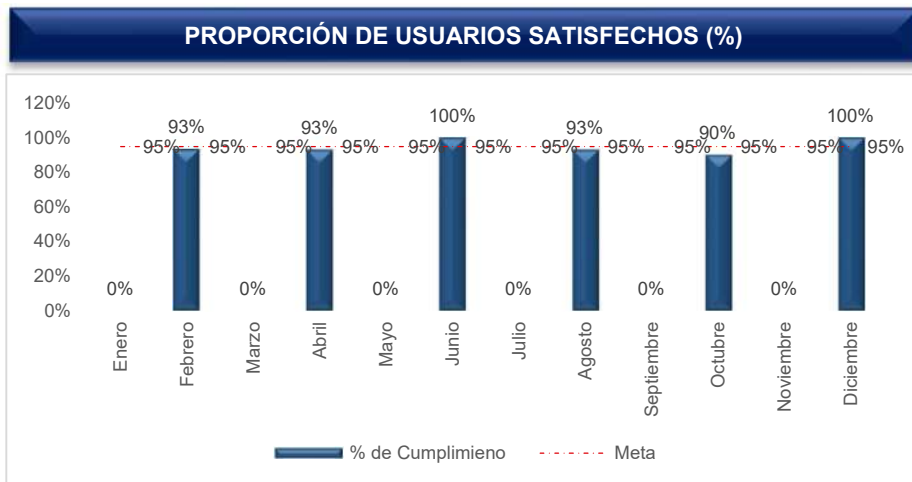


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



Análisis: Durante el año 2025, se presentaron 2 manifestaciones correspondientes a solicitud de resultado de laboratorio clínico e inoportunidad en la realización de la ayuda diagnóstica.

4.4.4. Medilaser Tunja



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

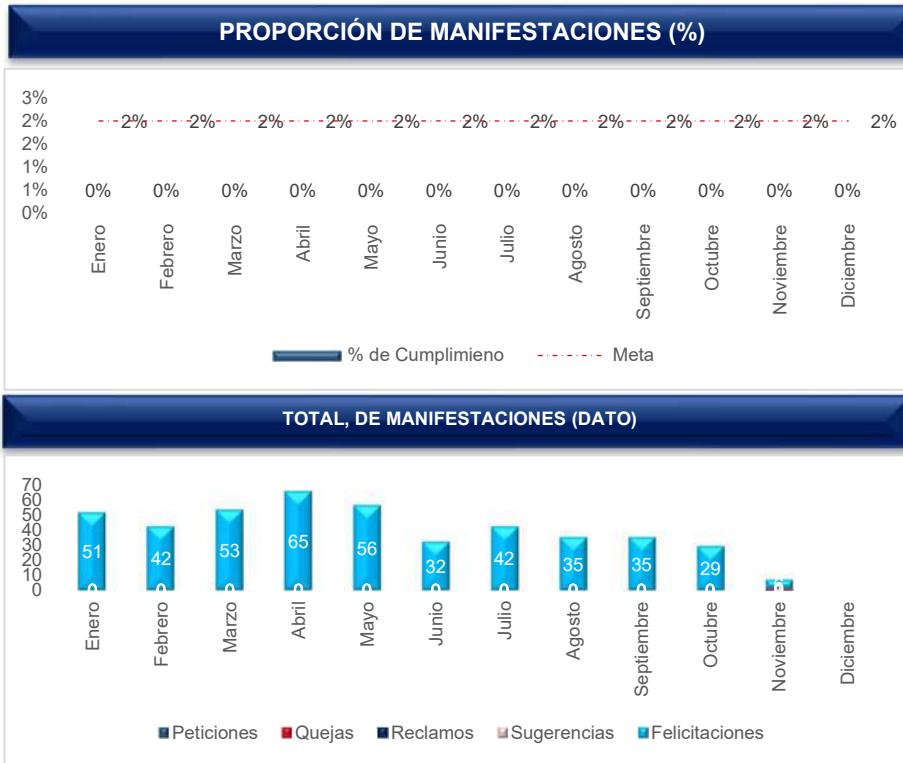
Análisis:

Durante el año 2025 se obtuvo un 95% de cumplimiento en la encuesta de satisfacción de usuarios en sede Medilaser Tunja, de acuerdo a datos obtenidos se evidencia la necesidad de mejorar en socialización de derechos y deberes.

PQRSF



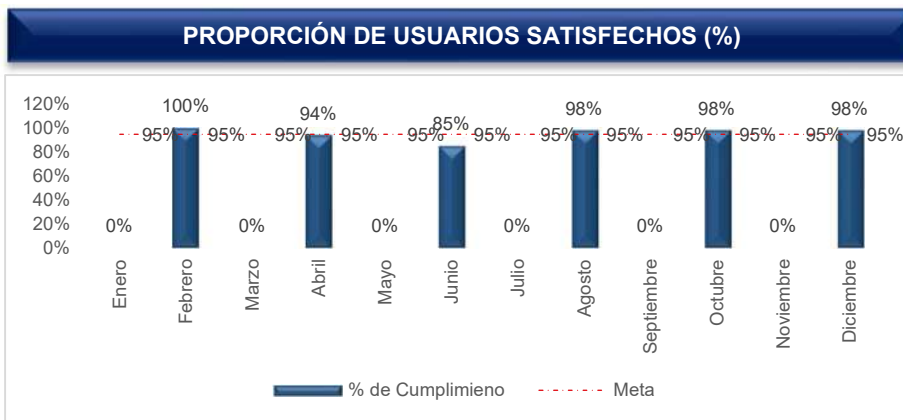
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



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

Análisis: Durante el año 2025 se recibieron 446 manifestaciones asociadas a felicitaciones, estas fueron recibidas por parte de usuarios atendidos en consulta externa en sede Medilaser Tunja.

4.4.5. Medilaser Myriam Parra

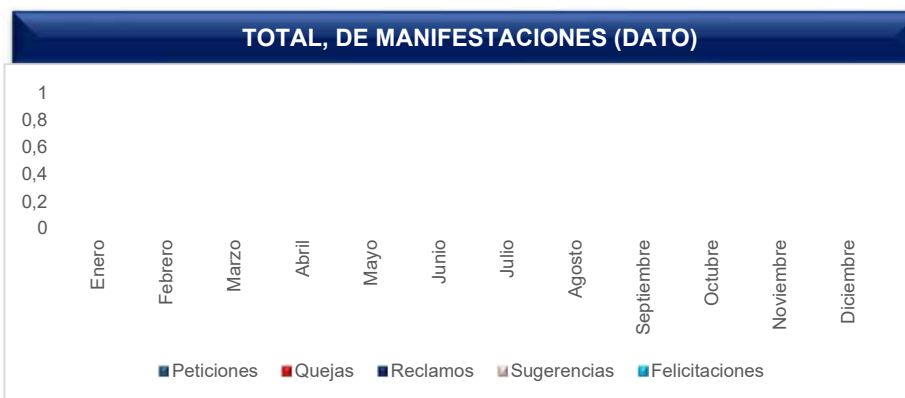
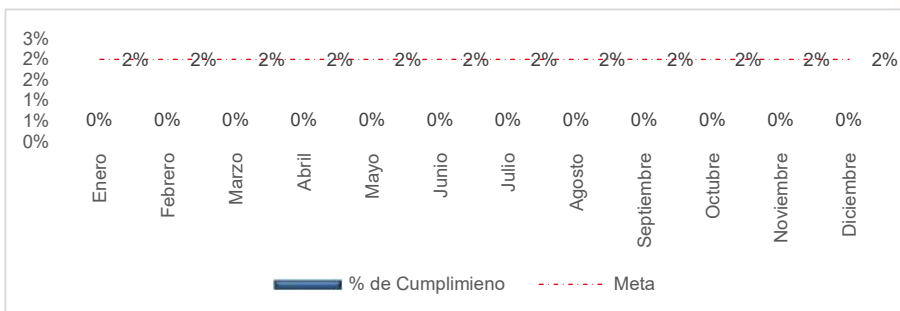


Análisis: Para el año 2025, el porcentaje de satisfacción fue del 95.5% para el laboratorio clínico.

1.2.10.1 PQRSF



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

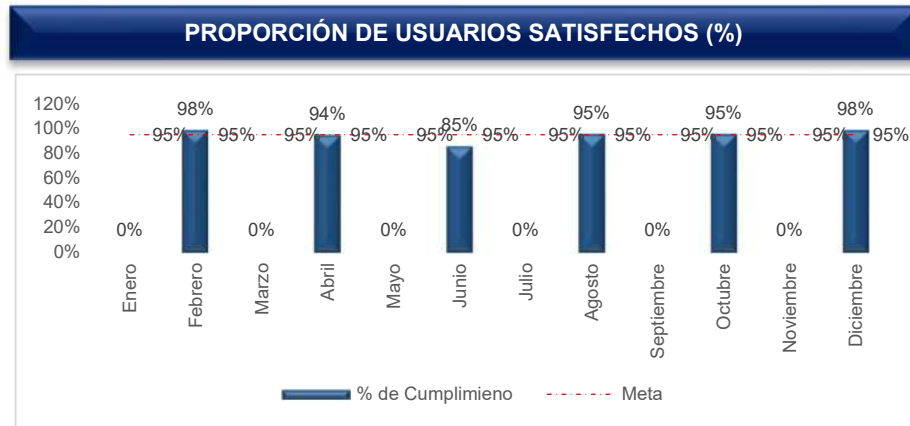


Análisis: Durante el año 2025 el consolidado general corresponde al 0% ya que no se recibieron manifestaciones dirigidas al laboratorio clínico en sede Medilaser - Myriam Parra.



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

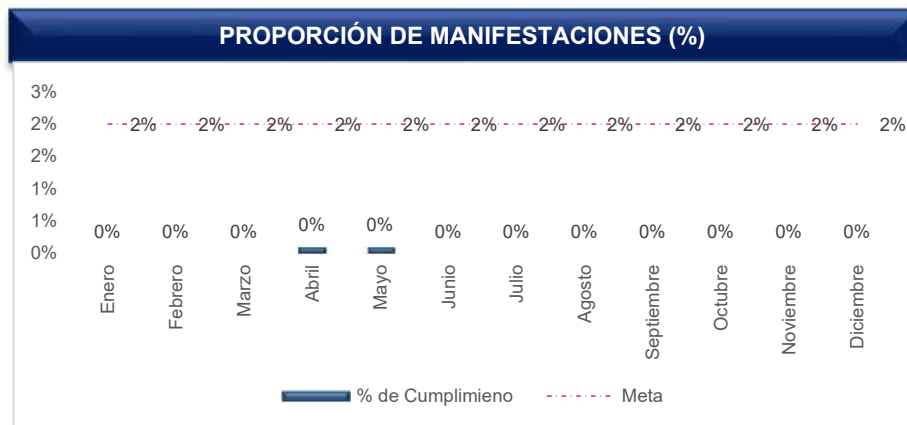
4.4.6. Medilaser Abner Lozano



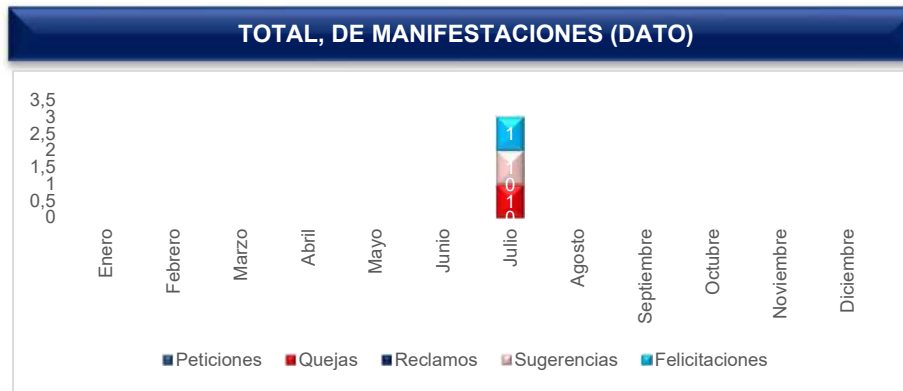
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante la vigencia 2025 se obtuvo un promedio de 95 % de proporción de usuarios satisfechos y en el mes de diciembre de 2025, el porcentaje de satisfacción fue del 98% para el laboratorio clínico.

4.4.6.1. PQRSF



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



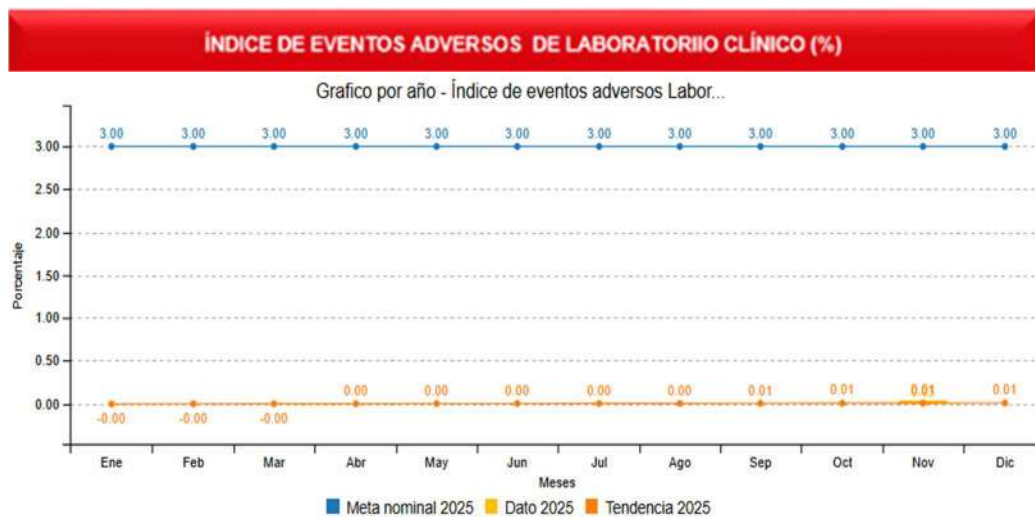
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Jersalud- SharePoint

Análisis: Durante el año 2025, se presentaron 3 manifestaciones correspondientes a Una (1) Queja correspondiente a la entrega de hemocomponentes, una (1) sugerencia relacionada con el proceso de toma de muestra a las horas de la madrugada y una (1) felicitación sobre la prestación del servicio.

4.5. Seguridad del paciente

4.5.1. Proporción de Eventos Adversos e Incidentes

4.5.2. Jersalud Boyacá

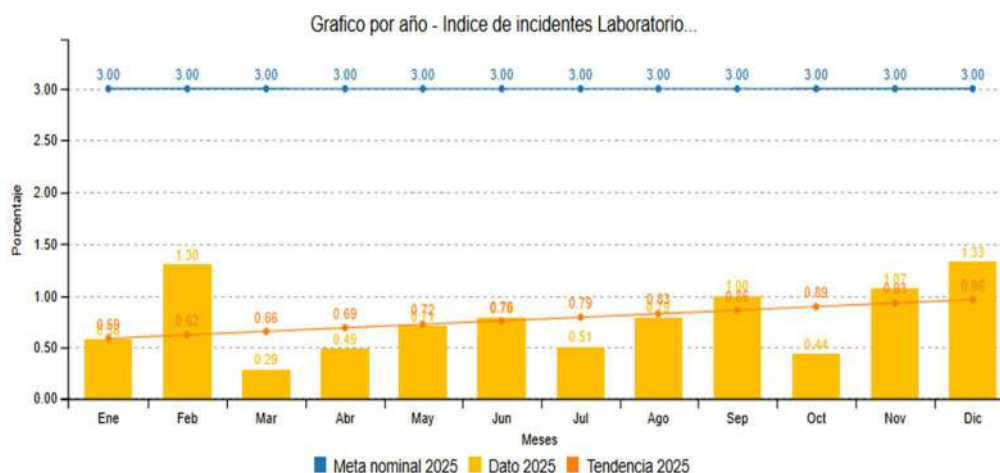


Análisis: En el año 2025 se reportó 1 evento adverso en todas las sucursales de Boyacá presentado un promedio global de 0.01% dato que se encuentra por debajo de la meta establecida del 2%.



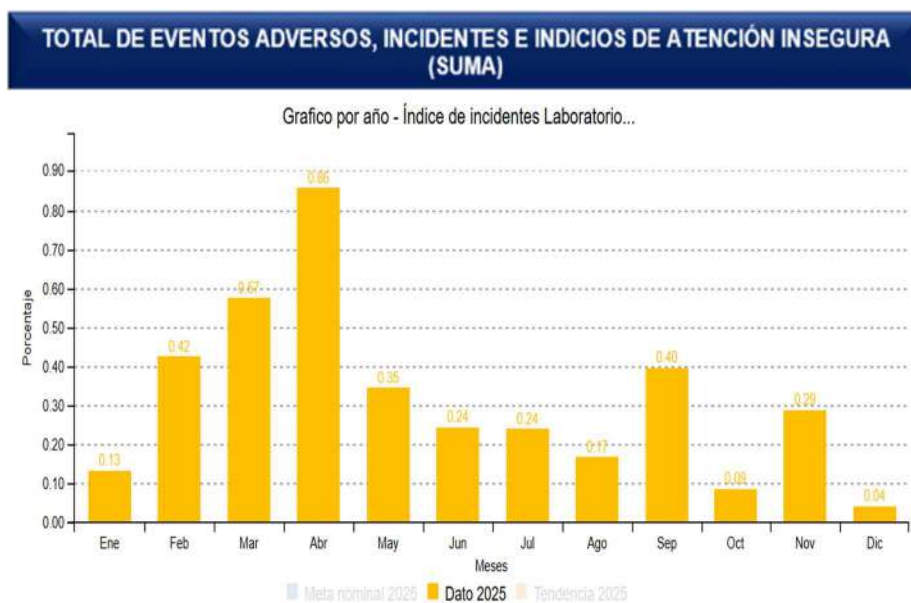
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

INDICE DE INCIDENTES.



Análisis: En el año 2025 se reportaron 364 Incidentes en todas las sucursales de Boyacá; 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.

4.5.3. Jersalud Meta



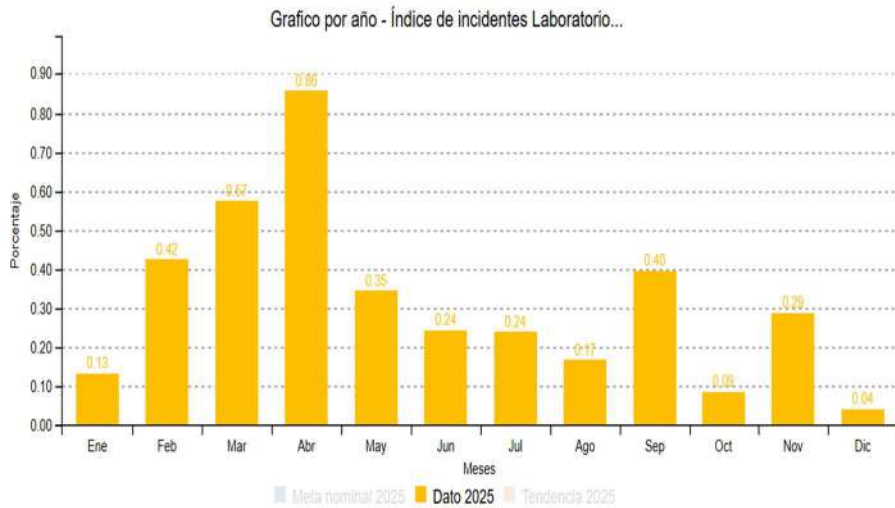
Fuente del Dato: Daruma – Jersalud Meta.

Análisis: En el transcurso del año 2025 se presentaron 4 eventos adversos en la Sucursal de Jersalud Meta, falla en la fase preanalítica por falta de comunicación de sede a sede para remisión, reporte de una hemoclasificación de grupo sanguíneo errada y una doble punción que genero equimosis y dolor en el área puncionada



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

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

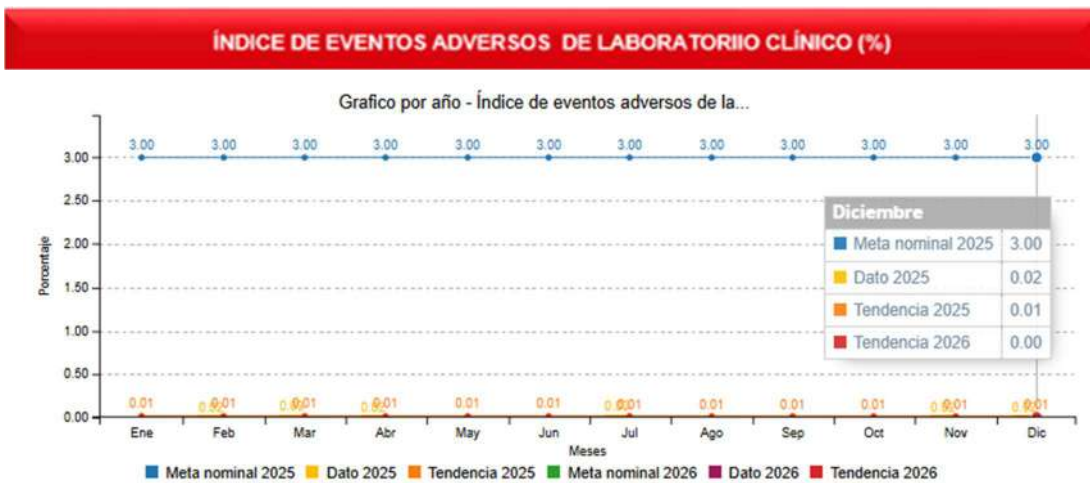


Fuente del Dato: Daruma – Jersalud Meta.

Análisis: En el transcurso del año 2025 el indicador índice de incidentes o indicios de atención insegura del Laboratorio Clínico Jersalud Meta, presenta un promedio de 11,33%, un total de 136 incidentes, muestras insuficientes, Incidencia del Laboratorio Clínico, Solicitud de nueva muestra del Laboratorio de referencia, Medico de red externa no especifica los anticuerpos que requiere para el diagnóstico de la enfermedad polimiositis, se socializan en el Grupo Primario para implementar estrategias y minimizar los incidentes.

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

4.5.4. Medilaser Facatativá

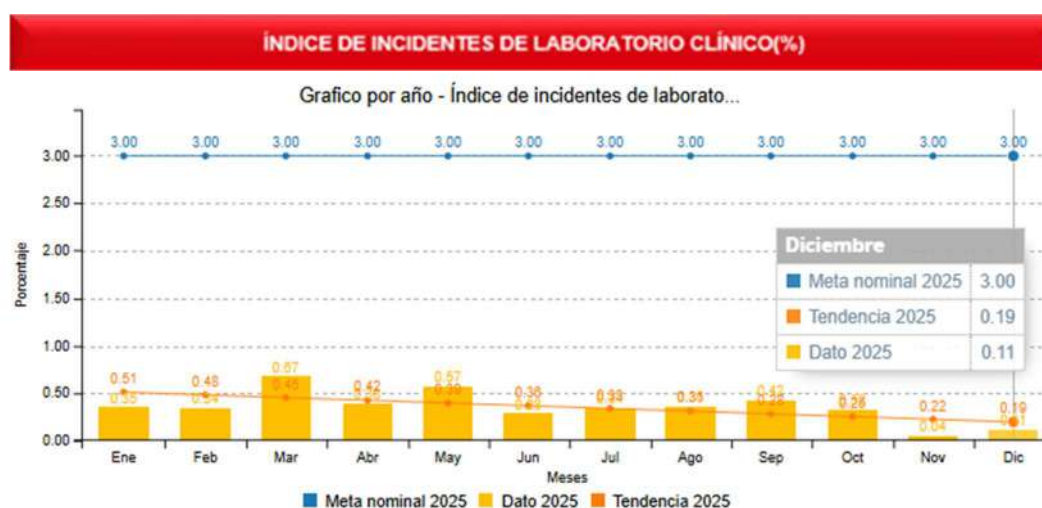


Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de Calidad Miomed- Daruma



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

Análisis: El resultado del indicador Índice de eventos adversos de laboratorio clínico Facatativá en el año 2025 fue de 0,01; dato que se encuentra dentro de la meta nominal correspondiente a 3. Se presentaron en total 7 eventos adversos no prevenibles relacionados con la transfusión de hemocomponentes.



