



# INFORME DE GESTIÓN

## Contenido

1	GESTIÓN GERENCIAL.....	5
1.1	Contratos con Clientes.....	5
1.2	Estadística de Servicios.....	6
1.2.1	Jersalud Boyacá.....	6
1.2.2	Jersalud Meta.....	8
1.2.3	Jersalud Casanare.....	9
1.2.4	Medifaca.....	10
1.2.5	Medilaser Florencia.....	12
1.2.6	Medilaser Centro.....	16
1.2.7	Medilaser Tunja.....	19
1.2.8	Medilaser Abner Lozano.....	21
2	GESTIÓN JURÍDICA.....	26
2.1	Cumplimiento de contratos.....	26
2.2	Proporción De Procesos Jurídicos.....	26
2.3	Proceso Jurídicos Cerrados.....	27
3	GESTIÓN DE CALIDAD.....	28
3.1	Informes de comités.....	28
3.1.1	Nacional.....	28
3.2	Gestión de Control Interno.....	30
3.2.1	Auditoría Interna a Procesos (Nacional).....	30
3.2.2	Auditoría a Proveedores (Nacional).....	33
3.3	Auditorías Externas Recibidas.....	34
3.4	Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos.....	39
3.5	Satisfacción de usuarios.....	40
	Fuente: Encuestas de satisfacción IPS.....	40
3.6	Manifestaciones.....	41
3.7	Seguridad del paciente.....	42
3.7.1	Proporción de Eventos Adversos e Incidentes.....	42
3.7.2	Jersalud Meta.....	43
3.7.3	Jersalud Casanare.....	44
3.7.4	Medifaca.....	45

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



3.7.5	Medilaser Florencia .....	46
3.7.6	Medilaser Centro .....	47
3.7.7	Medilaser Abner Lozano .....	48
3.7.8	Medilaser Tunja.....	49
3.8	Gestión del Riesgo Organizacional .....	50
3.8.1	Matriz del Riesgo .....	50
3.8.2	Base de segmentación en MIOMED .....	50
3.8.3	Página Web: .....	51
3.9	Producción documental.....	52
4	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA .....	53
4.1	Gestión de Archivo .....	53
	.....	53
4.2	Gestión Biomédica .....	53
4.2.1	Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo.....	53
4.2.2	Proporción de mantenimientos correctivos.....	54
4.2.3	Proporción de calibraciones .....	55
5	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO .....	56
5.1	Indicadores Nacionales .....	56
5.1.1	Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas.....	56
5.1.2	Proporción de Certificaciones por Competencias .....	56
5.1.3	Proporción de satisfacción de clima organizacional .....	62
5.2	Indicadores de Talento Humano .....	64
5.2.1	Índice de rotación de personal .....	64
5.2.2	Proporción de satisfacción de actividades de talento humano.....	66
6	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.....	70
6.1	Avances en Proyectos.....	70
6.2	Adherencia al uso de herramientas .....	74
6.3	Licencias .....	75
6.4	Inventarios .....	75
7	GESTIÓN FINANCIERA.....	77
7.1	Indicadores financieros .....	77
7.2	Informe Ventas.....	77
7.3	Devoluciones, descuentos y rebajas .....	79