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

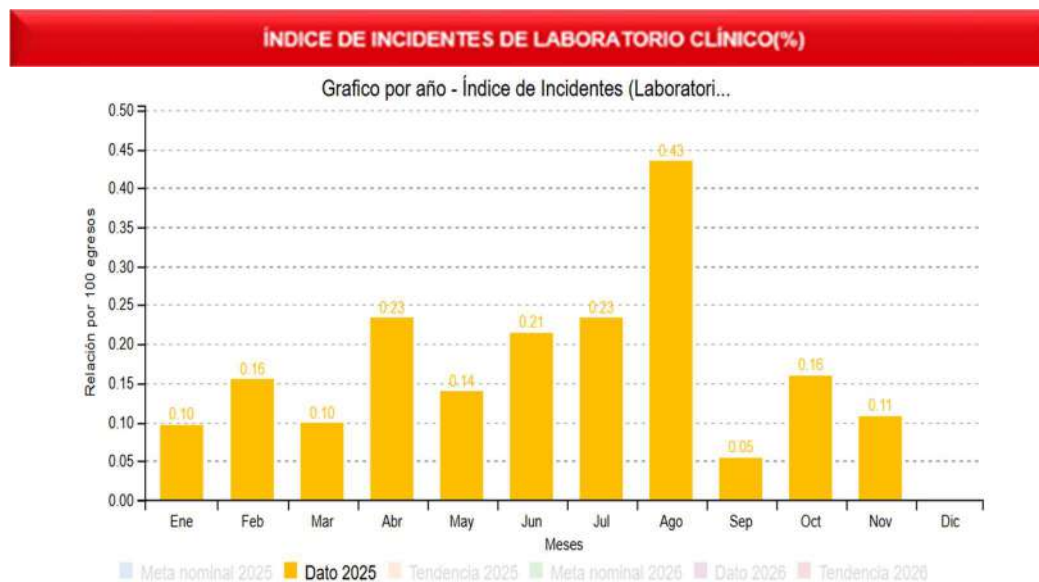
Análisis: El resultado del indicador Índice de incidentes de laboratorio clínico Facatativá en el año 2025 fue de 0,35; dato que se encuentra dentro de la meta nominal correspondiente a 3. Se reportaron en total 228 incidentes relacionados con inoportunidades en la toma de muestras y en la entrega de resultados, demoras en cargues de consentimientos informados para VIH y transfusión de hemocomponentes, muestras recolectadas sin ordenes médicas, muestras coaguladas, hemolizadas y/o insuficientes.



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

4.5.5. Medilaser Florencia

ÍNDICE DE INCIDENTES LABORATORIO CLÍNICO.



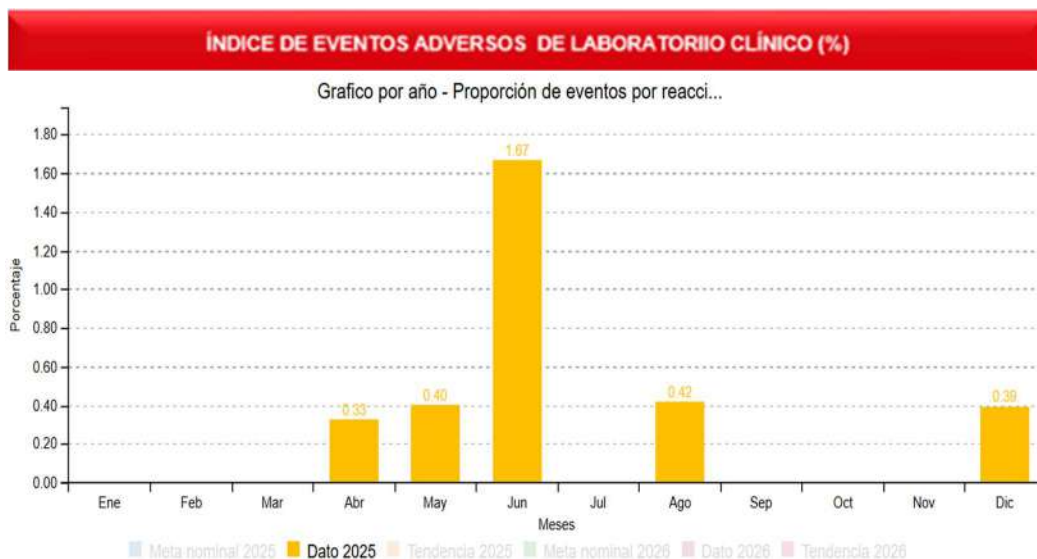
Fuente del Dato: Daruma Medilaser

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Índice de Incidentes (Laboratorio Clínico Florencia) para el año 2025 mostró un promedio 0.18%, presentando un total de 38 incidentes asociados a inoportunidad en la entrega de hemocomponentes, Demora en el cargue de orden para procesamiento de Líquido Cefalorraquídeo, inoportunidad en el procesamiento de muestra por orden de fecha y hora sugerida, examen sin valores de referencia, inoportunidad en el reporte de crítico, inoportunidad en el procesamiento de muestra, falta de disponibilidad de insumo (panel respiratorio de Filmarray). Como acción de mejora, se realiza socialización del resultado del indicador en el Grupo de Mejoramiento de Primer Nivel del Laboratorio Clínico.



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

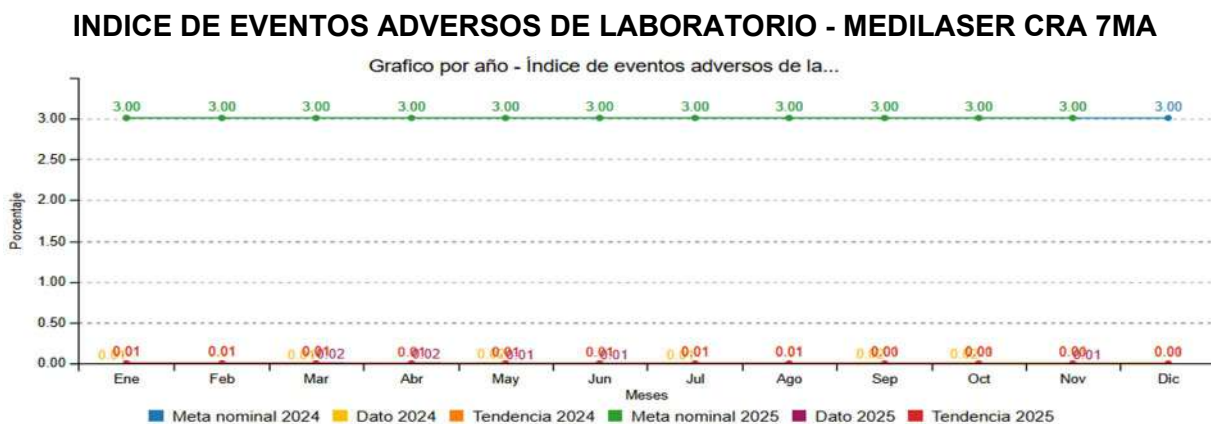
PROPORCIÓN DE EVENTOS POR REACCIONES TRANSFUSIONALES



Fuente del Dato: Daruma Medilaser

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Proporción de eventos por reacciones transfusionales Florencia, para el año 2025 mostró un cumplimiento mostró un promedio 0.27%, presentando un total de 8 reacciones adversas a la transfusión asociados a evento adverso relacionado con la transfusión de plaquetas, con severidad severa, imputabilidad Grado II: Probable, asociado a una sobre carga circulatoria (TACO), evento adverso relacionado con la transfusión de unas plaquetas por aféresis, evento adverso relacionado con la transfusión de plasma fresco congelado, reacción adversa a la transfusión relacionado con la transfusión de una unidad de glóbulos rojos pobre en leucocitos. Este indicador puede variar según las condiciones de los pacientes, lo cual lo hace poco controlable desde nuestro servicio.

4.5.6. Medilaser Carrera 7



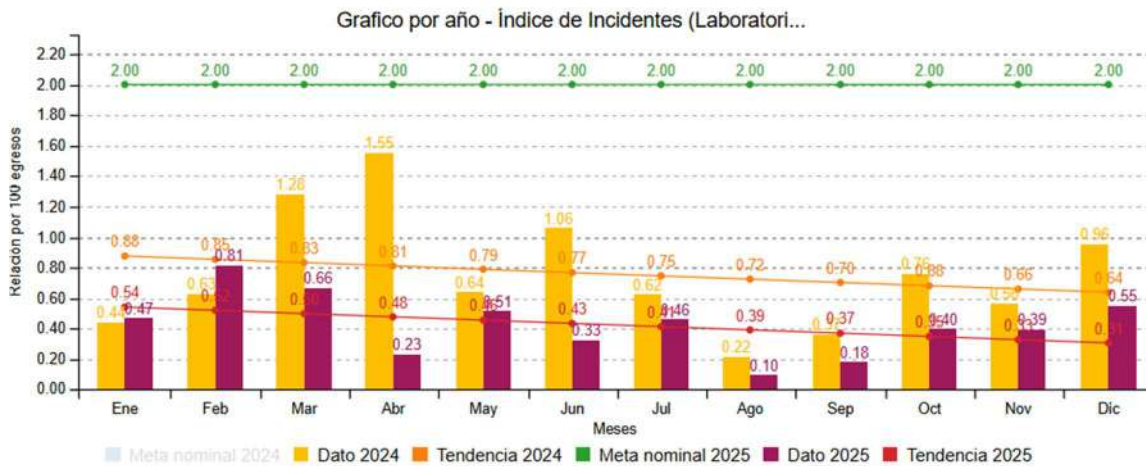
Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores



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

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Índice de eventos adversos de laboratorio clínico, en sede centro para el año 2025 fue de 0,005 estando por debajo de la meta establecida que corresponde a 2%, atribuible a que se presentaron un total de 7 eventos adversos atribuibles a RAT.

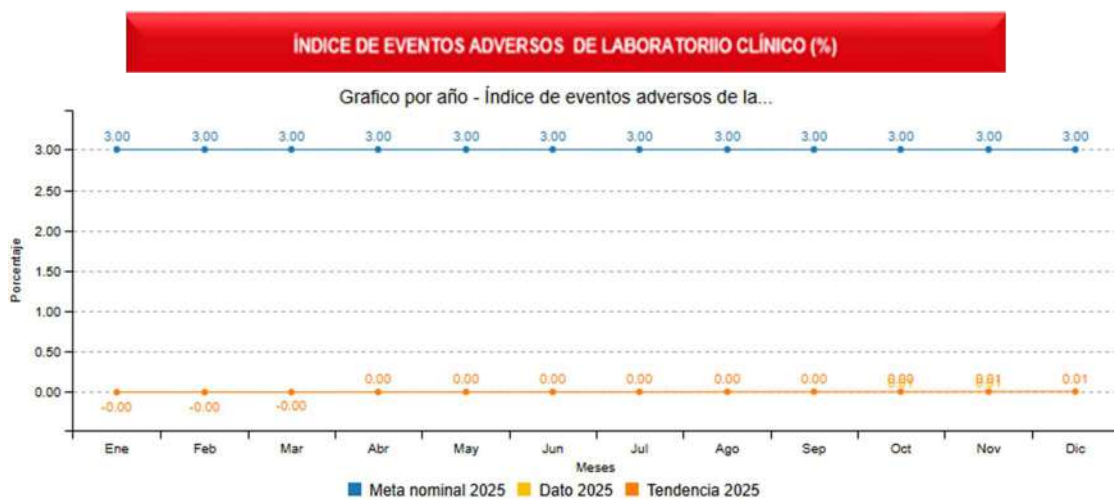
ÍNDICE DE INCIDENTES LABORATORIO CLÍNICO NEIVA



Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Índice de Incidentes (Laboratorio Clínico) NEIVA, para el año 2025 fue de 0,42 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 109 incidentes en el Laboratorio clínico, 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.

4.5.7. Medilaser Tunja

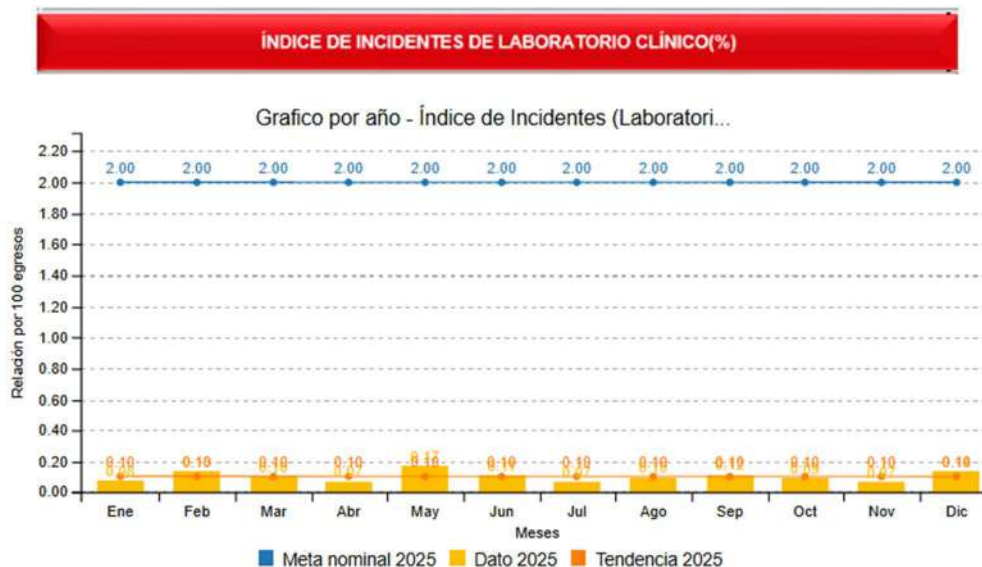


Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores



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

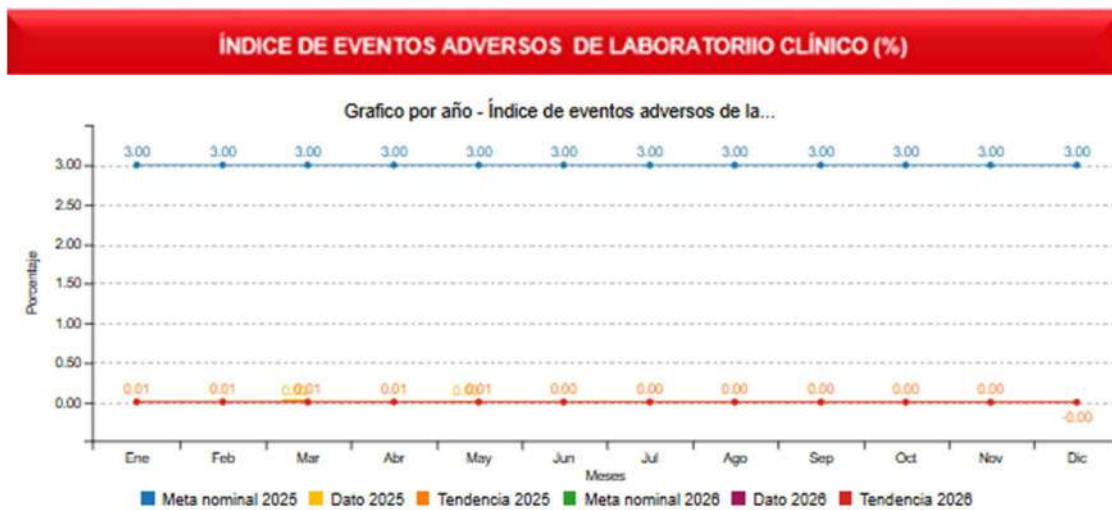
Análisis: En el año 2025 se reportaron 2 eventos adversos en todas las sucursales de Boyacá presentado un promedio global de 0.01% dato que se encuentra por debajo de la meta establecida del 2%, asociados a Error en resultado de hemoclasificación de recién nacido y error en resultados de hepatitis B.



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

Análisis: Durante el año 2025 se reportaron 91 incidentes en sede Medilaser 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.

4.5.8. Medilaser Myriam Parra

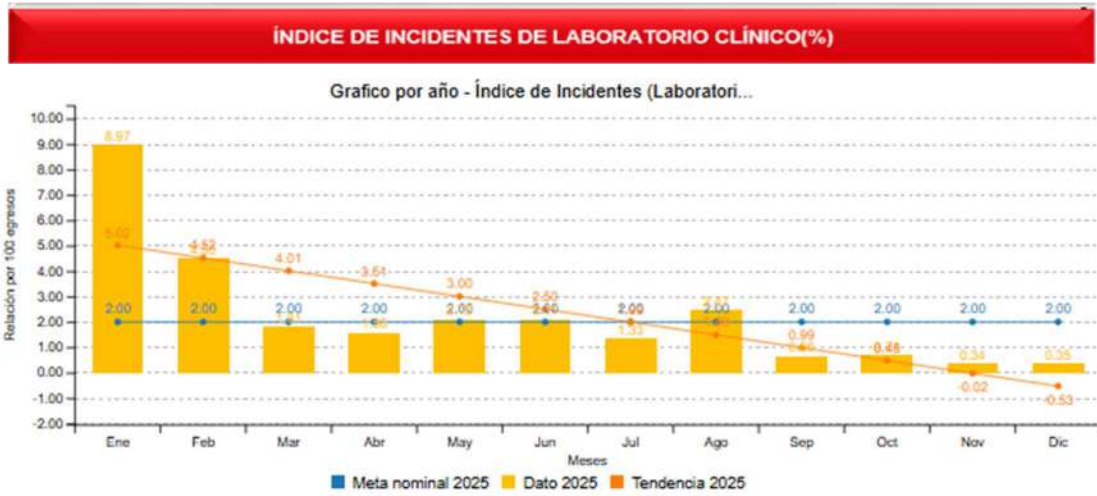


Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores



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

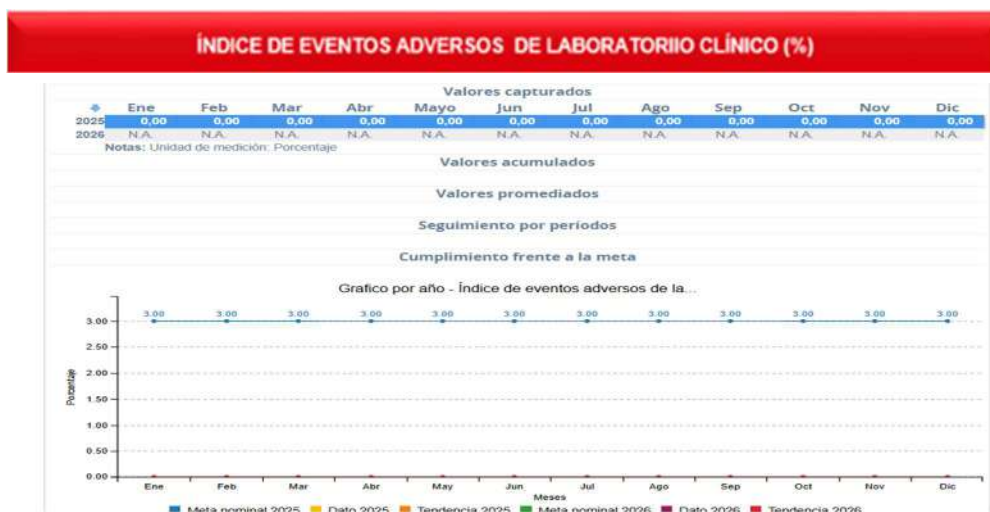
Análisis: El resultado obtenido para el indicador de índice de eventos adversos de laboratorio clínico-Myriam Parra en el año 2025 es de 0.00%, dándole cumplimiento al indicador con una meta establecida del 3.0%. El resultado es atribuible a que no se reportaron casos en el periodo evaluado. Se seguirá trabajando con el personal para la adherencia de la notificación a los eventos adversos en el servicio para así identificar las fallas latentes y humanas en pro de la seguridad del paciente.



Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores

Análisis El resultado obtenido para el indicador Índice de Incidentes (Laboratorio Clínico Sede Myriam Parra) Neiva, para el año 2025 fue de 2,25 estando por fuera de la meta establecida que corresponde a 2 puntos porcentuales. Es resultado del indicador es atribuible a que se presentaron un total de 204 incidentes en el Laboratorio clínico, relacionados con: Inoportunidad o no realización de la ayuda diagnóstica, ejecución inadecuada del procedimiento, fallas en el registro de historia clínica, Gestión de recursos o con la gestión organizacional Protocolos políticas procedimientos disponibilidad de guías adecuación y errores en el reporte de ayudas diagnósticas.

4.5.9. Medilaser Abner Lozano

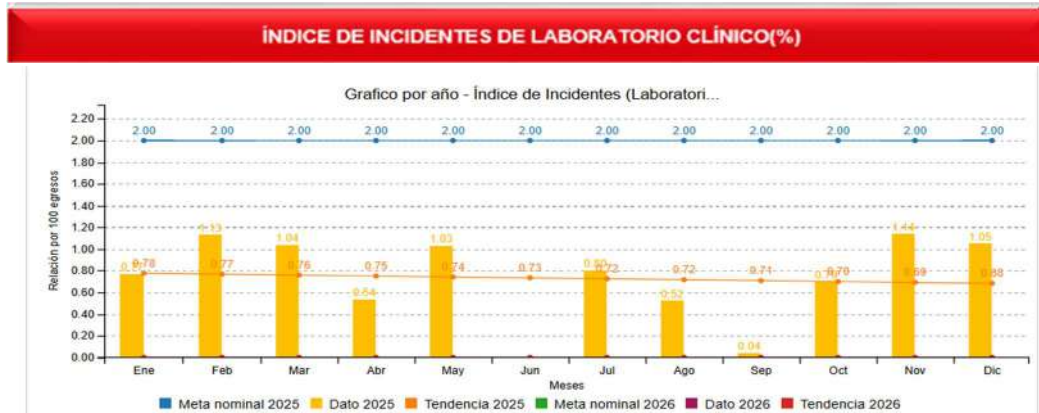


Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores



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

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Índice de eventos adversos de laboratorio clínico, Abner Lozano para el año 2025 fue de 0,0 estando por debajo de la meta establecida que corresponde a 2%



Fuente del Dato: Daruma Medilaser – Indicadores

Análisis: El resultado obtenido para el indicador Índice de Incidentes (Laboratorio Clínico) NEIVA, para el año 2025 fue de 0.73 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 138 incidentes en el Laboratorio clínico, 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.

1.3 Gestión del Riesgo Organizacional

El análisis de riesgos aplicado a los 12 procesos definidos en el mapa de procesos de MIOMED permitió identificar 120 riesgos asociados.

PROCESO	Numero de Riesgos
Gestión de Direccionamiento Estratégico (GED)	7
Gestión Integral de la Calidad (GC)	8
Gestión de Control Interno (GCI)	5
Gestión Laboratorio Clínico (GLC)	36
Gestión de Servicio Pre-Transfusional (GST)	4
Patología	4
Gestión del Talento Humano (GTH)	15
Gestión de la información (GI)	8
Gestión Financiera (GF)	12
Gestión Jurídica (GJ)	6
Gestión de la Tecnología (GT)	5
Gestión del Ambiente Físico (GM)	10
TOTAL	120



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



Luego de aplicar los controles correspondientes a los 120 riesgos identificados, se obtuvo la siguiente clasificación según su nivel de exposición residual:

- 110 riesgos presentan un nivel de exposición **bajo**
- 3 riesgos presentan un nivel de exposición **Aceptable**
- 6 riesgos presentan un nivel de exposición **Medio**
- 1 riesgos presentan un nivel de exposición **Extremo**

Durante el proceso de gestión del riesgo, se identificaron 120 controles que contribuyen a la mitigación del riesgo inherente. Se establecerá un proceso de seguimiento continuo para garantizar su implementación efectiva y evaluar su desempeño en la reducción del nivel de exposición.

Identificación del riesgo LAFT-FPADM, COF

Frente a la Gestión del riesgo de LAFT-FPADM se establecieron dos controles principales:

Gestión del Talento Humano: Para el Cuarto Trimestre 2025; No se realizó contratación del personal que presento alguna señal de alarma o riesgo Empresarial, Frente a los colaboradores Activos, se les aplico Debida Diligencia Sin Resultados positivos para señales de Alerta o Listas Restrictivas.



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

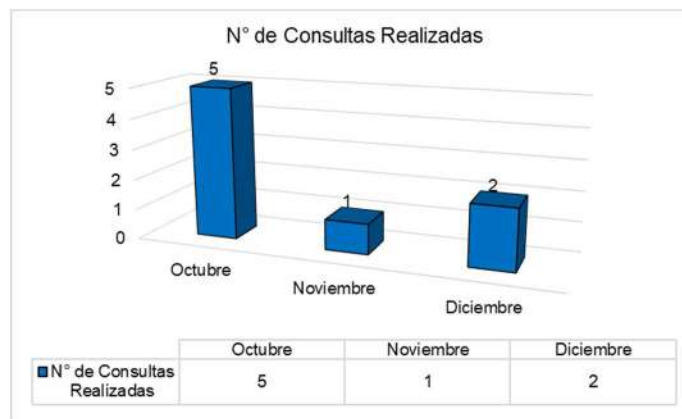
Año	Mes	N° de Consultas Realizadas
Cuarto Trimestre 2025	Septiembre	23
	Octubre	11
	Noviembre	7



Análisis: Se realizó un total de 34 consultas para el Cuarto Trimestre 2025. Para el cierre del Año 2025 se evidenció un total de 177 consultas realizadas a los aspirantes de MIOMED SAS, con un total de 0 incidencias, los cuales no fueron contratados por la Institución, en términos Generales MIOMED SAS no tiene Riesgos ni incidencias en relaciones laborales vigencia 2025.

Gestión Administrativa: Frente a la gestión administrativa se realiza la Identificación del riesgo en las relaciones contractuales con las que MIOMED SAS se relaciona, Para el Cuarto Trimestre 2025 se realizaron las Debidas Diligencias a todos los terceros.

Año	Mes	N° de Consultas Realizadas
Cuarto Trimestre 2025	Octubre	5
	Noviembre	1
	Diciembre	2



Análisis: Se realizó un total de 08 consultas en el Cuarto Trimestre 2025. Para el cierre del Año 2025 se evidenció un total de 25 consultas realizadas a los aspirantes de MIOMED SAS, con un total de 0 incidencias, los cuales no fueron contratados por la Institución, en términos Generales MIOMED SAS no tiene Riesgos ni incidencias en relaciones Contractuales vigencia 2025.



1.4 Gestión documental

4.5.9. Gestión de Estandarización documental



1.4.1 Mejoramiento de Procesos

Durante el año se registraron 236 documentos en el sistema, 223 se encuentran vigentes y 5 están en condición de obsoletos, la producción documental presentó variaciones mensuales con picos importantes en marzo (26 documentos creados), junio (22 documentos creados) y septiembre (36 documentos creados), lo que sugiere periodos de mayor actividad asociados a procesos de auditoría, actualización o mejora continua; por tipo de documento predominan los formatos (119), perfiles de cargo (35), manuales (28) y procedimiento (18), lo cual es coherente con un sistema de gestión estructurado y orientado a la estandarización de los procesos, aunque el tiempo promedio entre creación y revisión (28,51 días), persiste una oportunidad de mejora en el tramo de revisión a aprobación, con un promedio elevado (236 días), lo que impacta el tiempo total de aprobación (76,32 días) y sugiere la necesidad de fortalecer la gestión de responsables y los mecanismos de seguimiento para mejorar la oportunidad y eficiencia del ciclo documental.

Para el año 2026 se propone fortalecer la gestión documental mediante la implementación de un cronograma enfocado en la articulación con los líderes de cada uno de los procesos, realizando reuniones periódicas de seguimiento y retroalimentación que permitan revisar el estado de los documentos, priorizar actualizaciones y comprometer tiempos claros de revisión y aprobación;

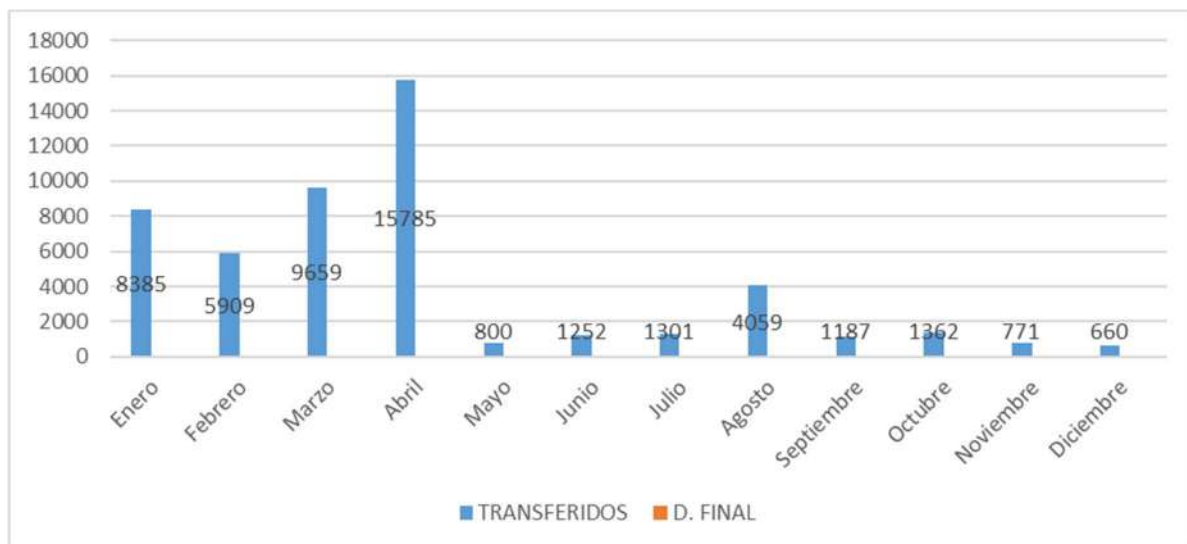


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

adicionalmente, se llevará a cabo una revisión y optimización de los flujos documentales, con el fin de mitigar reprocesos y mejorar la oportunidad del ciclo documental, apoyándose en cronogramas definidos, responsables asignados y mecanismos de control que faciliten el cumplimiento de los tiempos establecidos.

5. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA

1.5 Gestión de Archivo



Análisis: En el mes de diciembre se realiza transferencia de 660 folios, en noviembre se realiza una transferencia total de 771 folios que correspondientes a entregas de documentos que hacen parte de la historia clínica a las IPS y entrega de archivo a Microcolsa; Neiva Séptima 105 folios, Tunja Medilaser 318 y Florencia 348 y para el mes de diciembre se realiza una transferencia total de 660 folios que correspondientes a entregas de documentos que hacen parte de la historia clínica a las IPS y entrega de archivo a Microcolsa; Neiva Séptima 120 folios, Tunja Medilaser 285 y Florencia 255.

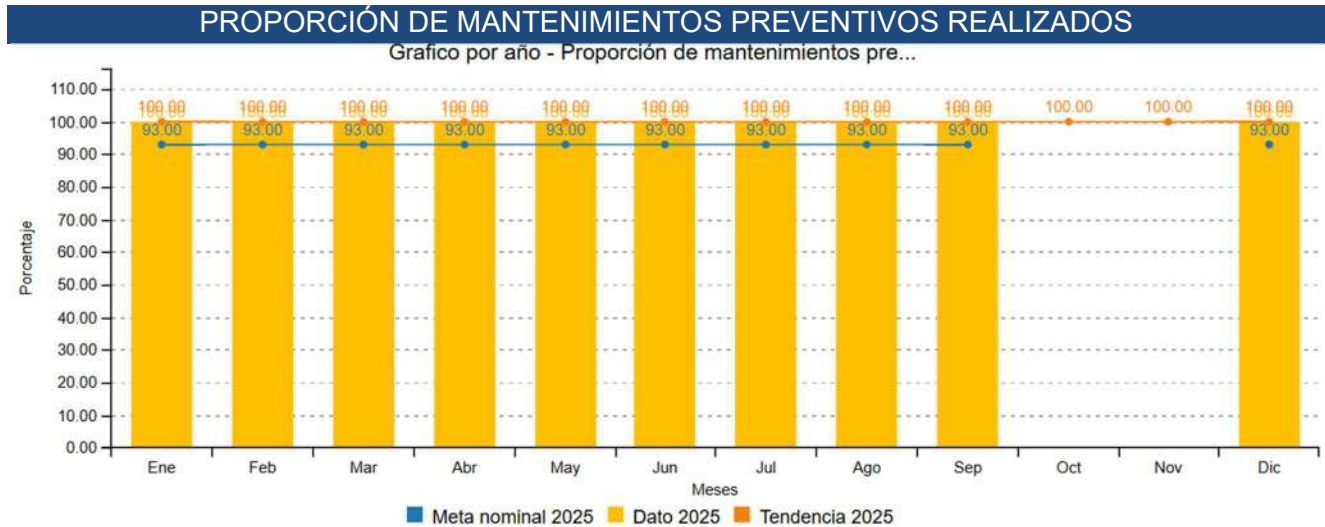
Los meses descritos anteriormente no se realiza disposición final de archivos a nivel nacional.



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

5.1 Gestión Biomédica

1.5.1 Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo - Global



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología.

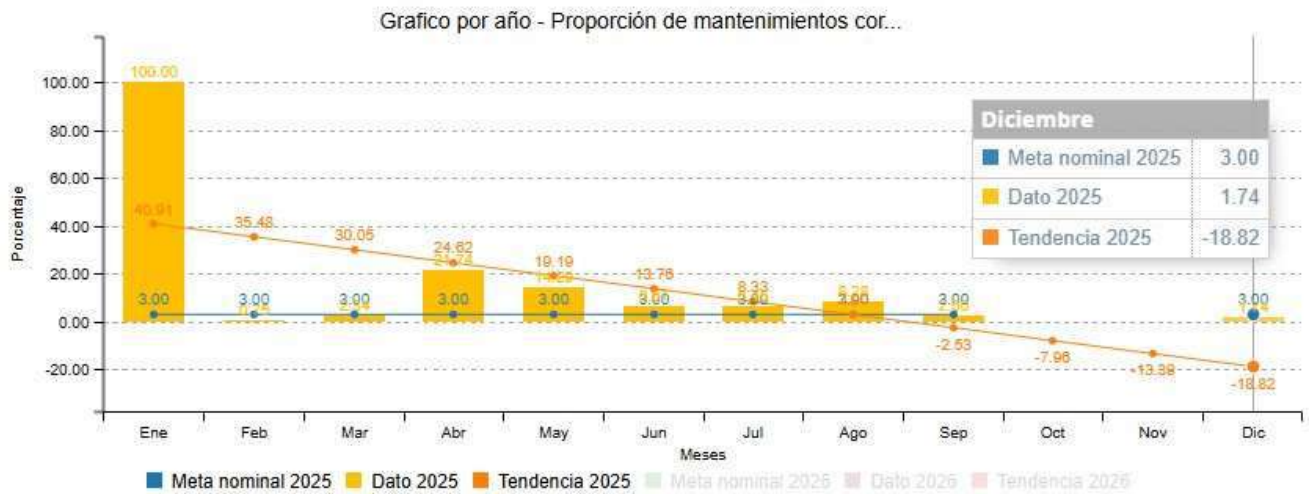
Análisis: Durante el mes de diciembre de 2025, el indicador de cumplimiento de mantenimientos preventivos de equipos biomédicos en Laboratorios MIOMED evidenció un comportamiento global positivo con resultado del 100%, con altos niveles de cumplimiento en las sedes que tenían actividades programadas, destacándose las sedes IPS Neiva, Medilaser Séptima, Abner Lozano y Miryam Parra, las cuales alcanzaron un cumplimiento del 100% sin desviaciones frente a la meta establecida, reflejando una adecuada planificación, ejecución y seguimiento del programa de mantenimiento; adicionalmente, en Jersalud Boyacá se ejecutaron la totalidad de los mantenimientos programados, mientras que en Medilaser Tunja se realizaron mantenimientos preventivos a equipos biomédicos en comodato, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión tecnológica; por otra parte, varias sedes como Jersalud Casanare, Jersalud Meta, Medilaser Facatativá y Medilaser Florencia no presentaron programación de mantenimientos para el periodo evaluado, razón por la cual el indicador no aplicó en dichos casos, sin que esto represente incumplimiento; en conjunto, los resultados reflejan una adecuada adherencia al plan de mantenimiento preventivo institucional, una tendencia positiva del indicador y un cumplimiento alineado con los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, contribuyendo a la confiabilidad, disponibilidad y seguridad de la tecnología biomédica habilitada.



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

1.5.2 Proporción de mantenimientos correctivos – Globales

PROPOCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS REALIZADOS



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología.

Análisis: Durante el mes de diciembre se realizó el análisis global del indicador de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos, teniendo como meta nominal un valor máximo de 3,00, obteniéndose un resultado consolidado de 1,73, lo cual evidencia el cumplimiento satisfactorio del indicador y un desempeño favorable en la gestión del mantenimiento.

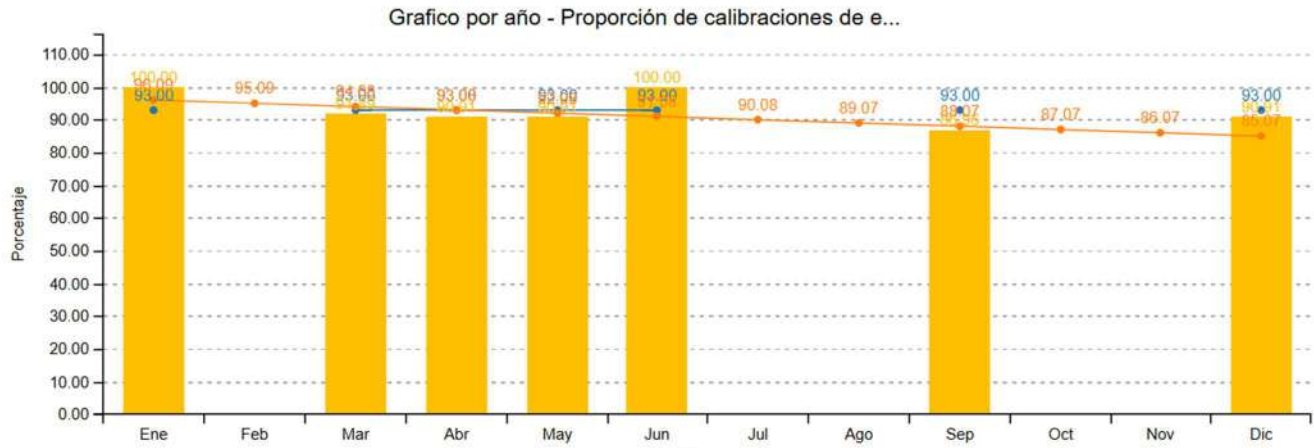
La mayoría de las sedes no presentaron mantenimientos correctivos (IPS MIOMED, JERSALUD Casanare, JERSALUD Meta, JERSALUD Abner Lozano, MEDILASER Facativá, MEDILASER Tunja y Miriam Parra), lo que refleja estabilidad operativa y adecuada ejecución de los mantenimientos preventivos; mientras que en las sedes donde se presentaron eventos correctivos (JERSALUD Boyacá, MEDILASER 7MA y MEDILASER Florencia), estos fueron puntuales, atendidos oportunamente y no generaron desviaciones significativas, destacándose que MEDILASER Florencia obtuvo un resultado de 1,56%, manteniéndose por debajo de la meta establecida. En conjunto, el comportamiento del indicador demuestra una baja incidencia de fallas correctivas y confirma una gestión eficiente del mantenimiento biomédico.



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

1.5.3 Proporción de calibraciones – Global

PROPORCIÓN DE CALIBRACIONES REALIZADAS (%)



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología

Análisis: Durante el período evaluado, el indicador de proporción de calibraciones de equipos biomédicos en Laboratorios MIOMED a nivel global tuvo un resultado del 90.90% teniendo una desviación sobre la meta establecida del 93%. de igual forma presentó un comportamiento heterogéneo entre sedes, explicado principalmente por la programación diferencial de actividades de metrología. En varias sedes (IPS Neiva, JERSALUD Boyacá, Casanare, Meta, Medilaser Tunja y Medilaser Myriam Parra) no se tenían calibraciones programadas según cronograma, por lo cual el indicador no aplicó o no se registraron actividades en el periodo. Las sedes Medilaser Séptima y Abner Lozano evidenciaron ejecución efectiva del proceso: Séptima alcanzó un cumplimiento del 100% (4/4), superando la meta institucional del 93% gracias a la calibración de neveras destinadas a cadena de frío para reactivos, muestras y pretransfusional; mientras que Abner Lozano obtuvo un cumplimiento del 83,33% (5/6), por debajo de la meta, debido a la reprogramación de la calibración de un congelador asociada a limitaciones logísticas del proveedor y disponibilidad operativa del equipo. Adicionalmente, en las sedes Medilaser Facatativá y Florencia se realizaron calibraciones puntuales de termómetros infrarrojos, contribuyendo al aseguramiento básico de la medición, aunque sin impacto significativo en el indicador global. En conjunto, los resultados reflejan un adecuado cumplimiento en las sedes con programación activa, y resaltan la necesidad de fortalecer la planeación, oportunidad logística y seguimiento a las actividades de metrología para garantizar la confiabilidad de los equipos biomédicos y el cumplimiento sostenido de la meta institucional.



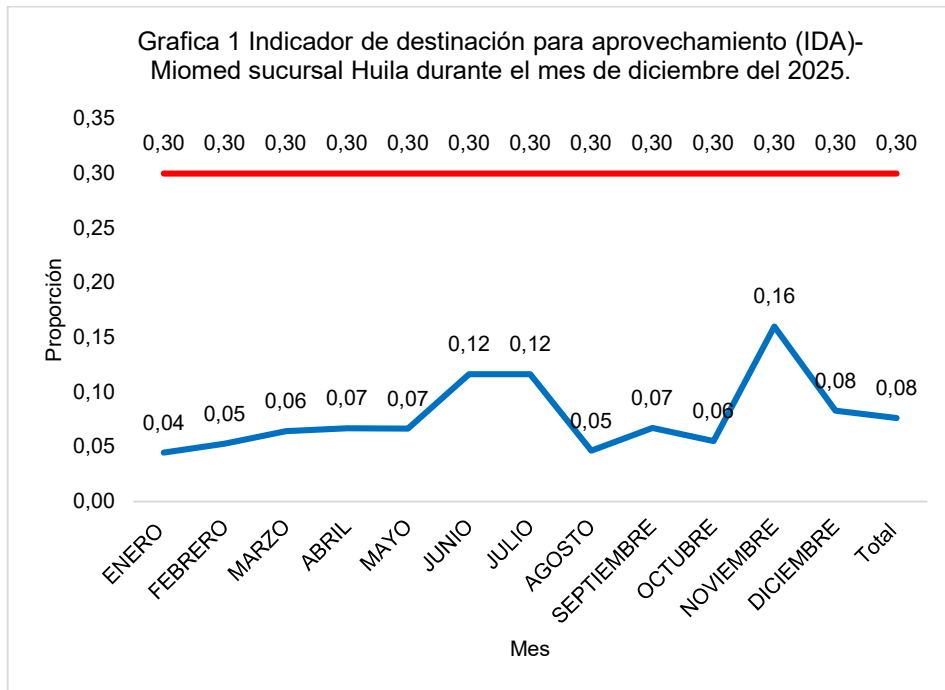
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

5.2 Gestión ambiental

5.2.1 Sucursal Huila

5.2.1.1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Miomed sucursal Huila en diciembre del 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Miomed sucursal Huila en el mes de diciembre del 2025, corresponde a **0,08** kilogramos/mes con un resultado de no cumplimiento y una brecha de 0,22 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 101.03 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 1220.15 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

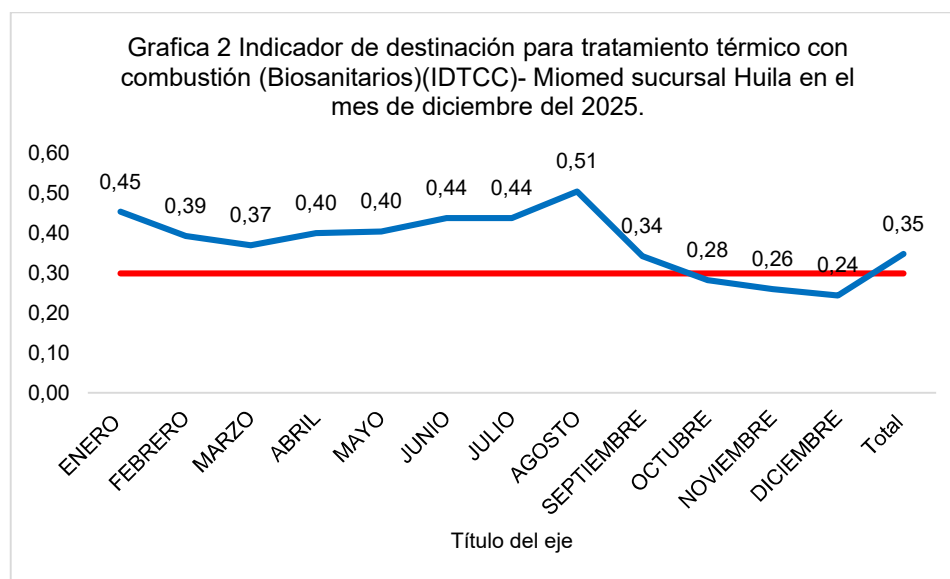
Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior, atribuible a que disminuyeron los residuos aprovechables y a su vez la cantidad total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

En el año 2025 obtuvo un resultado del 0.08 kilogramos/atenciones lo cual representa no cumplimiento con respecto a la meta establecida.