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



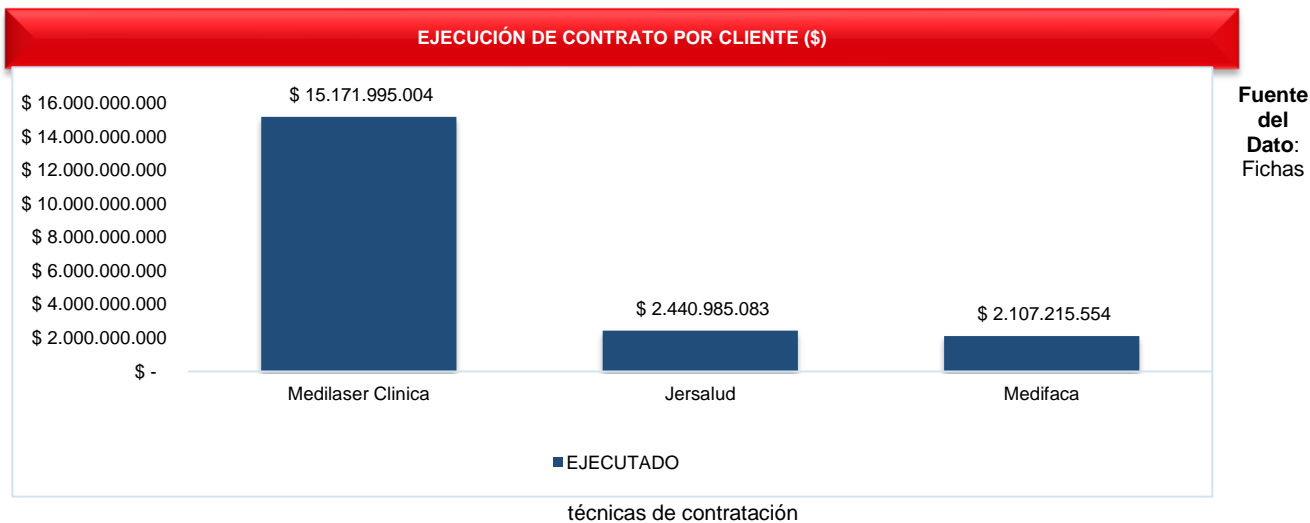
7.4	Estado de Resultados .....	79
7.5	Recaudo.....	80
7.6	Cuentas por Cobrar.....	81
7.7	Cuentas por Pagar .....	82
7.8	Flujo de Caja.....	83
7.9	Partes relacionadas.....	83
7.10	Pago de impuestos con el Estado .....	84
7.11	Sistema de Seguridad Social .....	84
7.12	Reporte de Nómina Electrónica.....	85
7.13	Evaluación de Hipótesis de negocio de puesta en marcha.....	85
8	SEGUIMIENTO A PROYECTOS.....	86
	ANEXOS.....	86



# 1 GESTIÓN GERENCIAL

## 1.1 Contratos con Clientes

Cliente	CIUDAD	TARIFA	VIGENCIA	VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO
CLINICA MEDILASER	NEIVA - TUNJA - FLORENCIA	ISS 2001 PLENA.	1 de abril de 2023 al 31 de marzo de 2024	\$4.108.325.000	\$ 15.171.995.004 (100%)
JERSALUD S.A.S	BOYACA META	UPC 2900 + evento	1 de Noviembre de 2023 al 30 de abril de 2024	NA.	\$ 2.449.985.083 (100%)
MEDIFACA	FACATATIVÁ	ISS 2001 PLENA.	1 de abril de 2023 al 31 de marzo de 2024	2.000.000.000	\$ 2.107.215.554 (100%)



### Análisis:

Al corte de Diciembre de 2023 están vigentes los siguientes acuerdos de voluntades:

En la modalidad intrahospitalario con:

- \*Clínica Medilaser con las sucursales de Tunja, Neiva y Florencia.
- \*Clínica Medifaca Ips: en el Municipio de Facatativá.

En la modalidad ambulatoria en la ciudad de Tunja y Villavicencio con la IPS Jersalud:

El porcentaje ejecutado es el siguiente:

- \*Clínica Medilaser: es del 100%
- \*Clínica Medifaca: es del 100%
- \*con Jersalud Ips se cuenta con contrato de cápita es un valor indeterminable.

Se realizará notificación al área de contratación y Jurídica de Ips Medilaser informando que el presupuesto asignado ya fue consumido en su totalidad y realizar la adición correspondiente.

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



En análisis desagregado por Clientes, se realizan las siguientes conclusiones:

\***Clínica Medilaser – Abner Lozano:** se ha obtenido un cumplimiento en el ingreso proyectado debido al crecimiento de portafolio en lo que conlleva al pool de pruebas de tamizaje neonatal, citometría de flujo y Cariotipos como apoyo al diagnóstico oportuno.

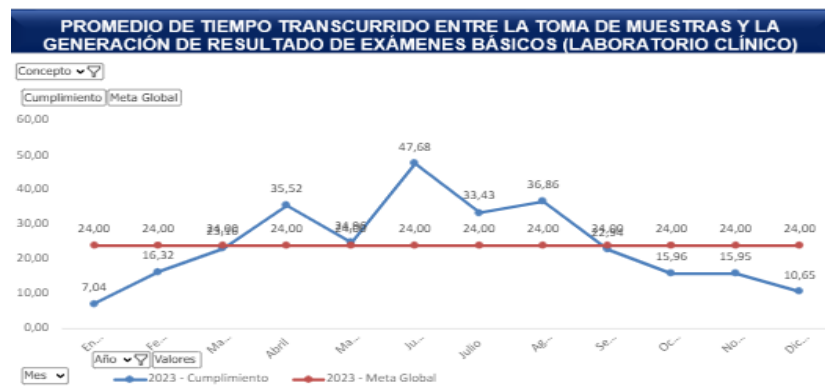
\***Clínica Medilaser Tunja y Florencia:** la iniciativa de la prueba de Filmarray con sus cinco paneles como complemento y apoyo al diagnóstico de unos varios síndromes a nivel de las unidades de cuidado intensivo.