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

5.2.1.2 *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 2025



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Huila del mes de diciembre del año 2025, corresponde a **0,24** kilogramos/mes con un resultado sobresaliente y con una brecha de 0,02 Kilogramos/mes por encima de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 298.81 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 1220.15 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 periodo de medición disminuyeron los residuos peligrosos en la subclasificación de biosanitarios y a su vez el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

En el año 2025 obtuvo un resultado del 0.35 kilogramos/atenciones lo cual representa un comportamiento aceptable con respecto a la meta establecida.

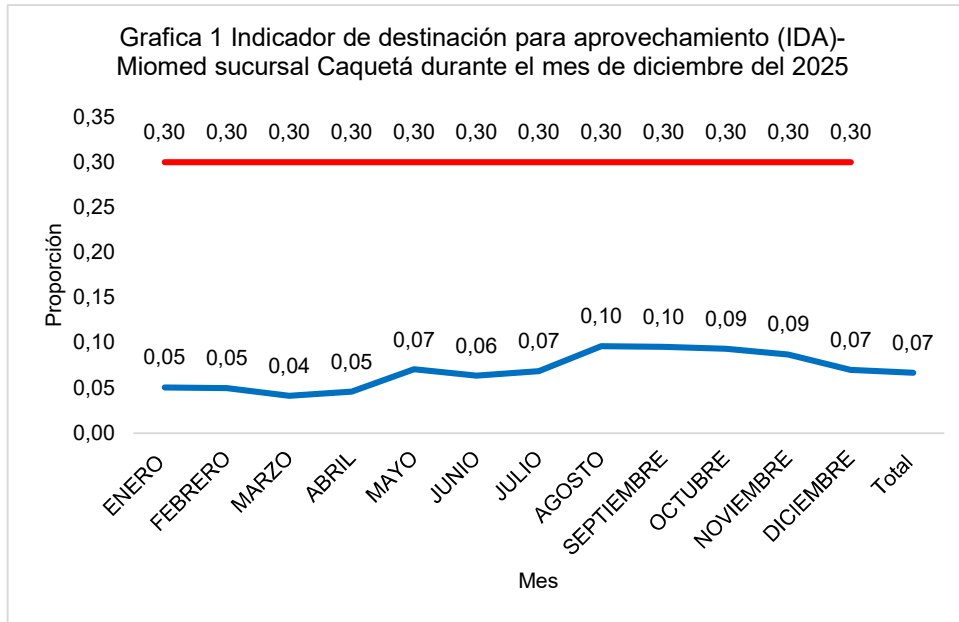


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario

5.2.2 Sucursal Caquetá

5.2.2.1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Miomed sucursal Caquetá del mes de diciembre del 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Miomed sucursal Caquetá en el mes de diciembre del 2025 corresponde a **0,7** kilogramos/mes con un resultado no cumplimiento y una brecha de 0,23 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 36.4 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 519.7 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

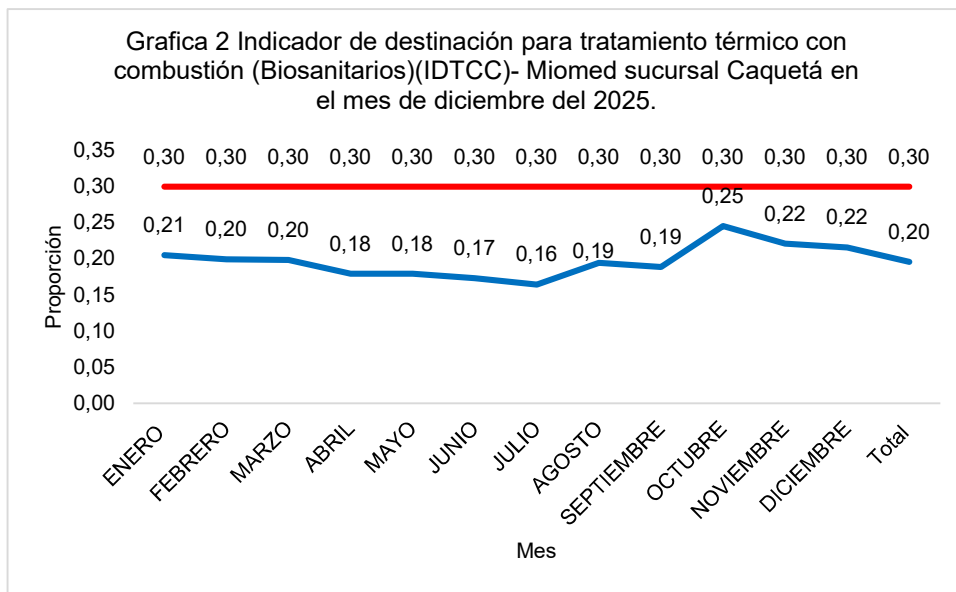
Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior, atribuible a que en el mes de medición disminuyeron la generación de residuos aprovechables, pero aumentaron el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal.

En el año 2025 obtuvo un resultado del 0.07 kilogramos/atenciones lo cual representa no cumplimiento con respecto a la meta establecida.



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

5.2.2.2 *Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)*
 Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)-
 Miomed sucursal Caquetá del mes de diciembre del año 2025



Fuente: RH1

El indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Caquetá del mes de diciembre del año 2025, 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 112 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 519.7 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

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

En el año 2025 obtuvo un resultado del 0.020 kilogramo/atenciones lo cual representa no cumplimiento con respecto a la meta establecida.

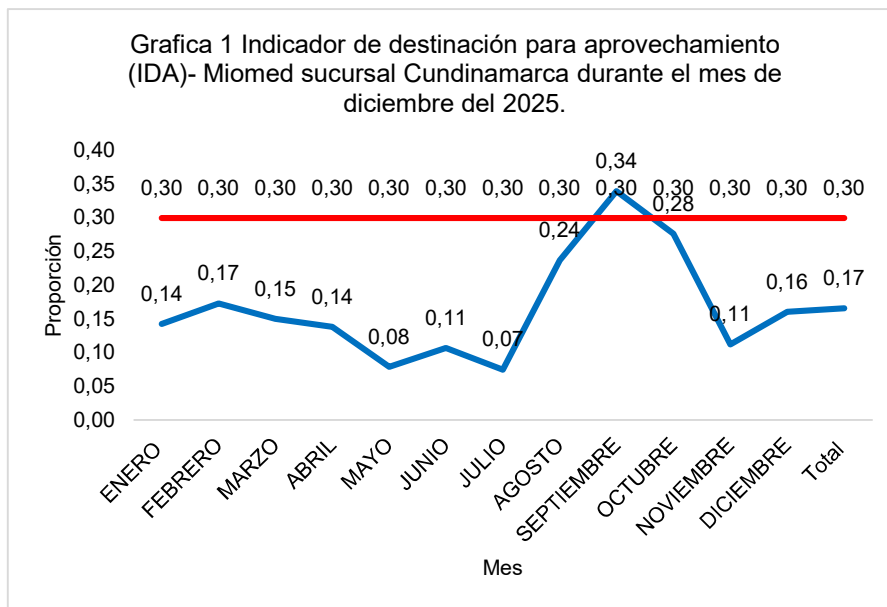


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

5.2.3 Sucursal Cundinamarca

5.2.3.1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA) - Miomed sucursal Cundinamarca del mes de diciembre de 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA - Miomed sucursal Cundinamarca en el mes de diciembre del 2025, corresponde a 0,16 kilogramos/mes con un resultado de no cumplimiento y una brecha de 0,02 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 71,1 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 443,5 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

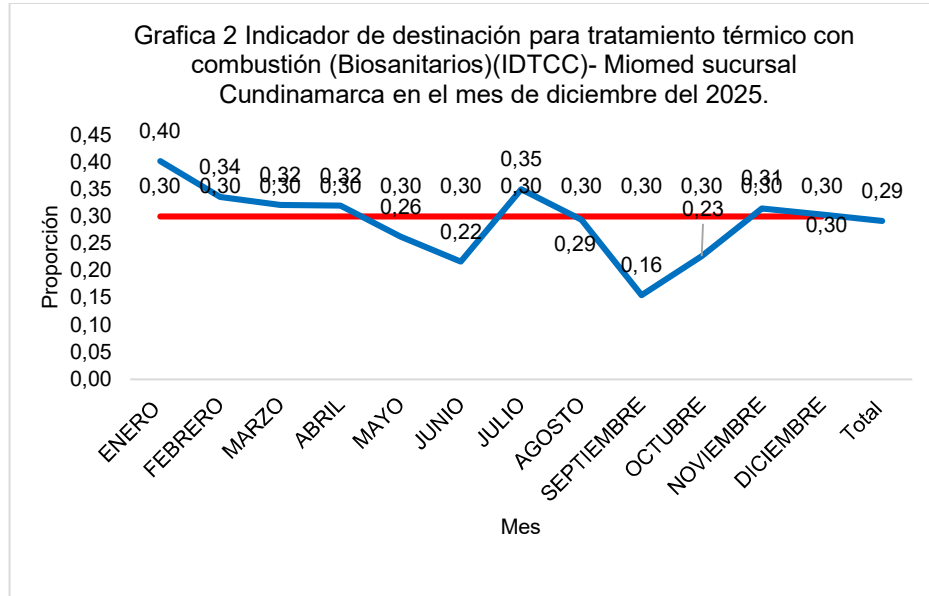
Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior de 0,05 kilogramos/mes, atribuible a que aumentaron los residuos aprovechables y a su vez los residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal.



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

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

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Cundinamarca del mes de octubre del año 2025



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Cundinamarca de diciembre del año 2025, corresponde a 0,30 kilogramos/mes con un resultado aceptable y no presenta brecha por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 134.6 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 443.5 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 aumentaron significativamente los residuos peligrosos en la subclasificación biosanitarios y a su vez los residuos totales de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sucursal.

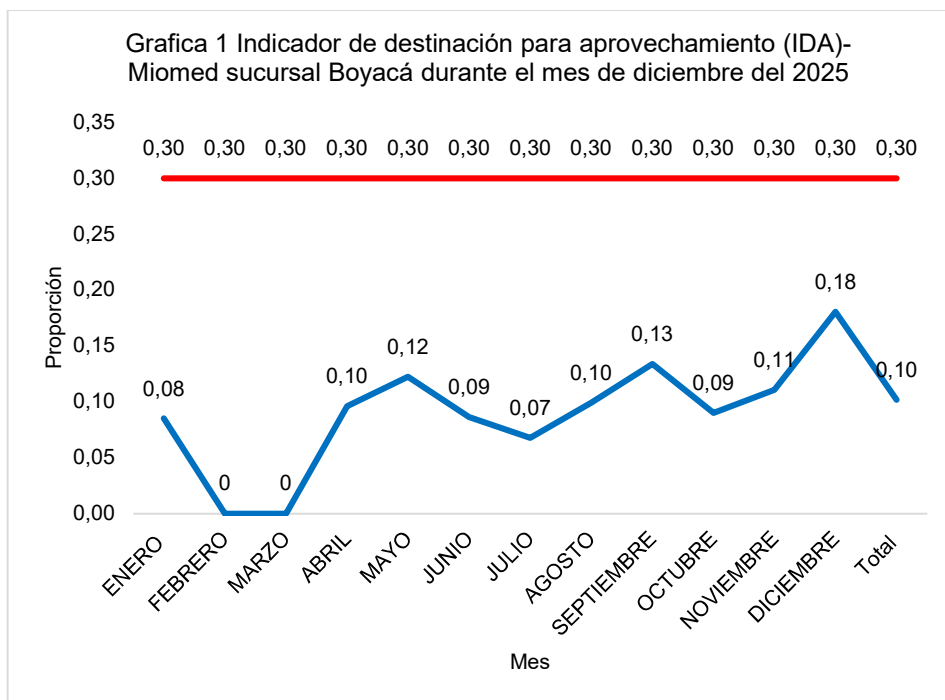


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

5.2.4 Sucursal Boyacá

5.2.4.1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA) - Miomed sucursal Boyacá del mes de diciembre de 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA - Miomed sucursal Boyacá en el mes de diciembre del 2025, corresponde a 0,18 kilogramos/mes con un resultado de no cumplimiento y una brecha de 0,12 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 61 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 337,9 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

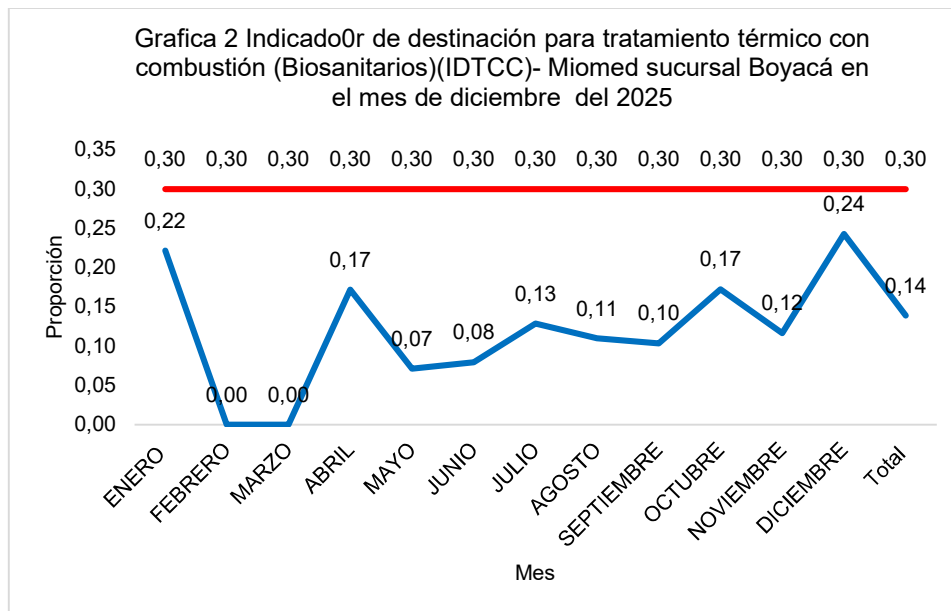
Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior de 0,03 kilogramos/mes, atribuible a que disminuyeron los residuos aprovechables y a su vez los residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal, ya que se tomó la generación del laboratorio.



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

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

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Boyacá del mes de diciembre del año 2025



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal Boyacá de diciembre del año 2025, corresponde a 0,24 kilogramos/mes con un resultado cumplimiento y se presenta brecha de 0,06 Kg por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 82 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 337.9 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 disminuyeron los residuos aprovechables y a su vez los residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal, ya que se tomó la generación del laboratorio.

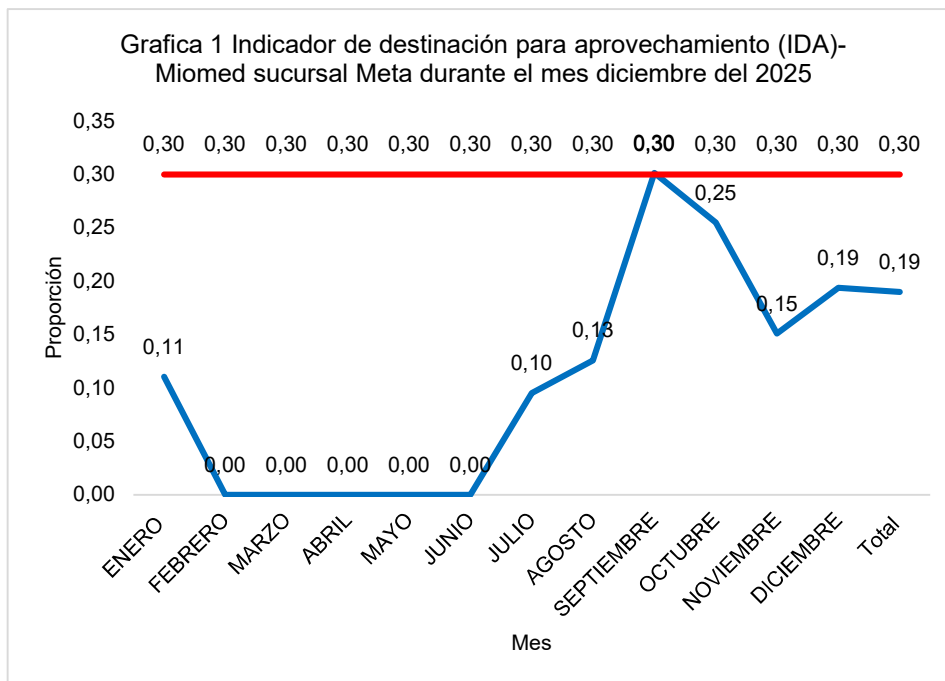


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

1.5.4 Sucursal meta

1.5.4.1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA) - Miomed sucursal meta del mes de diciembre de 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA - Miomed sucursal meta en el mes de diciembre del 2025, corresponde a 0,19 kilogramos/mes con un resultado de no cumplimiento y una brecha de 0,05 Kilogramos/mes por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 138.4 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 714.2 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

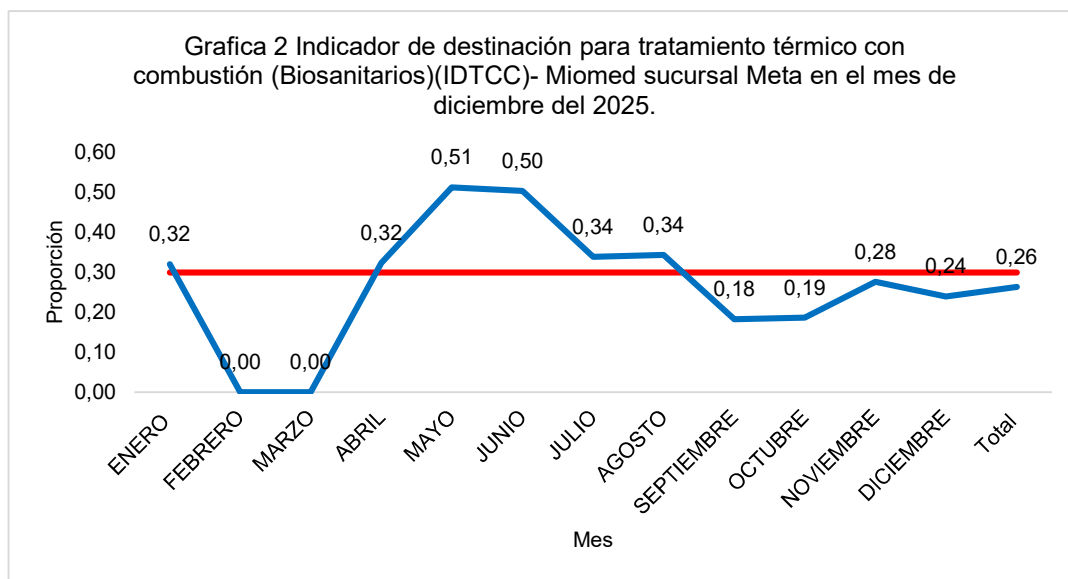
Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior de 0,03 kilogramos/mes, atribuible a que aumentaron los residuos aprovechables y a su vez los residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal, ya que se tomó la generación del laboratorio.



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

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

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal meta del mes de diciembre del año 2025



Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Miomed sucursal meta de diciembre del año 2025, corresponde a 0,24 kilogramos/mes con un resultado sobresaliente y se presenta brecha de 0,06 Kg por debajo de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 170.8 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 714.2 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 aumentaron los residuos aprovechables y a su vez los residuos peligrosos y no peligrosos producidos por la sucursal, ya que se tomó la generación del laboratorio.

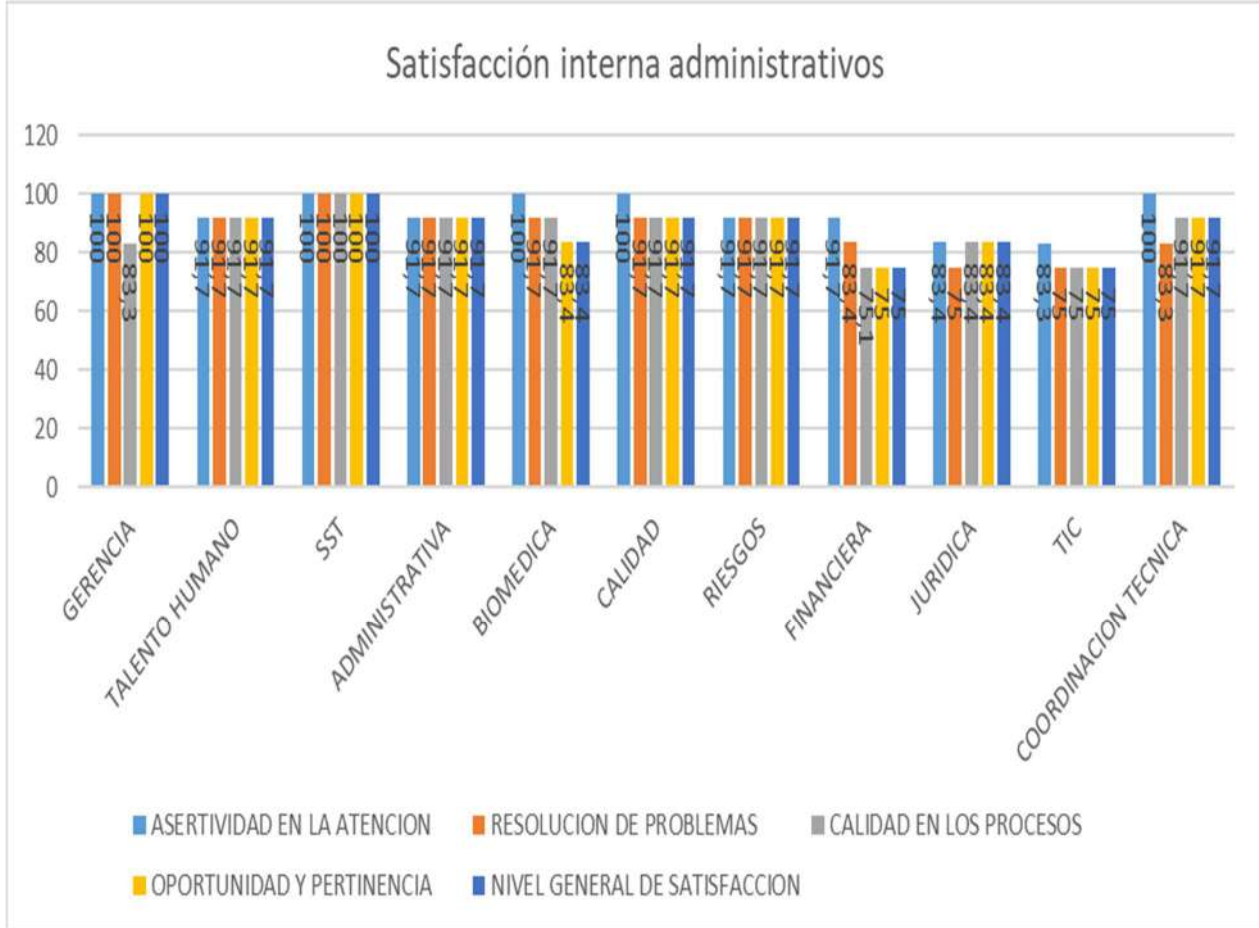


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

6. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

1.6 Indicadores Nacionales

6.1.1 Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas



Fuente: Encuesta de satisfacción áreas administrativas

Análisis: la aplicación de la encuesta se realizará semestral

1.6.1 Proporción de Certificaciones por Competencias

Durante el mes de diciembre se realizó la solicitud de atención del Proyecto Nacional Jersalud ante el SENA. En este marco, el 11 de diciembre se llevó a cabo una reunión de articulación con el fin de establecer los compromisos entre la organización y el SENA, orientados a adelantar el proceso de evaluación y certificación de competencias laborales.