En el mes de Octubre de 2023 se Habilito el Servicio de Laboratorio Clínico en la ciudad de Neiva con el objeto de externalizar servicios e incrementar ingresos a la empresa, a la fecha nos encontramos desarrollando estrategias comerciales para la inclusión de clientes potenciales.

Para el año 2024 se tiene proyectado la apertura de la IPS sede Materno Infantil en la Ciudad de Neiva la cual generara un impacto positivo en la atención de gestantes y la población Infantil de la Región Surcolombiana.

## 1.2 Estadística de Servicios

### 1.2.1 Jersalud Boyacá



Fuente del Dato: Tablero Jersalud – SharePoint

#### Análisis.

Durante el año 2023 el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes básicos presento incumplimiento en los meses de abril, junio, julio y agosto; el resto de los meses se cumplió la meta establecida de 24 horas para generación de resultados básicos.

En el mes de diciembre de 2023 de 10,65 horas, dato que se encuentra dentro de la meta de 24 horas; como se evidencia el indicador disminuye con respecto al mes anterior evidenciando que las acciones de mejora implementadas han sido efectivas. Se realizo verificación de tiempos de oportunidad en validación de resultados por secciones y se obtienen los siguientes datos:

- Hematología: 7,2 horas.
- Inmunología: 11 horas.
- Microbiología: 3,2 días.
- Microscopia: 11 horas.

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



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



- Química: 10 horas.
- Serv. Transfusional: 9 horas.

De acuerdo con estos datos se ve la necesidad de mejorar la oportunidad en la sección de servicio transfusional debido al aumento de tiempo en el procesamiento.

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. De acuerdo a estos datos se ve la necesidad de mejorar la oportunidad en la sección de inmunología por incumplimiento de la meta.



Fuente del Dato: Tablero Jersalud - SharePoint

### Análisis:

Durante el año 2023 el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes especializados presento incumplimiento en los meses de marzo, abril y mayo; el resto de los meses se cumplió la meta establecida de 3 días para generación de resultados especializados.

En el mes de diciembre de 2023 de 2,4 días, dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a 3 días. Como se evidencia durante los últimos 3 meses se está cumpliendo la meta y se encuentra con tendencia estable; se realiza verificación de oportunidad por laboratorio de referencia y se obtiene los siguientes resultados:

Sección	Diciembre
Synlab	10,5 días.
Colcan	12 días
ESP	19 hrs.

Como se evidencia es necesario mejorar el cargue de resultados de los laboratorios de referencia, por los tiempos prolongados que se están presentando.



## 1.2.2 Jersalud Meta

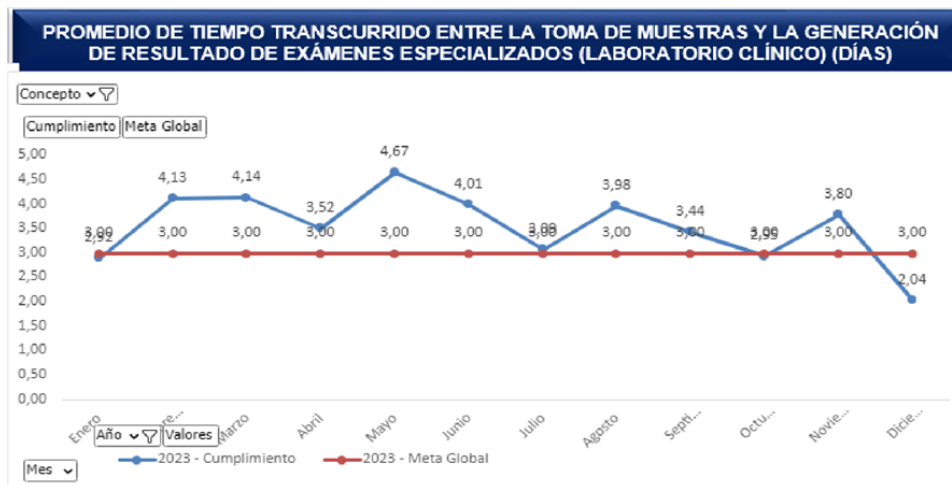


Fuente del Dato: Tablero Jersalud – SharePoint

### Análisis:

Durante el año 2023 el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes básicos presento incumplimiento en los meses de febrero, julio y agosto; el resto de los meses se cumplió la meta establecida de 24 horas para generación de resultados básicos.