Este proceso está proyectado para aproximadamente 350 aspirantes, en las siguientes normas de competencia:

- 210601020: Atender clientes de acuerdo con el procedimiento técnico de servicio y la normativa vigente.

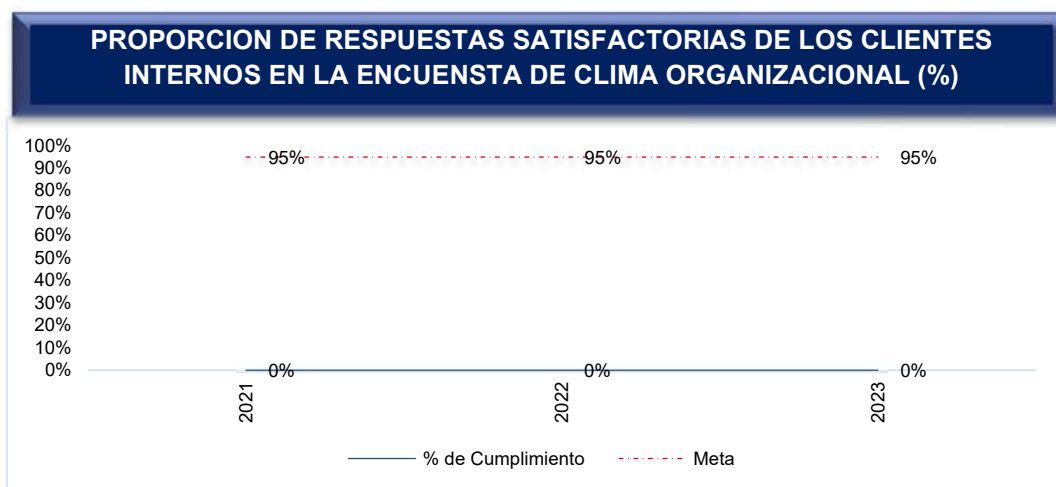


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

- 210301098: Procesar el recaudo de caja de acuerdo con la normativa y el manual técnico.
- 210303037: Reconocer recursos financieros de acuerdo con la política y la normativa contable.
- 210303040: Elaborar presupuestos de acuerdo con la metodología y la guía técnica.

Por su parte, las competencias asistenciales serán programadas durante el mes de enero, en articulación con otro centro de servicios del SENA, de acuerdo con la disponibilidad y lineamientos del ente certificador.

6.1.2 Proporción de satisfacción de clima organizacional



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

Análisis; La encuesta de clima organizacional fue publicada durante el mes de diciembre, estableciendo como fecha de cierre el 13 de enero de 2026, con el objetivo de recopilar información relevante sobre la percepción de los colaboradores en relación con el ambiente laboral, liderazgo, comunicación y condiciones de trabajo. Los resultados obtenidos servirán como insumo para la toma de decisiones estratégicas y la definición de planes de mejora orientados al fortalecimiento del clima organizacional.



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

6.2 Indicadores de Talento Humano

6.2.1 Índice de rotación de personal

INDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL (%)



Fuente: Daruma índice total de rotación

Análisis: Durante el mes de diciembre se evidencia aumento en el porcentaje de rotación, con un crecimiento de 1.8 en comparación con el mes anterior. Esta variación se debe principalmente a al incremento en el número de terminaciones registradas durante el mes en ejecución.

Este índice quedo representado de la siguiente manera; (8) retiro voluntario; (2) Neiva; (1) Medilaser Tunja (2) Medilaser Facatativá, (2) Bogotá Administrativo.

(5) retiro involuntario (1) Medilaser Florencia, (1) Medilaser Tunja. (1 Villavicencio Jersalud (2) Neiva Medilaser

Análisis del Comportamiento Anual

El índice de rotación a lo largo del año mostró variaciones significativas, manteniéndose en su mayoría por debajo del umbral de meta establecido

Picos de Rotación, el punto más alto se registró en el mes de mayo (superando el 3.5%), seguido por un repunte en diciembre.

Tendencia de Cierre: Diciembre cerró con un incremento del 1.8% respecto a noviembre, debido principalmente al aumento en el número de terminaciones de contrato al finalizar el ciclo anual.

Caracterización de los Retiros

- Volumen de Retiros por Causa

Se identificó que la mayoría de las salidas son por decisión del colaborador:

Renuncias Voluntarias: 35 retiros (Causa principal de fuga de talento).

Terminación de Contrato (Vencimiento/Obra): 18 retiros (Incluye fin de contratos fijos y obra o labor).



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

Aprendices (Fin Etapa Productiva): 6 retiros (Rotación natural de formación).

Otros (Pensión/Justa Causa/Prueba): 4 retiros.

- **Impacto Geográfico (Sedes con mayor flujo)**

El volumen de retiros se concentró en las siguientes zonas:

Neiva (Todas las sedes): 22 retiros (Zona de mayor movilidad).

Bogotá: 11 retiros.

Tunja: 8 retiros.

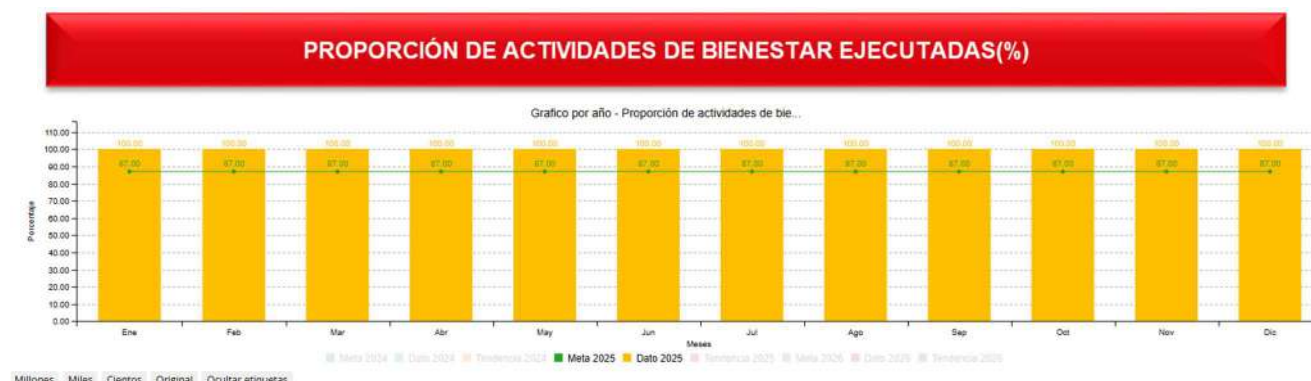
Otras Sedes (Facatativá, Florencia, Villavicencio): 22 retiros acumulados.

- **Conclusiones y Recomendaciones**

Estabilidad Relativa: A pesar de los picos, la empresa se mantiene por debajo de su meta de rotación máxima.

Cierre de Ciclo: El aumento de diciembre es estacional y esperado debido a la culminación de contratos a término fijo y etapas productivas de aprendices.

1.6.1.1 Proporción de cumplimiento al programa de bienestar



Fuente: Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre se llevaron a cabo diversas actividades en el marco del programa de bienestar, entre ellas la celebración del Día de la Familia, ancheta navideña, detalle a los hijos de los colaboradores, los cumpleaños del mes. Asimismo, se hizo entrega de los detalles conmemorativos por el Día de la Profesión. Estas acciones reflejan el compromiso con el bienestar y la integración de la comunidad institucional.



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

Desempeño Cuantitativo

Ejecución: 100% de cumplimiento mensual durante todo el año.

Meta vs. Realidad: Se superó consistentemente la meta establecida del 87.00%, manteniendo un desempeño perfecto (100%) de enero a diciembre.

Actividades Destacadas

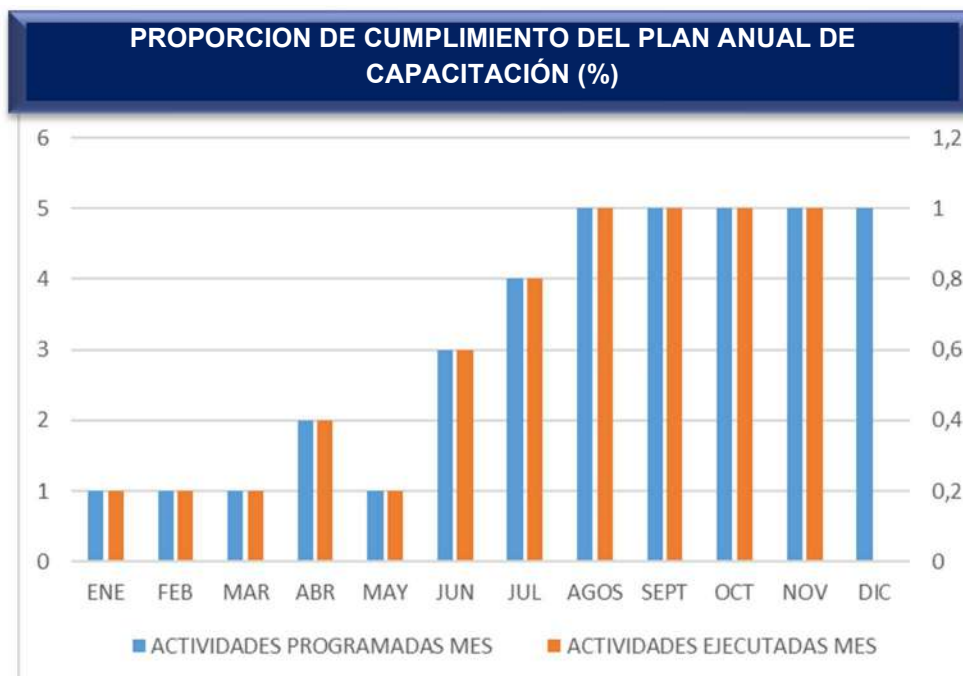
Integración: Celebración del Día de la Familia y cumpleaños del mes, día de la profesión, día del género, Halloween, amor y amistad, día Saludable

Incentivos: Entrega de anchetas navideñas, regalos para hijos de colaboradores.

Conclusión

El programa demuestra un cumplimiento total de los objetivos trazados, fortaleciendo el compromiso institucional y la integración de la comunidad laboral mediante una ejecución impecable del cronograma.

6.2.1.1 Proporción de cumplimiento al plan anual de capacitación



Fuente: Plan anual de capacitación

Análisis: Durante el mes de diciembre se programa en el marco del fortalecimiento del conocimiento y la actualización del personal. La temática abordada fue: Reinducción 2026, dirigida a todo el personal. Estas actividades contribuyen al desarrollo de competencias clave para el adecuado desempeño de las funciones institucionales.



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

Análisis de Ejecución Anual

El programa de capacitación mostró una tendencia de crecimiento progresivo a lo largo del año, alcanzando su mayor volumen de actividad en el segundo semestre.

Cumplimiento: Se observa un cumplimiento del 100% en la ejecución frente a lo programado en cada mes del año.

Distribución de Carga: El primer semestre (enero a mayo) mantuvo una carga baja de 1 a 2 actividades mensuales. A partir de junio, la intensidad aumentó, estabilizándose en 5 actividades mensuales durante el último cuatrimestre (agosto a diciembre).

Gestión del Cierre (diciembre)

Durante el mes de diciembre, el enfoque principal fue el fortalecimiento del conocimiento institucional:

- Actividad Principal: Se ejecutó de manera exitosa la Reinducción 2026.
- Alcance: La capacitación fue dirigida a todo el personal de la organización.
- Objetivo: Actualización del personal y desarrollo de competencias clave para el desempeño de funciones.

Consolidado de Actividades

Total, Programadas en el año: 33 actividades.

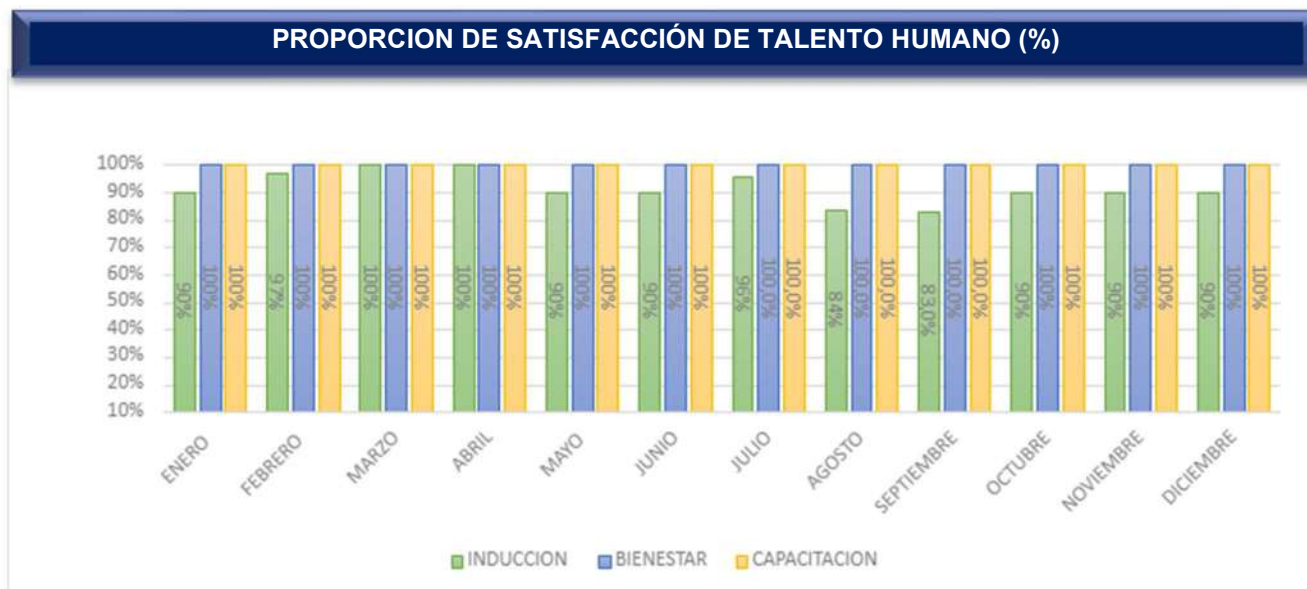
Total, Ejecutadas en el año: 33 actividades.

Eficacia del Indicador: 100%.

4. Conclusión Ejecutiva

El Plan Anual de Capacitación cumplió con la totalidad de sus metas cronológicas. El incremento de actividades en la segunda mitad del año sugiere un esfuerzo institucional por cerrar brechas de conocimiento, culminando con un proceso de reinducción masivo que asegura la alineación de todo el equipo de trabajo con los objetivos de MIOMED.

6.2.2 Proporción de satisfacción de actividades de talento humano



Fuente: Encuesta de satisfacción planes y programas.



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

Análisis: Durante el mes de diciembre, el área alcanzó un nivel de satisfacción general del 98%. Este resultado refleja la percepción positiva del personal frente a las tres actividades ejecutadas en el periodo: inducciones, programa de bienestar y capacitaciones. Cada una de estas iniciativas fue evaluada individualmente, permitiendo identificar que el alto porcentaje de satisfacción está directamente relacionado con la calidad y pertinencia de las acciones desarrolladas.

Ejecución y Cumplimiento Anual

El programa de capacitación registró un desempeño perfecto en términos de cumplimiento cronológico:

- Eficacia de Ejecución: Se alcanzó un 100% de cumplimiento mensual, ejecutando la totalidad de las actividades programadas desde enero hasta diciembre.
- Dinámica de Actividades: El volumen de capacitación aumentó significativamente en el segundo semestre, pasando de un promedio de 1.4 actividades mensuales (Ene-May) a un promedio de 4.8 actividades mensuales (Ago-Dic).

Total Anual: Se completaron exitosamente 33 actividades de capacitación.

2. Gestión Estratégica de Cierre (Diciembre)

El último mes del año se centró en la alineación institucional masiva:

Actividad Central: Ejecución de la Reinducción 2026.

Cobertura: Dirigida a todo el personal de la organización para fortalecer competencias clave.

Satisfacción: Las capacitaciones de diciembre contribuyeron a un nivel de satisfacción general del área del 98%.

3. Niveles de Satisfacción por Capacitación

A lo largo del año, la percepción del personal sobre las capacitaciones fue consistentemente alta:

Picos de Satisfacción: Durante 10 meses del año, la satisfacción con las capacitaciones alcanzó el 100%.

Punto más bajo: Septiembre registró el nivel de satisfacción más bajo del año con un 83%, recuperándose inmediatamente en los meses posteriores.

4. Conclusión Ejecutiva

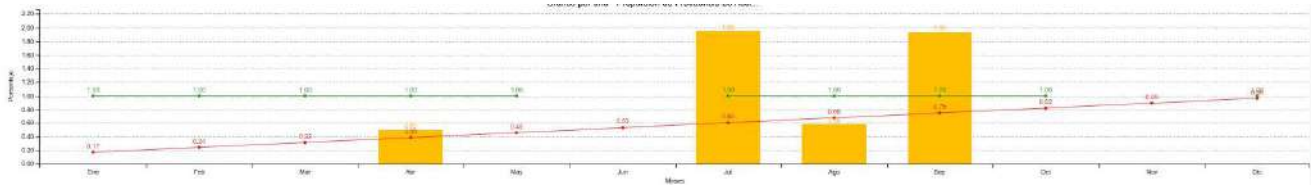
El Plan de Capacitación de Miomed S.A.S. logró una ejecución impecable del 100%. El alto nivel de satisfacción reportado (98% al cierre) confirma que las temáticas abordadas, como la Reinducción 2026, son pertinentes y bien recibidas por el personal, asegurando el desarrollo de las funciones institucionales.



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

6.3 Seguridad y Salud en el Trabajo

1.6.2 Frecuencia de Accidentalidad.



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST – Daruma

Resultado diciembre 2025: 0% (0/223) El resultado obtenido para el indicador Frecuencia de accidentalidad para Miomed SAS en el mes de Diciembre de 2025 fue de 0%, con brecha de 0 puntos porcentuales de la meta establecida de <2%, nivel CUMPLIDA ya que por cada 100 trabajadores que laboraron en el mes de diciembre de 2025 (0/223) no se presentó accidente laboral.

Durante el año 2025, la frecuencia de accidentalidad en Miomed S.A.S. fue de 11 accidentes de trabajo, de los cuales 8 estuvieron asociados a riesgo biológico, 2 a condiciones de seguridad y 1 a riesgo químico, presentándose la mayor concentración de eventos en la sede Medilaser Tunja con 5 accidentes, seguida de Neiva Abner Lozano y Florencia con 2 casos cada una, Villavicencio con 1 caso y Bogotá con 1 caso, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las medidas de prevención, especialmente en los procesos asistenciales de la sede con mayor incidencia.

5.3.2 Severidad de Accidentalidad.



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST – Daruma

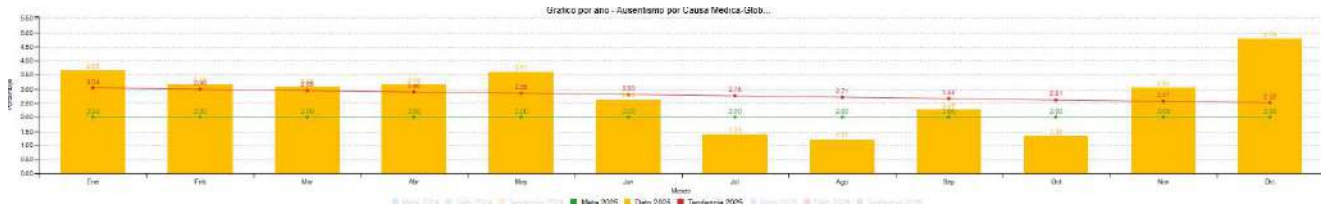
Resultado diciembre 2025: 12,55% (30 /223) El resultado obtenido para el indicador severidad de accidentalidad de Miomed en el mes de diciembre de 2025, se generaron 28 días perdidos por accidente de trabajo, a nivel global, por ende, se genera un estado de No Cumplimiento de acuerdo con la meta establecida <2%.

Durante el año 2025, los accidentes de trabajo generaron un total de 138 días de incapacidad, distribuidos así: 5 días en la sede Bogotá por riesgo asociado a condiciones de seguridad, 124 días en la sede Florencia por riesgo de condiciones de seguridad, 4 días en la sede Medilaser Tunja (3 por riesgo biológico y 1 por condiciones de seguridad) y 2 días en la sede Villavicencio por riesgo biológico.



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

1.6.3 Ausentismo Por Causa Médica



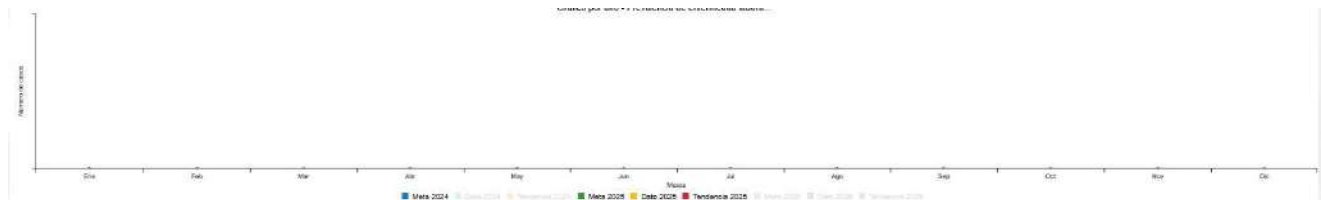
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST – Daruma

Resultado diciembre 2025: 4,78% (341/6370) El resultado obtenido para el indicador Tasa de ausentismo (causas médicas) Miomed en el mes se perdieron 341 días de trabajo por incapacidad médica correspondiente al 4,78% con brecha de 2,78 puntos porcentuales por encima de la meta establecida <2%, en estado NO CUMPLIMIENTO en comparación al mes anterior aumento en 130 días por incapacidad médica.

En el año 2025 se registraron 1.949 días de ausentismo por causa médica. En comparación, en 2024 se presentaron 1.831 días, lo que representa un aumento de 118 días frente al año anterior, evidenciando un incremento del ausentismo laboral, principalmente concentrado en los meses de noviembre y diciembre, que cerraron con los valores más altos del año.

Con un valor de ausentismo de:
 Valor total de incapacidades del año \$90.062.556
 Valor recaudado año:\$41.996.980

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL



Durante el año 2025 no se reportaron casos de prevalencia de enfermedad laboral en las sucursales de Miomed S.A.S. (0 casos por cada 100.000 trabajadores), manteniéndose este mismo resultado en el año 2024.

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL



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

Por cada 100.000 trabajadores, durante el año 2025 no se reportaron casos de incidencia de enfermedad laboral en las sucursales de Miomed S.A.S.; este mismo resultado se mantuvo en el año 2024, en el cual igualmente se registró una incidencia de 0 casos.

MORTALIDAD LABORAL:



En los años 2024 y 2025 no se registraron accidentes de trabajo mortales en Miomed S.A.S., manteniéndose el indicador en cero (0) casos y en cumplimiento frente a la meta establecida.

7. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

7.1 Proporción de avance de Estrategia Operación TIC Nacional

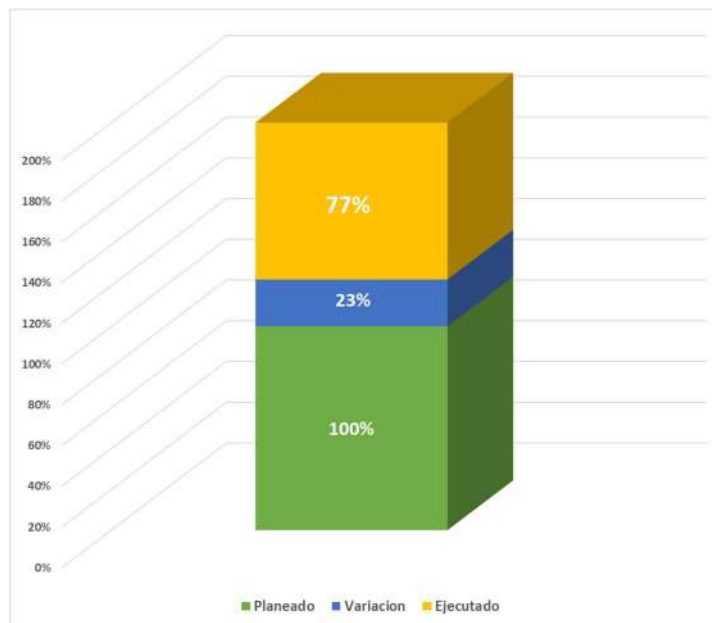


Ilustración 1 Avance de Plan Estratégico Nacional de TIC en Project 2025

La estrategia TIC Nacional para vigencia diciembre de 2025 cerró con un porcentaje de avance del 77% (67% Anterior) del trabajo ejecutado por las diferentes dimensiones del equipo Nacional del 100% que se esperaba para cierre de mes y final de año.

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

- ✓ Actualización de cliente Medilaser y Medifaca para cumplimiento de norma de RIPS Electrónicos.
- ✓ Apertura de sede Hemodinamia y Resonancia Medilaser Duitama.
- ✓ Apertura de 1ra Fase Nueva sede de Jersalud Sucursal Yopal.



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

- ✓ Ausencia de profesional Junior en la dimensión de Redes y Seguridad.
- ✓ Ausencia de profesional Senior en la dimensión de Infraestructura.
- ✓ Implementación de Mejoras en desarrollo propio Turnext.
- ✓ Implementación de integración Bionexo – índigo FarmaQX.
- ✓ Actualización de índigo Aeromas para cumplimiento de norma de RIPS Electrónicos.
- ✓ depuración de índices Obsoletos Base de Datos Indigo Medilaser.
- ✓ Monitoreo de rendimiento y optimización de procesos en Base de Datos.
- ✓ Creación de Tablero de trazabilidad RIPS Medifaca e IMO
- ✓ Creación de Indicadores Financieros para Jerder
- ✓ Creación de Tablero de Trazabilidad de RIPS Medilaser
- ✓ Creación de Tablero de Revalorización de los pacientes en urgencias Medilaser
- ✓ Creación de Tablero de desviación estándar indicadores central de datos Medilaser
- ✓ Creación de Tablero de Trazabilidad de RIPS Jersalud
- ✓ Creación de Tablero de Citas Médicas (SharePoint Jersalud) para Odontosalud
- ✓ Implementación nuevo módulo llamado OMA y cambio de nombre modulo Compras Aeronaves a Operador y reconfiguración niveles de servicio
- ✓ Implementación del departamento de post venta de Pargroup
- ✓ Implementación árbol de GLPI sede Duitama Medilaser
- ✓ Implementación del departamento de Proyectos para todas las empresas
- ✓ Implementación dashboard de epidemiología IMO
- ✓ parametrización de demanda inducida IMO.
- ✓ implementación Consulta espejo Medilaser cardiología no invasiva.
- ✓ Actualización de Índigo Miomed.
- ✓ Elaboración de Tableros de oportunidad de facturación Medilaser y Medifaca.
- ✓ Elaboración Tableros de gestión de clientes CRM Medilaser.
- ✓ Elaboración Tablero de gestión de Talento Humano Jersalud.
- ✓ Elaboración Tablero gestión Documental Jersalud, Miomed e IMO publicado en Daruma.
- ✓ Parametrización y entrega departamento de compras local RedPlus.
- ✓ Revisión y correcciones interbloqueos índigo Medilaser
- ✓ Implementación de servidor de réplica para reportes índigo Medilaser (Auxiliares Contables, Informes Financieros)
- ✓ Actualización masiva de clientes índigo Medilaser
- ✓ Configuración de réplica para generación de reportes contables Índigo Medilaser.
- ✓ Capacitaciones dashboard de procedimientos invasivos índigo Medilaser.
- ✓ Implementación y Configuración servidor VPS para desarrollos propios.
- ✓ Auditorias de servicios Jersalud en los departamentos de Boyacá, Meta y Casanare.
- ✓ Elaboración de Planes de Trabajo índigo a nivel de las empresas del Bogotá.
- ✓ Seguimiento y monitoreos de los servicios de índigo Medilaser para análisis de interbloqueos.
- ✓ Pruebas del software Coral para patologías Digital
- ✓ Parametrización de índigo Jersalud para Vacunación en los departamentos de Boyacá, Meta y Casanare
- ✓ Implementación de Tablero gestión de Proyectos PMO Medilaser (Junio).
- ✓ Implementación de Tablero Indicador Dosis Diarias Definidas Medilaser (Junio).
- ✓ Implementación de Tablero Cartera por edades Jersalud (Junio).
- ✓ Implementación de Tablero de facturación electrónica IMO (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de facturación electrónica para Miomed (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de manejo de Heridas Medilaser (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de Alta Médica de Egresos Medilaser (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de facturación electrónica Aeromas (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de patologías Medilaser - Miomed (Agosto).
- ✓ Desarrollo de aplicación generación CAC IMO (Julio-Agosto).



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

- ✓ Desarrollo de aplicación Censo Hospitalario Medilaser (Julio).
- ✓ Acompañamiento de corrección de cierre de inventario Noviembre 2024 - Agosto 2025 Medilaser; actividad
- ✓ Ejecutada en equipo con aplicaciones EHR-ERP.
- ✓ Departamento GLPI Pargroup solicitud caso 325999 "Solicitud Servicios Pargroup" el cual se asigna fecha de entrega 15/nov al 15/dic.
- ✓ Implementación RMA (configuración dispositivo nuevo) Medilaser 108 Bogotá septiembre- Octubre
- ✓ Implementación RMA (configuración dispositivo nuevo) Pargroup Neiva Septiembre-Octubre
- ✓ Implementación MPLS Medilaser Florencia - Neiva Septiembre.
- ✓ Revisión y corrección de fallos WIFI Medilaser Neiva (Abner, Centro, Miryam) Septiembre-Octubre.
- ✓ Revisión y corrección de fallos en rendimiento y intermitencia Firewall Medilaser Neiva Septiembre-Octubre
- ✓ Revisión y optimización índigo Azure IMO Neiva Septiembre.
- ✓ Implementación Switc Medilaser Tunja (2), Neiva (1), Florencia (1) Septiembre.
- ✓ Gestion de Implementacion Query Store en homologacion de actividad "Gestión de Implementación Data Collector (Monitoreo de servicios INDIGO)".
- ✓ Implementacion Query Store.
- ✓ Reparametrizacion sede medifaca a medilaser facatativa.
- ✓ Optimización de vistas Power BI Medilaser.
- ✓ implementación de Tablero Indicador de medicamentos entregados a domicilio Jersalud
- ✓ implementación de Tablero Indicador Remisiones pendientes por legalizar Jersalud.
- ✓ implementación Microsoft Fabric para IMO
- ✓ Implementación de Tablero Indicador de medicamentos entregados a domicilio Jersalud
- ✓ Implementación de Tablero Indicador Remisiones pendientes por legalizar Jersalud
- ✓ Implementación Microsoft Fabric para IMO
- ✓ Implementación Tablero Control de Programación Cirugía Medilaser Nacional
- ✓ Implementación Tablero de Informes Quirúrgicos Complejidad -Quirófanos Medilaser
- ✓ Implementación Tablero de Pacientes Hospitalizados Medilaser en unidad

Estos resultados están sujetos a validación y aprobación por parte de la Dirección de Operaciones.



Ilustración 2 Informe de Gestión Proyectos Global (todas las compañías) diciembre 2025



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

Nombre del Proyectos	Fechas de Inicio	Fecha de Terminación	% de Avance	Observación	Responsable
Implementación Pruebas Agendamiento Laboratorio Netux	17/01/2025	26/06/2025	100%	Se realiza referenciación con proveedor Netux con solución mi cita. Se realiza reunión para establecer condiciones y restricciones de la prueba, y enviar maestro para parametrización de flujo. Se gestiona las pruebas correspondientes, se espera análisis de información. Se terminan pruebas, siendo estas satisfactorias, se encuentra un aplicativo intuitivo y fácil de usar. Sin embargo, el costo de implementación y la mensualidad de la suscripción es alta. Se opta por implementar opción con Indigo Vie.	Proyectos
Implementación GLPI	01/05/2025	30/11/2025	100%	Se realiza recopilación de necesidad, se parametrizan y entregan módulo de Talento Humano, Administrativo y Compras. Está pendiente entrega modulo financiero; se anexa departamento de comunicaciones y marketing para parametrización.	Servicios / Proyectos
Implementación pruebas patología Digital Coral	16/06/2025	31/07/2025	100%	Se prepara ambiente de pruebas con entorno QA de Medilaser Neiva, se realizan 2 sesiones de capacitación y parametrización de Coral (Indigo). Se termina pruebas, siendo satisfactorias. Se realiza informe técnico de aplicativo a gerencia y dirección de operaciones para definir adquisición.	Patología / Proyectos
Actualización índigo Vie 25.19.2.6	10/09/2025	10/09/2025	100%	Se actualiza cliente por implementación de seguridad del proveedor, no presenta cambios en estructuras de BD, ni funcionamiento	Aplicaciones
Agendamiento Laboratorio índigo Jersalud	01/09/2025	15/10/2025	100%	Se parametriza índigo Jersalud, tomando como piloto la sede de Tunja, se explica funcionalidad y flujo, se inicia pruebas. Seguimiento 18/09. Se realiza seguimiento de la operación, se confirma con el equipo de línea de frente que el agendamiento de todos los códigos cups en las ordenes de laboratorio son poco practicas y conllega a mayor tiempo en la el proceso de creación en annarlab y facturación. Se procede a tomar la opción de agendamiento tomando solo un cup de referencia en la orden y los restantes serán agregados al momento de la factura	Aplicaciones / Coord. Laboratorio
Tablero Ventas	01/02/2025	28/02/2025	100%	Completado, solicitud por caso GLPI	BI
Tablero de Gestión Documental	01/04/2025	30/04/2025	100%	Completado, solicitud por caso GLPI	BI



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

Tablero de Gestión de Talento Humano	01/05/2025	30/05/2025	100%	Completado, solicitud por caso GLPI	BI
implementación de Tablero de Facturación electrónica	01/07/2025	30/07/2025	100%	Completado, solicitud por caso GLPI	BI
Implementación Ticket Process	15/11/2025	15/12/2025	100%	Completado	Aplicaciones SaaS / Gestión de Proyectos TI

Se realizó la creación del Plan Estratégico de TI 2025, de los cuales proyectados para este año se relaciona en la Tabla 1 con su respectiva fecha de inicio y terminación.

7.2 Licencias

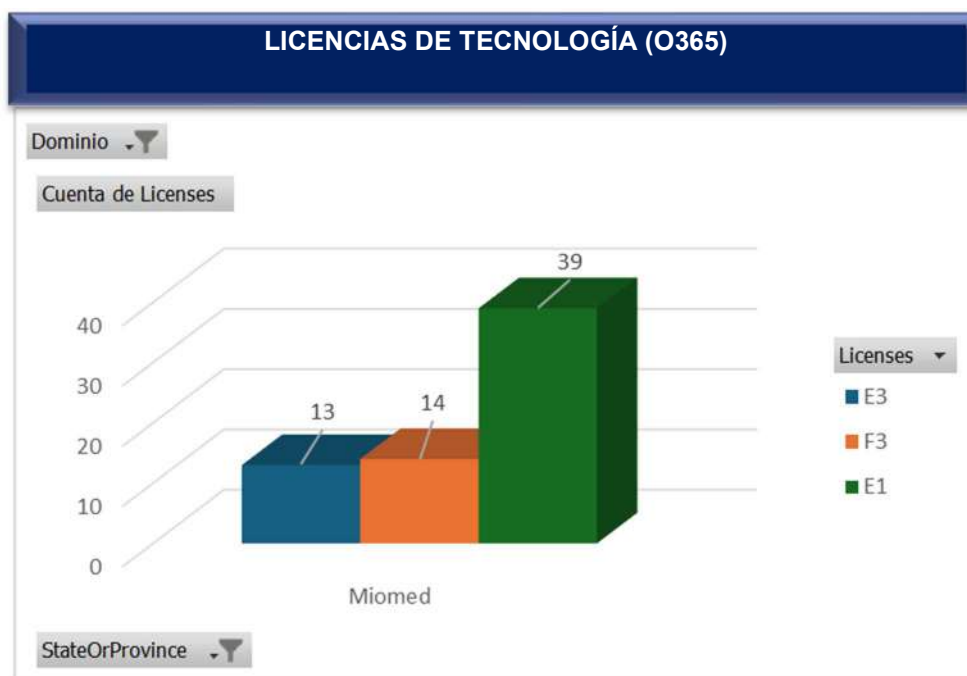


Ilustración 2 Licencias O365- Tecnología de la Información 2025

Análisis: En Miomed se cuenta con 66 Licencias de Office 365 para el mes de diciembre, se tiene 39 licencias E1, 13 licencias E3, 14 licencias F3, en préstamo se cuenta con 2 licencias E3 y 2 licencias F3.



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

Adherencia en el uso de cuentas O365

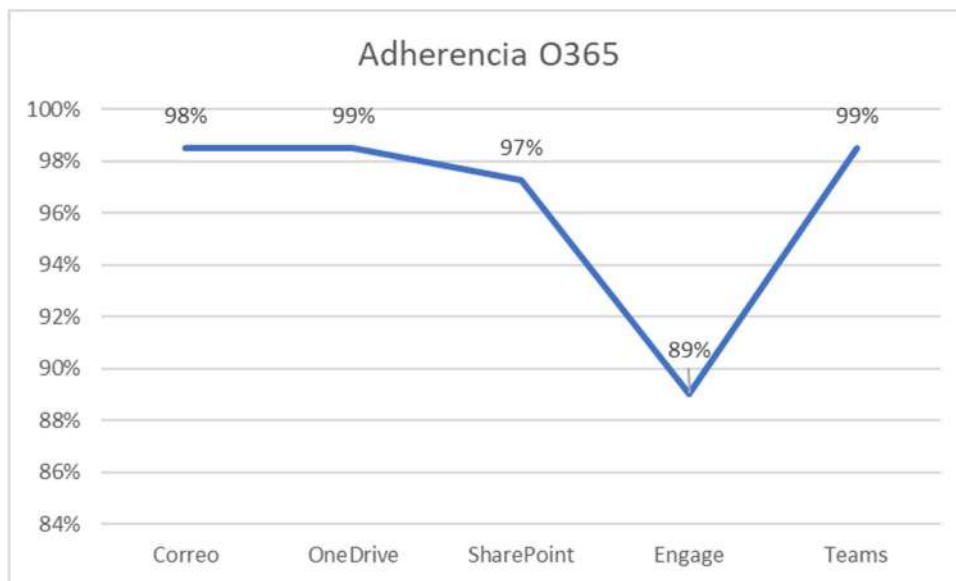


Ilustración 3 Adherencia al uso de cuentas O365- Tecnología de la Información 2025

Se realiza medición de Adherencia en el Uso de las cuentas asignadas de O365, dando como resultado, la aplicación con mejor adherencia es Onedrive y Teams con un 99%, Correo con un 98% y Shapoint 97%, la única plataforma que presenta baja adherencia es Viva Engage con 89%, sin embargo, representa un indicador sobresaliente.

7.3 Inventarios

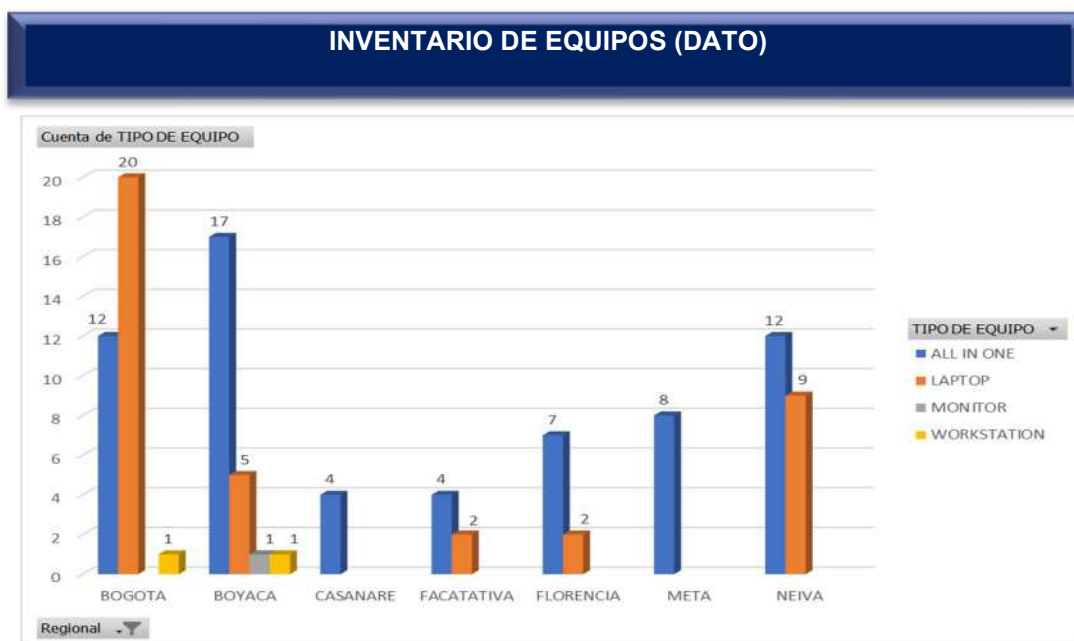


Ilustración 4 Inventario de equipos distribuidos por sede para MIOMED- Tecnología de la Información 2025



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

Análisis: En inventario de equipos de tecnología Miomed cuenta con un total de 105 equipos de cómputo, 64 All in One, 38 portátiles, 2 Workstation y 1 monitor, distribuidos por sede como se muestra en el gráfico anterior al mes de diciembre de 2025, se aumentó la cantidad de equipos debido a compra nacional.

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

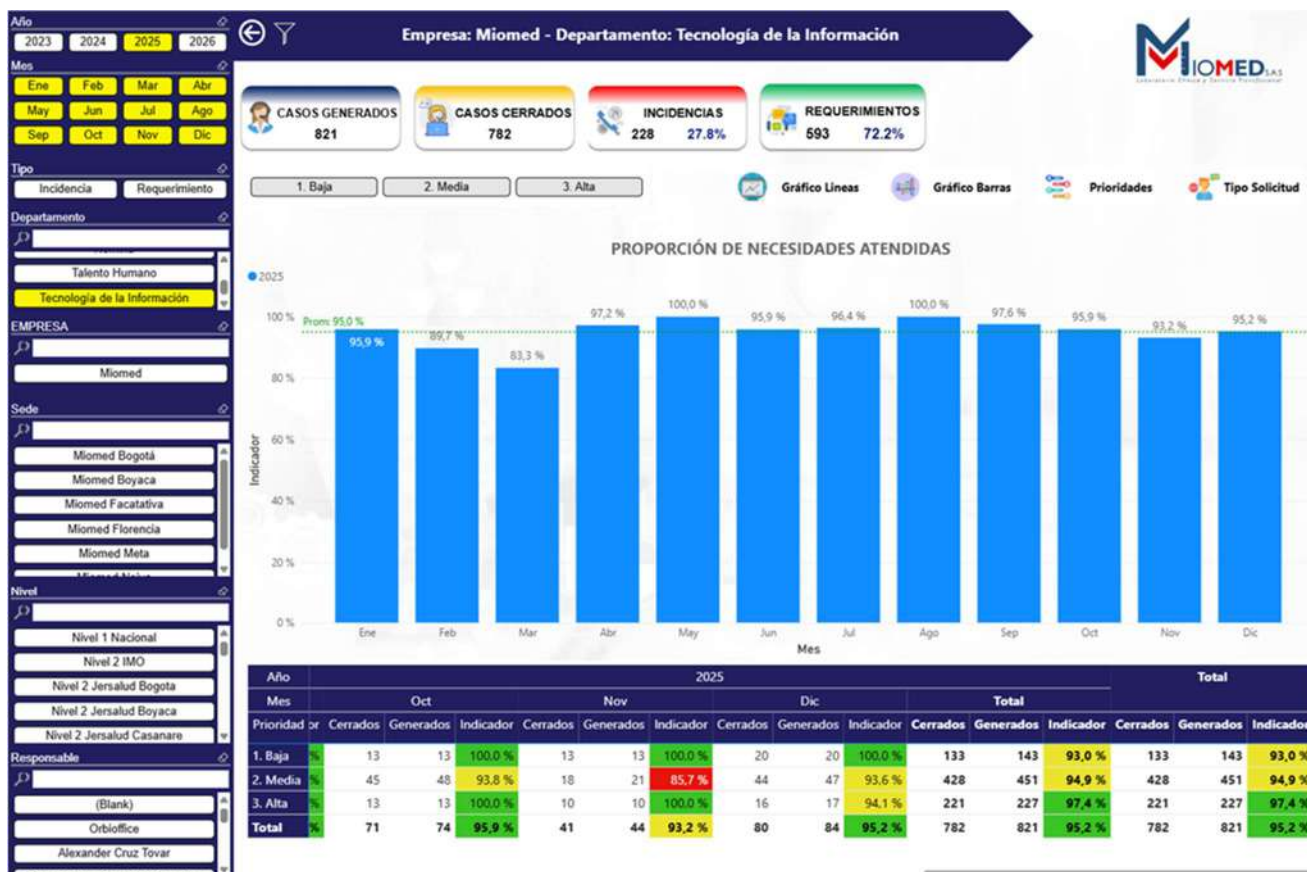


Ilustración 5 Proporción de necesidades atendidas en GLPI- Tecnología de la Información 2025

Análisis: Para el indicador de **Proporción de necesidades atendidas en el sistema de información GLPI - Departamento de Tecnología:** hasta el mes de diciembre de 2025, se evidencia un porcentaje de cumplimiento global de 95.2%, de 84 casos generados fueron solucionados y cerrados durante el mes un total de 80 casos, dando como resultado un Indicador que cumple con la meta establecida del 95%.