En el mes de diciembre de 2023 el promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestra y la generación de exámenes básicos cerro en 7,05 horas, dato que se encuentra dentro de la meta de 24 horas; evidenciando que las acciones de mejora implementadas han sido efectivas. Durante este mes no se presentó novedades.



Fuente del Dato: Tablero Jersalud - SharePoint

### Análisis:

Durante el año 2023 el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de exámenes especializados estuvo sobre la meta establecida en los meses de enero, julio y octubre; en el mes de diciembre presenta cumplimiento, el resto de los meses no se cumplió la meta establecida de 3 días para generación de resultados especializados.

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

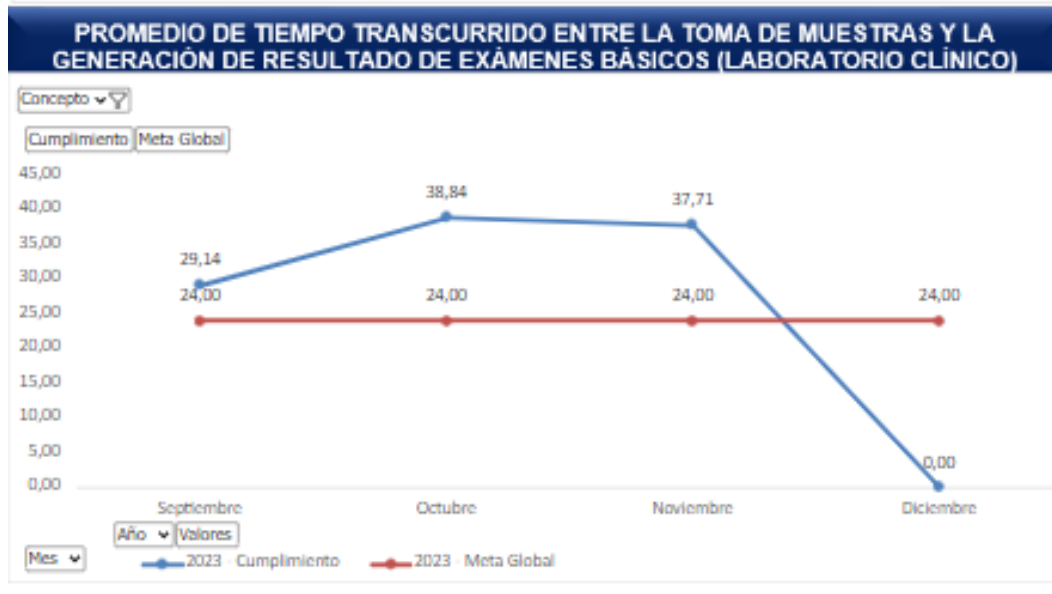




En el mes de diciembre de 2023 de 2,4 días, dato que se encuentra dentro de la meta establecida que corresponde a 3 días. Al realizar análisis de vista se observa que los exámenes remitidos a laboratorio aliado Medilaser Tunja presentan una oportunidad de 6.1 días, se presenta una mejoría con respecto a los meses anteriores. Durante el mes no se presentaron novedades que conllevaron la demora en la generación de resultados.

### 1.2.3 Jersalud Casanare

Durante el mes de noviembre se atendieron un total de 649 usuarios y se realizaron un total de 3812 exámenes, evidenciando un aumento del 54% con respecto del mes anterior.