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

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

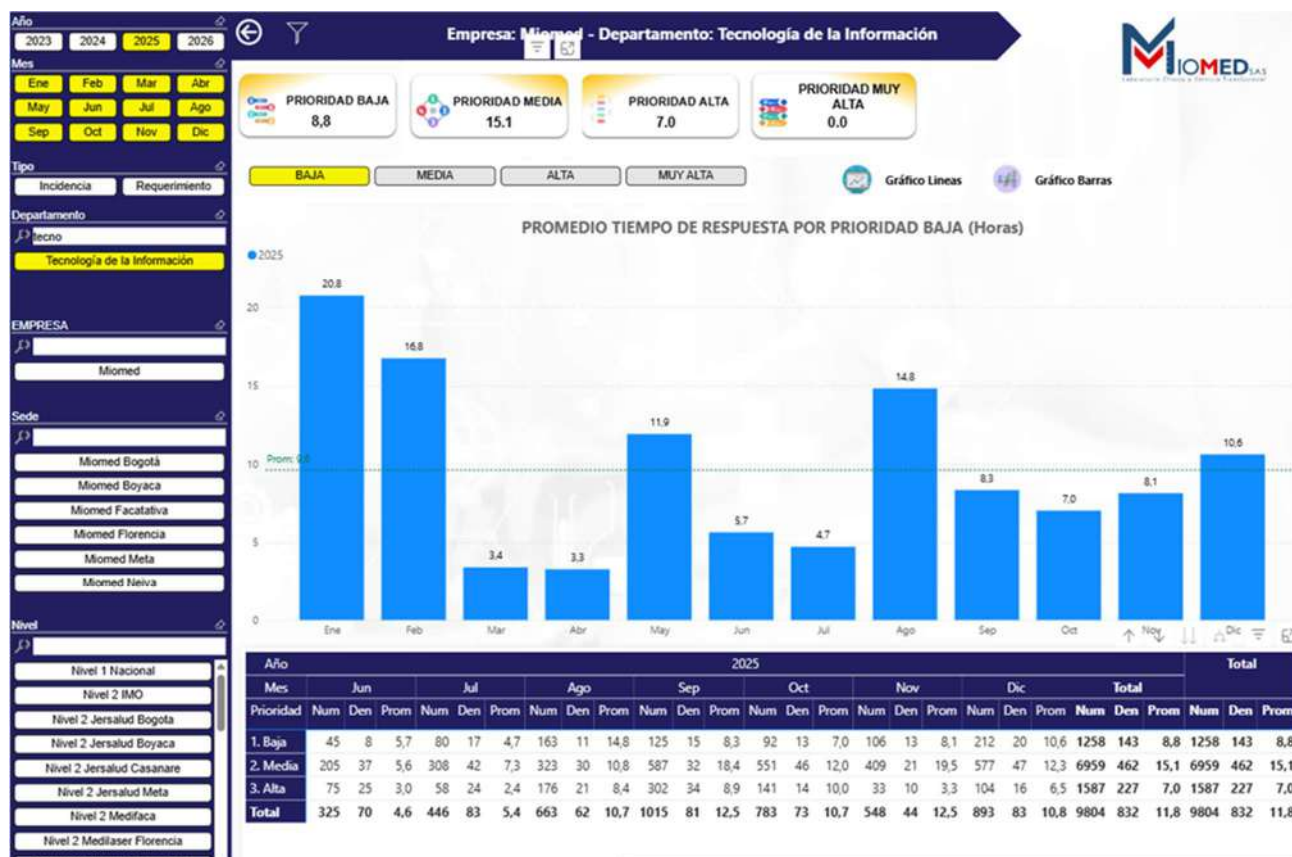


Ilustración 6 Hallazgo promedio de Tiempos por Prioridad en GLPI - Tecnología de la Información 2025

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 2025, se evidencia un promedio de cumplimiento de 11.8 horas por caso, teniendo para prioridad baja 8 horas, prioridad media 15 horas y prioridad alta 7 horas, dando cumplimiento así a la meta establecida en los tiempos de respuesta según la prioridad del caso.



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

INDICADOR DE DISPONIBILIDAD

No se presentan casos de afectación a reportar en las sedes o los sistemas de información.

8. GESTIÓN FINANCIERA

8.1 Indicadores financieros

Laboratorio

Indicadores Financieros		Ind	Nombre Indicador	PPTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Acum
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales	MBO	Margen Bruto Operacional	64,2%	62,9%	62,1%	62,7%	60,9%	68,7%	67,7%	68,0%	67,3%	69,7%	63,9%	60,4%	51,2%	57,9%	
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales	MNO	Margen Neto Operacional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Utilidad Antes de Imptos / Vtas Netas Totales	UAI	Utilidad Antes de Impuestos	20,0%	21,5%	22,1%	17,8%	21,8%	21,2%	11,9%	18,1%	10,8%	21,0%	10,3%	2,8%	9,5%	15,9%	
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de Servicios	90,0%	80,5%	75,3%	75,7%	77,3%	74,5%	80,5%	80,0%	81,7%	79,4%	81,2%	84,5%	82,5%	79,4%	
Costo Medicamentos / Vtas Netas Totales	ICM	Indice de Costo Medicamentos	32,5%	33,0%	33,6%	34,0%	35,0%	36,2%	37,2%	39,0%	36,9%	36,1%	40,8%	41,6%	40,0%	36,9%	
Costo Hon Medicos / Vtas Netas Totales	IHM	Indice de Costo de Honorarios Medicos	3,2%	4,1%	4,3%	3,3%	4,1%	5,1%	5,1%	3,1%	5,8%	5,2%	5,4%	8,0%	8,8%	5,2%	
Costo Pnal Asistencial / Vtas Netas Totales	IPS	Indice de Costo de Personal Asistencial	22,7%	0,0%	19,5%	19,1%	18,4%	17,4%	21,9%	16,7%	20,7%	18,1%	21,3%	23,7%	20,4%	19,6%	
Costo Nomina Admtva / Vtas Netas Totales	IPA	Indice de Costo de Personal Administrativo	12,2%	13,6%	12,9%	11,1%	11,4%	10,7%	13,1%	9,9%	12,0%	11,0%	11,9%	13,8%	11,8%	11,9%	
Costo Nomina Total / Ventas Netas Totales	ITP	Indice de Costo Total de Personal	34,8%	13,6%	32,3%	30,2%	29,7%	28,1%	35,0%	26,6%	32,8%	29,1%	33,3%	37,6%	32,2%	31,5%	
Total Gasto Administrativos / Vtas Netas Totales	IGA	Indice de Gasto Administrativo	7,9%	7,1%	6,7%	13,0%	8,3%	8,4%	9,4%	12,0%	11,1%	8,2%	8,9%	8,9%	8,4%	9,2%	
Total Gasto Financieros / Vtas Netas Totales	IGF	Indice de Gasto Financiero	0,3%	0,4%	0,3%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	
Total Gasto Totales / Vtas Netas Totales	IGT	Indice de Gasto Total	21,2%	21,6%	20,4%	25,7%	20,6%	20,0%	23,9%	23,1%	25,5%	20,2%	22,2%	23,8%	21,2%	22,3%	
Dcto. Devoluciones y Glosas / Ventas Totales	IAG	Indicador Aceptación Glosas - Devoluc - Desc	0,1%	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%	
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%	

Patología

Indicadores Financieros		Ind	Nombre Indicador	PPTO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Acum
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales	MBO	Margen Bruto Operacional	83,0%	36,9%	74,0%	68,9%	80,7%	56,7%	39,2%	66,8%	-3,0%	#2/DIV/01	58,4%	
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales	MNO	Margen Neto Operacional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	#2/DIV/01	100,0%
Utilidad Antes de Imptos / Vtas Netas Totales	UAI	Utilidad Antes de Impuestos	19,3%	-64,5%	34,9%	12,7%	49,1%	14,4%	8,2%	50,7%	-102,1%	#2/DIV/01	16,7%	
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de Servicios	90,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	#2/DIV/01	100,0%
Costo Medicamentos / Vtas Netas Totales	ICM	Indice de Costo Medicamentos	7,7%	8,7%	3,1%	4,1%	3,0%	2,7%	2,0%	2,5%	0,0%	#2/DIV/01	2,9%	
Costo Hon Medicos / Vtas Netas Totales	IHM	Indice de Costo de Honorarios Medicos	0,0%	54,4%	22,9%	27,0%	16,3%	40,6%	56,4%	30,7%	103,0%	#2/DIV/01	38,2%	
Costo Pnal Asistencial / Vtas Netas Totales	IPS	Indice de Costo de Personal Asistencial	22,7%	64,2%	24,9%	32,2%	19,4%	27,8%	22,3%	4,7%	6,9%	#2/DIV/01	21,8%	
Costo Nomina Admtva / Vtas Netas Totales	IPA	Indice de Costo de Personal Administrativo	29,5%	13,3%	5,0%	6,3%	3,7%	4,8%	2,2%	2,8%	0,0%	#2/DIV/01	4,4%	
Costo Nomina Total / Ventas Netas Totales	ITP	Indice de Costo Total de Personal	52,2%	77,5%	29,9%	38,5%	23,1%	32,7%	24,5%	7,5%	6,9%	#2/DIV/01	26,2%	
Total Gasto Administrativos / Vtas Netas Totales	IGA	Indice de Gasto Administrativo	9,4%	18,0%	6,5%	15,9%	7,1%	7,8%	5,4%	7,5%	91,8%	#2/DIV/01	12,6%	
Total Gasto Financieros / Vtas Netas Totales	IGF	Indice de Gasto Financiero	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#2/DIV/01	0,0%	
Total Gasto Totales / Vtas Netas Totales	IGT	Indice de Gasto Total	42,4%	37,4%	14,2%	24,0%	12,1%	14,5%	8,7%	11,4%	92,2%	#2/DIV/01	19,9%	
Dcto. Devoluciones y Glosas / Ventas Totales	IAG	Indicador Aceptación Glosas - Devoluc - Desc	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	#2/DIV/01	0,0%
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%	#2/DIV/01	0,0%



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

8.2 Informe Ventas

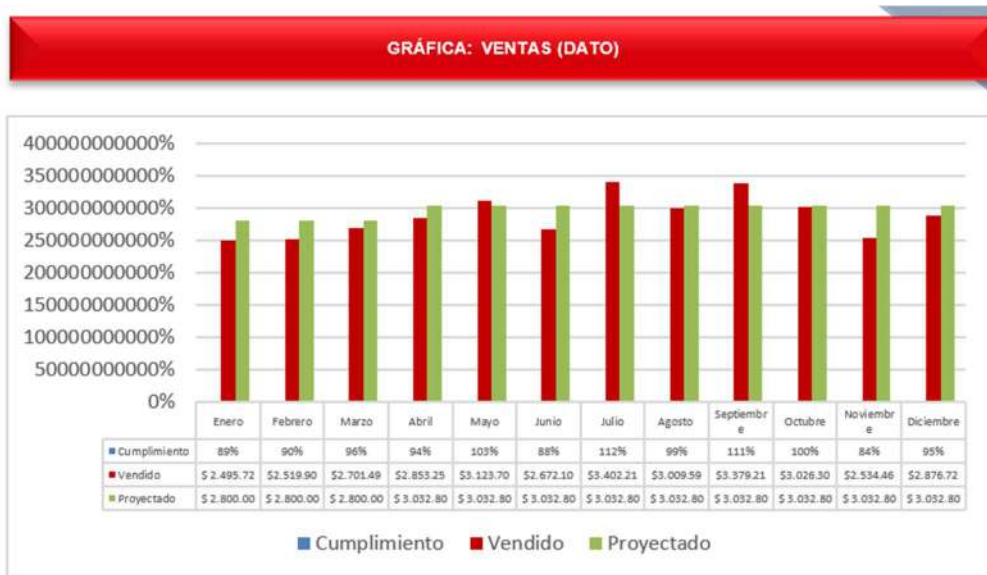
Tabla 1: Ventas

Laboratorio

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Detalle de Ventas Mes a Mes Periodo: Enero a Diciembre 2025														
		Regresar a Menu Click Aquí												Ir a Graficos
Nit	Ciente	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total
813001952	MEDILASER NEVA	\$ 1.344.979.613	\$ 1.251.839.690	\$ 1.368.228.406	\$ 1.370.343.545	\$ 1.530.625.971	\$ 1.229.924.440	\$ 1.677.517.876	\$ 1.269.497.299	\$ 1.530.957.392	\$ 1.352.383.920	\$ 1.162.269.509	\$ 1.449.137.300	\$ 16.537.704.961
813001952	MEDILASER FLORENCIA	\$ 338.662.204	\$ 365.135.342	\$ 310.782.536	\$ 463.309.524	\$ 431.783.796	\$ 445.084.443	\$ 422.092.459	\$ 582.131.425	\$ 495.010.254	\$ 416.000.249	\$ 424.368.311	\$ 515.331.768	\$ 6.209.892.251
813001952	MEDILASER TUNJA	\$ 310.518.809	\$ 390.270.378	\$ 410.329.372	\$ 404.752.056	\$ 416.829.780	\$ 371.564.775	\$ 451.689.703	\$ 399.320.359	\$ 444.832.701	\$ 409.908.581	\$ 335.022.186	\$ 443.184.895	\$ 4.768.233.815
900622551	MEDILASER FACATATIVA	\$ 226.665.406	\$ 200.310.174	\$ 253.200.463	\$ 255.249.026	\$ 251.368.806	\$ 208.251.460	\$ 289.011.532	\$ 221.932.846	\$ 257.616.154	\$ 296.582.596	\$ 304.248.901	\$ 247.232.737	\$ 2.848.870.103
900622551	JERSALUD BOYACA	\$ 165.516.051	\$ 167.886.906	\$ 167.917.361	\$ 162.105.519	\$ 171.852.087	\$ 158.824.145	\$ 180.505.458	\$ 163.266.562	\$ 168.889.768	\$ 156.098.807	\$ 112.285.243	\$ 101.184.107	\$ 1.876.332.014
900622551	JERSALUD META	\$ 90.647.316	\$ 96.393.323	\$ 99.146.630	\$ 93.464.241	\$ 105.246.827	\$ 89.893.803	\$ 108.523.622	\$ 97.087.008	\$ 95.730.715	\$ 92.577.142	\$ 67.971.298	\$ 66.937.761	\$ 1.103.619.686
900622551	JERSALUD CASANARE	\$ 2.520.000	\$ 1.710.000	\$ 4.018.500	\$ 2.394.000	\$ 2.821.500	\$ 3.163.500	\$ 12.880.398	\$ 31.438.715	\$ 38.402.450	\$ 38.593.783	\$ 33.611.859	\$ 32.824.215	\$ 204.468.920
Subtotal	PERSONAS JURIDICAS	\$ 2.478.509.401	\$ 2.473.545.613	\$ 2.613.623.268	\$ 2.751.617.821	\$ 2.910.828.707	\$ 2.804.708.586	\$ 3.122.221.048	\$ 2.764.674.224	\$ 3.031.528.434	\$ 2.702.145.078	\$ 2.439.777.307	\$ 2.855.832.783	\$ 32.649.711.650
PARTICULARES														
900219983	CLINICA BELO HORIZONTE	\$ 12.798.800	\$ 44.972.000	\$ 81.935.500	\$ 15.564.700	\$ -	\$ 890.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2.535.000	\$ 1.110.000	\$ 189.815.000
900220590	FONOLINGUI IPS SAS	\$ 217.500	\$ 310.500	\$ 865.000	\$ 352.400	\$ 104.000	\$ 833.500	\$ 381.000	\$ 635.500	\$ 686.500	\$ -	\$ 335.500	\$ 175.000	\$ 4.896.400
900422882	IPS LABORATORIO CLINIC	\$ 390.000	\$ 240.000	\$ 331.000	\$ 1.354.000	\$ 237.500	\$ 111.000	\$ -	\$ 966.000	\$ 165.000	\$ -	\$ 2.231.000	\$ 2.829.000	\$ 8.854.500
901531788	IPS PEDIATRIC HEALTH SAS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.283.000	\$ 1.533.630	\$ -	\$ -	\$ 3.014.300
900538828	MEDIQSALUD SAS	\$ 2.374.300	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 640.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2.817.130
813010146	OPTALMOLASER SOCIEDAD	\$ -	\$ 630.000	\$ 480.000	\$ -	\$ 1.260.000	\$ -	\$ 990.000	\$ -	\$ 450.000	\$ -	\$ 870.000	\$ -	\$ 4.680.000
813005451	SOCIEDAD CLINICA EMICO	\$ -	\$ -	\$ 4.235.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 4.235.000
891180098	HOSPITAL DEPARTAMENT	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.123.200	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.123.200
900371613	INVERSIONES MEDICAS DE PERSONAS NATURALES	\$ 434.500	\$ 203.700	\$ 221.000	\$ 3.939.900	\$ 3.964.000	\$ 2.605.000	\$ 2.057.500	\$ 4.224.280	\$ 2.408.650	\$ 8.800.000	\$ 5.615.000	\$ 9.600.000	\$ 31.198.038
Subtotal	PARTICULARES	\$ 16.215.100	\$ 46.356.200	\$ 87.667.500	\$ 21.211.000	\$ 6.205.500	\$ 4.448.500	\$ 3.428.500	\$ 6.948.880	\$ 4.993.650	\$ 13.114.130	\$ 12.748.508	\$ 20.911.000	\$ 220.433.568
Subtotal	INGRESOS POR CONVENIO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 21.211.000	\$ 6.205.500	\$ 4.448.500	\$ 3.428.500	\$ 6.948.880	\$ 4.993.650	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE LA SUCI		\$ 2.495.724.501	\$ 2.519.902.013	\$ 2.701.490.768	\$ 2.772.828.821	\$ 2.916.734.207	\$ 2.809.158.086	\$ 3.125.649.548	\$ 2.771.623.204	\$ 3.036.523.084	\$ 2.715.259.208	\$ 2.482.628.815	\$ 2.876.743.783	\$ 32.870.145.118

Patología

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Detalle de Ventas Mes a Mes Periodo: Enero a Diciembre 2025														Ir a Graficos
Nit	Ciente	Promedio Año Anterior	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total		
813001952	MEDILASER NEVA	\$ -	\$ 50.042.806	\$ 182.755.072	\$ 135.451.367	\$ 255.495.676	\$ 174.545.709	\$ 313.592.583	\$ 277.417.650	\$ 76.710.360	\$ -	\$ 1.466.011.223		
813001952	MEDILASER FLORENCIA	\$ -	\$ 20.778.540	\$ 24.719.281	\$ 27.592.048	\$ 21.072.895	\$ 27.616.380	\$ 262.162.029	\$ 342.896.365	\$ 311.043.410	\$ 82.643.960	\$ 1.995.952.399		
Subtotal	PERSONAS JURIDICAS	\$ -	\$ 80.821.446	\$ 206.974.352	\$ 162.953.415	\$ 276.568.556	\$ 202.162.029	\$ 342.896.365	\$ 311.043.410	\$ 82.643.960	\$ -	\$ 1.665.863.521		
Subtotal	PARTICULARES	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -		
Subtotal	INGRESOS POR CONVENIO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -		
TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE LA SUCI		\$ -	\$ 80.821.446	\$ 206.974.352	\$ 162.953.415	\$ 276.568.556	\$ 202.162.029	\$ 342.896.365	\$ 311.043.410	\$ 82.643.960	\$ -	\$ 1.665.863.521		



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis: Miomed SAS en el año 2025, la meta es de \$2.800.000.000 en ventas y en patología la meta es de \$232.800.000.

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



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

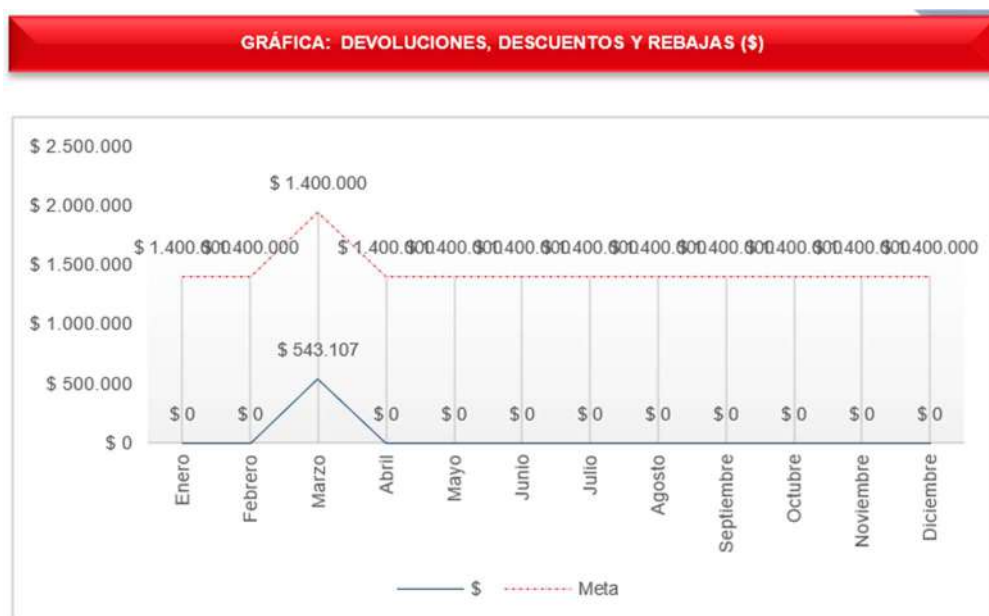
Primer Semestre Laboratorio: Enero: 89%; Febrero: 90%, Marzo: 96%, Abril: 99%, Mayo: 104%, Junio: 90%

Primer Semestre Patología: Abril: 31%, Mayo: 80%, Junio: 63%,

Segundo Semestre Laboratorio: Julio: 112%, Agosto: 100%, Septiembre: 108%, Octubre: 97%, Noviembre: 88%, Diciembre: 103%

Segundo Semestre Patología: Julio: 119%, Agosto: 87%, Septiembre: 147%, Octubre: 121%, Noviembre: 32%, Diciembre: 0%

8.3 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.

1.8 Estado de resultados

Laboratorio



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

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Periodo: Enero a Diciembre 2025		Regresar a Menu Click Aquí	Ir a Graficos
---	--	---	-------------------------------

	Indicador	PPTO	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO								
INGRESOS OPERACIONALES	100,00%	2.800.000.000	100,00%	2.495.724.501	100,00%	2.519.902.013	100,00%	2.701.460.768	100,00%	2.772.828.821	100,00%	2.916.734.207	100,00%	2.509.155.066	100,00%	3.125.649.548	100,00%	2.771.623.204
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	100,00%	2.800.000.000	100,00%	2.495.724.501	100,00%	2.519.902.013	100,00%	2.701.460.768	100,00%	2.772.828.821	100,00%	2.916.734.207	100,00%	2.509.155.066	100,00%	3.125.649.548	100,00%	2.771.623.204
DESCUENTOS GLOSAS (Prov) + RECC	0,05%	1.400.000	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	99,95%	2.798.600.000	100,00%	2.495.724.501	100,00%	2.519.902.013	99,99%	2.700.947.861	100,00%	2.772.828.821	100,00%	2.916.734.207	100,00%	2.509.155.066	100,00%	3.125.649.548	100,00%	2.771.623.204
COSTOS MEDICOS VARIABLES	35,80%	1.002.000.000	37,17%	926.585.242	37,87%	955.804.219	37,26%	1.008.492.739	38,12%	1.084.570.214	41,27%	1.203.834.449	42,30%	1.061.466.298	42,04%	1.314.043.070	42,74%	1.184.688.554
TOTAL COSTOS VARIABLES	64,20%	1.798.000.000	62,87%	1.569.139.259	62,07%	1.564.097.795	62,74%	1.694.455.522	60,88%	1.688.158.707	58,73%	1.712.899.758	57,70%	1.447.688.770	57,96%	1.811.606.478	57,26%	1.588.924.650
COSTOS MEDICOS FIJOS																		
COSTOS FIJOS	22,67%	634.338.000	19,28%	493.710.609	19,47%	490.358.133	19,12%	516.237.165	18,26%	508.956.057	17,37%	506.504.193	21,89%	549.109.117	16,77%	522.621.783	20,72%	574.174.210
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	41,53%	1.162.262.000	43,49%	1.055.428.951	42,60%	1.073.538.892	43,67%	1.178.118.357	42,37%	1.178.202.649	41,30%	1.208.395.365	35,37%	808.919.853	41,24%	1.288.944.895	38,54%	1.012.750.440
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS	7,95%	222.353.000	7,06%	176.222.843	6,70%	168.815.413	12,97%	350.216.692	8,35%	231.843.645	8,37%	244.208.843	9,43%	236.707.193	12,03%	376.688.802	11,10%	307.770.771
SUBTOTAL GASTOS NOMINA	12,18%	340.730.000	13,56%	338.515.005	12,86%	324.002.712	11,12%	300.210.054	11,36%	314.942.034	10,74%	313.278.635	13,10%	328.633.157	8,92%	310.217.454	12,05%	333.923.665
SUBTOTAL OTROS GASTOS	1,13%	31.615.000	0,88%	24.538.809	0,88%	22.298.263	1,68%	44.717.425	0,94%	26.073.637	0,85%	24.775.613	1,33%	33.300.771	1,11%	34.438.200	2,32%	64.430.292
TOTAL GASTOS	21,25%	584.698.000	21,97%	539.274.757	20,44%	515.104.407	25,74%	605.246.172	20,65%	572.659.318	19,80%	592.263.091	23,96%	598.480.500	23,07%	720.944.656	25,40%	708.124.728
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS	43,92%	1.229.638.000	40,99%	1.022.985.366	39,97%	1.005.653.540	44,86%	1.211.583.337	39,00%	1.081.415.374	37,33%	1.088.767.285	45,74%	1.147.749.638	39,75%	1.243.568.239	46,19%	1.280.258.938
MARGEN NETO OPERACIONAL	20,28%	567.564.000	21,88%	546.153.803	22,16%	558.434.255	17,88%	487.872.185	21,88%	606.743.333	21,40%	624.132.474	11,95%	299.936.133	18,77%	568.040.239	11,06%	306.625.712
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	20,07%	559.864.000	21,49%	536.328.863	22,12%	557.297.527	17,82%	481.360.463	21,81%	604.862.440	21,23%	619.258.209	11,86%	297.578.064	18,17%	565.970.260	10,77%	298.625.025

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Periodo: Enero a Diciembre 2025	
---	--

	Indicador	PPTO	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
			SEP	OCT	NOV	DIC	Indicador	Acum PPTO	Acum	Prom								
INGRESOS OPERACIONALES	100,00%	2.800.000.000	100,00%	3.036.534.969	100,00%	2.715.259.208	100,00%	2.451.825.374	100,00%	2.876.723.783	100,00%	33.600.000.000	32.893.451.562	2.741.120.964				
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	100,00%	2.800.000.000	100,00%	3.036.534.969	100,00%	2.715.259.208	100,00%	2.451.825.374	100,00%	2.876.723.783	100,00%	33.600.000.000	32.893.451.562	2.741.120.964				
DESCUENTOS GLOSAS (Prov) + RECC	0,05%	1.400.000	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	16.800.000	543.107	45.259				
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	99,95%	2.798.600.000	100,00%	3.036.534.969	100,00%	2.715.259.208	100,00%	2.451.825.374	100,00%	2.876.723.783	100,00%	33.583.200.000	32.892.908.455	2.741.075.705				
COSTOS MEDICOS VARIABLES	35,80%	1.002.000.000	40,29%	1.223.475.659	46,14%	1.252.790.040	49,61%	1.216.348.773	48,78%	1.403.362.097	42,06%	12.024.000.000	13.833.571.751	1.152.797.646				
TOTAL COSTOS VARIABLES	64,20%	1.798.000.000	58,71%	1.813.059.310	53,86%	1.462.468.168	50,39%	1.235.475.601	51,22%	1.473.361.886	57,94%	21.559.200.000	19.059.336.704	1.588.278.559				
COSTOS MEDICOS FIJOS																		
COSTOS FIJOS	22,67%	634.338.000	18,08%	549.135.359	21,33%	579.223.066	23,74%	582.028.048	20,42%	587.308.637	19,61%	7.612.056.000	6.449.667.378	537.472.282				
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	41,53%	1.162.262.000	41,62%	1.263.923.951	32,53%	883.246.101	26,65%	653.447.553	30,80%	886.053.049	38,34%	13.947.144.000	12.609.669.326	1.050.805.777				
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS	7,95%	222.353.000	8,18%	248.418.274	8,95%	243.015.253	8,89%	217.859.378	8,26%	240.399.920	9,25%	2.668.236.000	3.041.169.117	253.430.760				
SUBTOTAL GASTOS NOMINA	12,18%	340.730.000	10,98%	333.305.471	11,93%	323.982.845	13,82%	338.739.348	11,82%	340.115.099	11,86%	4.088.760.000	3.899.965.499	324.997.125				
SUBTOTAL OTROS GASTOS	1,13%	31.615.000	1,07%	32.492.933	1,30%	35.215.890	1,09%	26.781.623	1,02%	29.424.744	1,21%	379.300.000	398.673.611	332.220.801				
TOTAL GASTOS	21,25%	584.698.000	20,23%	614.216.978	22,19%	602.213.988	23,79%	583.380.349	21,20%	608.939.783	22,31%	7.156.376.000	7.339.008.227	611.650.688				
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS	43,92%	1.229.638.000	38,31%	1.163.352.036	43,51%	1.181.437.055	47,53%	1.165.408.397	41,62%	1.197.248.400	41,92%	14.748.432.000	13.785.475.605	1.148.122.961				
MARGEN NETO OPERACIONAL	20,28%	567.564.000	21,40%	649.707.273	10,25%	2.813.022.113	2,88%	70.067.204	8,80%	276.113.296	15,88%	6.810.768.000	5.298.861.099	435.155.092				
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	20,07%	559.864.000	21,00%	637.717.771	10,28%	2.794.144.509	2,82%	69.259.580	9,54%	274.407.961	15,88%	6.718.368.000	5.221.862.671	435.155.223				

Patología

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Periodo: Enero a Diciembre 2025	
---	--

	Indicador	PPTO	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
			5	6	7	8	9											
INGRESOS OPERACIONALES	100,00%	232.800.000	100,00%	80.821.446	100,00%	206.974.352	100,00%	162.953.413	100,00%	276.568.556	100,00%	202.162.029						
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	100,00%	232.800.000	100,00%	80.821.446	100,00%	206.974.352	100,00%	162.953.413	100,00%	276.568.556	100,00%	202.162.029						
DESCUENTOS GLOSAS (Prov) + RECC	0,05%	116.400	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0						
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	99,95%	232.683.600	100,00%	80.821.446	100,00%	206.974.352	100,00%	162.953.413	100,00%	276.568.556	100,00%	202.162.029						
COSTOS MEDICOS VARIABLES	17,02%	39.600.000	63,08%	50.982.403	26,02%	53.850.803	31,06%	50.611.322	19,31%	53.403.218	43,31%	87.553.270						
TOTAL COSTOS VARIABLES	82,98%	193.083.600	36,92%	29.839.403	73,98%	153.123.549	68,94%	112.342.091	80,69%	223.165.338	56,69%	114.608.759						
COSTOS MEDICOS FIJOS																		
COSTOS FIJOS	20,90%	48.623.000	64,18%	51.873.252	24,92%	51.571.987	32,23%	52.526.283	19,44%	53.752.058	27,83%	56.268.743						
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	62,08%	144.460.600	-27,26%	(22.033.849)	49,06%	101.551.562	36,71%	59.815.808	61,26%	169.413.280	28,86%	58.340.016						
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS	9,44%	21.970.000	17,96%	14.512.929	6,49%	13.441.893	15,94%	25.974.892	7,09%	19.620.290	7,85%	15.859.909						
SUBTOTAL GASTOS NOMINA	29,49%	68.630.000	13,30%	10.748.824	4,98%	10.298.416	6,27%	10.214.441	3,71%	10.265.138	4,84%	9.786.698						
SUBTOTAL OTROS GASTOS	3,46%	8.046.000	6,12%	4.947.937	2,74%	5.668.612	1,78%	2.892.766	1,33%	3.672.192	1,79%	3.612.728						
TOTAL GASTOS	42,39%	98.646.000	37,38%	30.209.690	14,21%	29.408.921	23,98%	39.082.099	12,13%	33.557.620	14,47%	29.259.335						
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS	63,29%	147.269.000	101,56%	82.082.942	39,13%	80.980.908	56,22%	91.608.382	31,57%	87.309.678	42,31%	85.528.078						
MARGEN NETO OPERACIONAL	19,69%	45.814.600	-64,64%	(52.243.539)	34,86%	72.142.641	12,72%	20.733.710	49,12%	135.855.661	14,38%	29.080.681						
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	19,28%	44.871.600	-64,64%	(52.243.539)	34,86%	72.142.641	12,72%	20.733.710	49,12%	135.855.661	14,38%	29.080.681						

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Periodo: Enero a Diciembre 2025	
---	--



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis: Miomed se proyectó a obtener una utilidad del 20,01% y en patología una utilidad del por 19,28% lo cual se detalla porcentualmente a continuación:

Primer Semestre Laboratorio: Enero: 21,77%, Febrero: 21,82%, Marzo: 17,76%, Abril: 21,64%, Mayo: 21,10%, Junio: 13,25%

Primer Semestre Patología: Abril: -64,64%; Mayo: 34,86%, Junio: 15,32%

Segundo Semestre Laboratorio: Julio: 18,13%, Agosto: 10,78%, Septiembre: 20,19%, Octubre: 10,28%, Noviembre: 2,82%, Diciembre: 9,54%

Segundo Semestre Patología: Julio: 49,12%, Agosto: 14,38%, Septiembre: 13,41%, Octubre: 50,66%, Noviembre: -102,05%, Diciembre: 0%

8.4 Recaudo



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

Recaudo		
Mes	Valor (\$)	%
Enero	2.342.294.904,0	54%
Febrero	1.994.488.670,9	50%
Marzo	4.017.580.180,0	90%
Abril	2.177.163.439,7	77%
Mayo	2.215.043.357,9	100%
Junio	334.900.567,0	15%
Julio	2.268.674.412,0	50%
Agosto	2.506.713.701,0	49%
Septiembre	2.948.582.650,0	51%
Octubre	691.693.425,0	13%
Noviembre	120.000.000,0	2%
Diciembre	5.096.591.118,0	62%
TOTAL	2.226.143.868,8	51%



Análisis: El recaudo al mes de septiembre de 2025 se obtuvo un promedio de 51% de lo esperado, por lo tanto, no se cumplió la meta que se proyectó para el mismo.

1.9 Cuentas por Cobrar

MIOMED SAS NIT. 900.974.063-0 Cartera por Edades a 31 de Diciembre 2025										
NIT	NOMBRE	SIN VENCER	DE 0 A 30 DIAS	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAYOR A 360	TOTAL	%
913001952	CLINICA MEDILASER SAS	7.525.758.735,00	2.757.226.777,00	-	-	-	-	6.283.769,00	10.289.269.281	73,70%
900622551	JERSALUD SAS	3.016.187.928,00	-	-	-	-	-	-	3.016.187.928	21,61%
900529056	MEDIFACA IPS SAS	298.869.972,00	252.588.972,00	-	-	-	-	-	551.458.944	3,95%
900215983	CLINICA BELO HORIZONTE SAS	-	-	-	-	-	73.703.094,00	-	73.703.094	0,53%
900371613	INVERSIONES MEDICAS DE LOS	-	8.544.000,00	4.997.350,00	7.832.000,00	-	-	-	21.373.350	0,15%
900422862	IPS LABORATORIO CLINICO ES	2.772.420,00	-	2.186.380,00	-	102.900,00	900,00	-	5.062.600	0,04%
901531768	IPS PEDIATRIC HEALTH SAS	-	-	-	1.515.766,00	-	-	-	1.515.766	0,01%
891180098	HOSPITAL DEPARTAMENTAL M	-	-	-	-	1.100.736,00	-	-	1.100.736	0,01%
813010145	OFTALMOLASER SOCIEDAD DE	-	-	445.200,00	4.800,00	14.400,00	71.100,00	-	535.500	0,00%
83116992	FERNANDO ESQUIVEL CASTAÑ	-	55.100	-	-	-	-	-	55.100	0,00%
79218688	WILLIAM HERNANDEZ DIAZ	49.700	-	-	-	-	-	-	49.700	0,00%
900220590	FONOCLINIC IPS SAS	-	980,00	-	-	6.930,00	-	-	7.910	0,00%
Total general		10.843.638.755	3.018.415.829	7.628.930	9.352.566	1.224.966	73.775.094	6.283.769	13.960.319.909	100,00%



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



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis: Se evidencia que Clínica Medilaser es el mayor cliente que tiene cuentas por cobrar pendientes de acuerdo con los tiempos establecidos en los contratos.

8.5 Cuentas por Pagar

Etiquetas de fila	Suma de TOTAL
OBLIGACIONES FINANCIERAS	60.333.333,30
OTROS GASTOS	341.312.717,56
PROVEEDORES MEDICAMENTOS E INSUMOS	4.426.700.914,00
SERVICIOS DE LABORATORIO	668.446.088,00
SERVICIOS PUBLICOS	2.474.759,00
Total general	5.499.267.811,86

Tabla 2: Cuentas por Pagar



Fuente del Dato: Índigo Vie



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

Análisis: Miomed a la fecha cuenta con \$5.499.267.811,86 de cuentas por pagar.

1.10 Flujo de Caja

Flujo de caja Miomed SAS 2025	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general	%	PROMEDIO		
SALDO INICIAL	54.308.341	42.279.241	117.492.782,65	2.356.740.377,38	94.483.441,87	70.188.620,23	115.748.988,23	67.151.719,57	9.705.472,24	40.903.794,54	5.694.926,11	40.000.807,20	40.000.807,20	-	67.209.778	0,17%	5.600.813
FUENTES																	
DIFERENCIAS	19.998.321	5.725.505	5.944.537	26.968.289	3.305.511	1.313.533	2.660.361	-	1.157.281	68.190	-	47.450	-	-	67.209.778	0,17%	5.600.813
OBLIGACIONES FINANCIERAS	900.000.000	1.200.000.000	-	-	-	-	-	-	360.000.000	-	-	-	-	-	2.460.000.000	6,08%	205.000.000
RECAUDO	1.985.667.638	3.345.605.355	4.019.105.840	2.419.183.001	3.421.111.468	2.338.717.077	2.719.861.675	4.534.991.972	2.954.161.838	1.175.209.407	400.788.861	8.630.141.004	37.944.545.136	93,76%	3.162.045.428		
FONDO DE INVERSION	1.165.000.000	900.000.000	1.000.000.000	2.900.000.000	970.000.000	855.000.000	2.401.900.000	6.284.000	533.570.679	-	-	-	10.731.754.679	26,52%	894.312.890		
TOTAL INGRESOS FLUJO DE CAJA	4.070.669.959	5.451.330.860	5.025.050.377	5.346.151.290	4.394.417.779	3.195.000.630	5.124.422.036	4.541.275.972	3.848.869.788	1.175.297.597	400.788.861	8.630.188.454	40.471.754.914	100,00%	4.555.248.298		
USOS																	
PROVEEDORES	899.357.269	898.346.568	-	1.969.125.932	988.037.994	1.068.295.312	-	1.048.238.484	-	-	-	3.491.022.006	10.362.423.565	20,52%	863.535.297		
NOMINA	522.004.834	649.402.495	488.787.124	489.311.817	486.072.523	755.377.087	539.683.279	611.526.520	564.575.908	568.996.926	-	843.170.842	6.518.909.355	12,91%	543.242.446		
GASTOS GENERALES	2.299.433.276	3.151.760.374	2.014.660.778	4.786.540.533	2.705.385.200	1.025.229.398	4.334.213.182	2.222.671.530	2.905.267.567	319.249.886	179.502.736	935.000.000	26.878.914.460	53,23%	2.239.909.538		
OBLIGACIONES FINANCIERAS	88.519.257	94.636.245	67.612.946	126.012.313	-	44.555.812	48.971.878	47.424.647	52.938.504	44.464.069	-	2.322.194.055	2.937.329.726	5,82%	244.777.477		
IMPUESTOS	70.648.348	58.441.000	58.668.000	71.835.000	72.491.000	78.982.000	69.904.000	488.036.000	98.659.037	81.765.000	1.026.960	129.883.000	1.278.339.245	2,53%	106.528.270		
SEGURIDAD SOCIAL	389.837.300	493.208.849	137.287.100	139.230.900	151.874.100	152.410.100	158.122.500	139.661.900	174.812.800	275.990.202	168.917.700	187.444.600	2.268.778.051	4,49%	189.064.835		
GASTOS DE VIAJE	2.789.460	1.542.620	2.722.100	-	-	-	1.769.158	1.015.950	-	-	-	-	9.839.388	0,02%	894.481		
HONORARIOS ADMINISTRATIVOS	11.881.350	10.000.000	-	20.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	10.000.000	121.881.350	0,24%	10.158.779		
ANTICIPOS	1.704.065	20.989.167	16.454.735	6.951.330	4.852.184	14.600.533	10.375.308	10.086.788	11.498.151	10.040.292	7.035.584	9.495.232	123.483.369	0,24%	10.290.281		
TOTAL EGRESOS FLUJO DE CAJA	4.086.155.059	5.376.327.318	2.786.192.782	7.608.407.823	4.418.713.001	3.149.450.242	5.173.039.305	4.598.661.819	3.817.751.966	1.210.506.373	366.482.980	7.908.209.735	30.499.898.408	100,00%	4.557.188.813		
SALDO FINAL FLUJO DE CAJA	42.879.241	117.882.783	2.356.740.377	94.483.442	70.188.620	115.768.988	67.151.720	9.765.872	40.903.795	5.694.926	40.000.807	761.979.527					

Fuente del Dato: Índigo Vie

1.11 Pago de impuestos con el Estado

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

12-03-2026 / 14:55:27 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 ✓	121	0	
CON EXCEDENTE \$✓	4	890,000	
SALDO A FAVOR 4A	1	1,250,807,000	

© Derechos Reservados DIAN - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales 2026

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.



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

1.12 Sistema de Seguridad Social

MIOMED SAS
 NIT 900973064-0
 SUCURSAL PRINCIPAL: BOGOTÁ
 TIPO EMPLEADOR: EMPRESA
 PERFIL: NOMINA
 ÚLTIMO ACCESO: 2026/03/12 08:17:08

Cesantías
Empleado
Empleados
Liquidaciones
Novedades
Add-ins Excel
Informes Personalizados
Pensiones Voluntarias
Nómina Electrónica
Afiliación en línea
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 15

Incluir planillas pagadas

	Periodo	Fecha Límite	Fecha Pago	Número Empleados	Valor a Pagar	Tipo Planilla	Planilla	Pago/CUS	
Opciones	2026-02	2026/03/16		233	\$174,978,100	E		Pagar Planilla	Ver
Opciones	2026-01	2026/02/16	2026/02/25	229	\$178,042,200	E	9500427351	90320991	Ver
Opciones	2025-12	2026/01/19	2026/01/15	233	\$165,076,300	E	9497944741	2084662059	Ver
Opciones	2025-11	2025/12/16	2025/12/26	230	\$167,444,600	E	9496898552	2035174995	Ver
Opciones	2025-11	2025/12/16	2026/01/20	1	\$170,000	N	9498051997	2097535542	Ver
Opciones	2025-10	2025/11/19	2026/01/07	1	\$159,200	N	9497661494	2066614475	Ver
Opciones	2025-10	2025/11/19	2025/11/28	243	\$168,917,700	E	9495610955	1963278607	Ver
Opciones	2025-09	2025/10/16	2025/10/15	232	\$174,399,300	E	9493253428	1854185481	Ver
Opciones	2025-08	2025/09/15	2025/09/10	230	\$174,769,700	E	9491679209	1767575921	Ver
Opciones	2025-07	2025/08/19	2025/09/22	1	\$43,100	N	9491861666	1795122544	Ver

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.

1.13 Reporte de Nómina Electrónica

Sistema de factura electrónica - Ambiente de Producción

← Consultar documentos enviados
Miomed Sas
Quiérocó Gámbos Hauresi Isabel

Buscar

Resultados de búsqueda

Mostrar 10 registros

Recepción	Fecha	Prefijo	N° documento	Tipo	NIT Emisor	Emisor	NIT Receptor	Receptor	Resultado	Estado RADIAN	Valor Total
15-12-2023	15-12-2023		9105	Nómina Individual	900973064	MIOMED SAS	1049044588	KARENÍ TATIANA ORTIZ PÉREZ	Aprobado	No Aplica	\$ 1.509.700
15-12-2023	15-12-2023		9104	Nómina Individual	900973064	MIOMED SAS	1055238951	LENDY TATIANA CHAPARRO BOCACHICA	Aprobado	No Aplica	\$ 1.509.700
15-12-2023	15-12-2023		9102	Nómina Individual	900973064	MIOMED SAS	1003010408	JUAN DAVID CALAUCHO VIREGAS	Aprobado	No Aplica	\$ 885.688
15-12-2023	15-12-2023		9101	Nómina Individual	900973064	MIOMED SAS	1004288984	DAVID SANTIAGO FIGUEROA CORDOBA	Aprobado	No Aplica	\$ 1.067.423



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

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.

8.6 Evaluación de Hipótesis de negocio de puesta en marcha

2. CONCLUSIONES
2.1. La Administración luego de analizar los hechos o condiciones para evaluar la Hipótesis de Negocio en Marcha, identificó 21 criterios de un total de 21, que no generan dudas significativas, por lo tanto, se concluye que no existe ningún tipo de incertidumbre y en consecuencia la utilización de la Hipótesis del Negocio en Marcha es adecuada.

Fuente del Dato: Estados Financieros

Análisis: Miomed SAS no genera dudas significativas sobre el Negocio en marcha a corte de 31 de diciembre del presente año.

9. ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES POSTERIORES AL CIERRE DEL EJERCICIO

No se presenta a la fecha de corte del informe.

10. EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD

No se presenta a la fecha de corte del informe.

11. 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.



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

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.

12. 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.



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

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

No se presenta a la fecha de corte del informe.

14. 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 comercial BD y Beckman Coulter.

2. Proyecto de Patología Básica y Especializada.



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