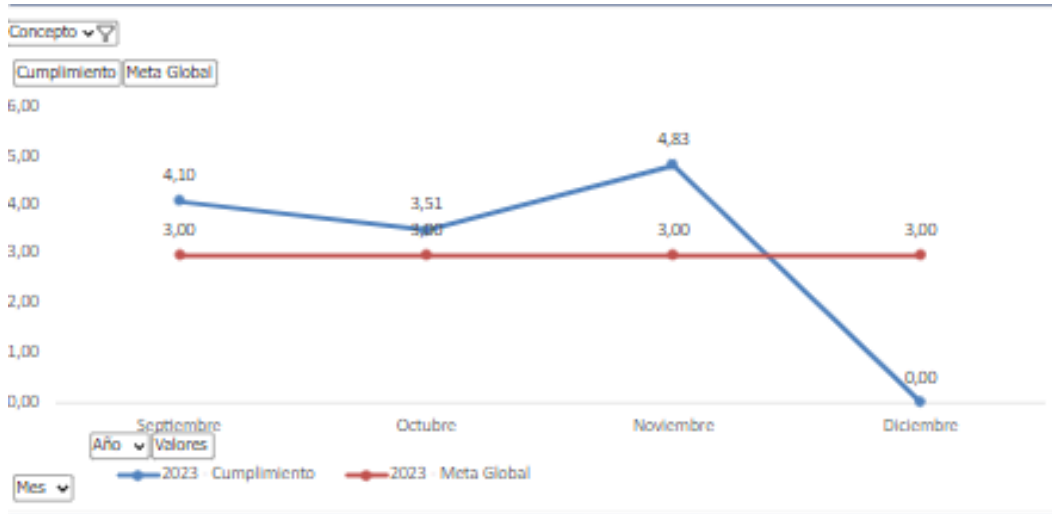
Fuente del Dato: Tablero Jersalud – SharePoint

#### Análisis:

El resultado para el indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de resultado exámenes básicos” en Jersalud Casanare tiene un promedio en el mes de noviembre de 2023 de 37,7 horas, dato que se sale dentro de la meta establecida de 24 horas. De la totalidad de exámenes procesados, se encuentran 2858 exámenes se clasificaron como básicos que corresponden a las secciones de hematología, química, coagulación y microscopia. La desviación de este indicador se debe a la demora que se presenta en el transporte de muestras hasta el laboratorio de procesamiento.



**PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOA DE MUESTRA Y LA GENERACIÓN DE RESULTADOS DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS (DÍAS)**



Fuente del Dato: Tablero Jersalud - SharePoint

**Análisis:**

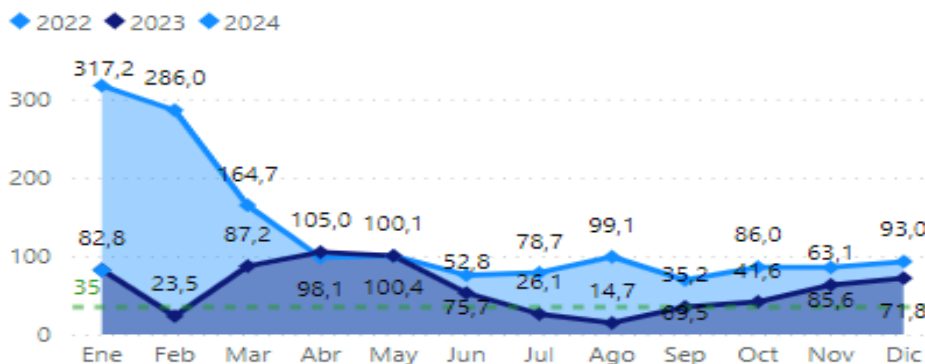
El resultado para el indicador “Promedio de tiempo transcurrido entre la toma de muestras y la generación de resultados exámenes especializados” en Jersalud Casanare tiene un promedio en el mes de noviembre de 2023 de 4,83 días, dato que se encuentra fuera de la meta establecida que corresponde a 3 días. Se encuentran 963 exámenes clasificados como especializados de la totalidad de exámenes procesados.

**1.2.4 Medifaca**

Para el año 2022 se procesaron 197.927 exámenes y para el año 2023 se procesaron 201.279 exámenes, lo que indica que se han procesado 1,7% más exámenes con respecto al año anterior. Aproximadamente el 99% de los exámenes procesados corresponden a servicios intrahospitalarios y 1% para exámenes de consulta externa.

En promedio se procesan 552 exámenes diarios.

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



Fuente del Dato: Tablero Medifaca – Power BI 2023

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



**Análisis:**

El promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y la toma de muestra general en servicio intrahospitalario y exámenes internos fue para el año 2022: 129 minutos y año 2023: 59 minutos, el año 2023 con cumplimiento de meta que es de 2 horas.

Para el mes de diciembre los resultados fueron los siguientes: General: 71 minutos, Urgencias: 36 minutos, Hospitalización: 32 minutos, UCI: 130 minutos. Se evidencia cumplimiento de meta de 35 minutos para el servicio de hospitalización.

Se evidencian los siguientes motivos de desviación del indicador:

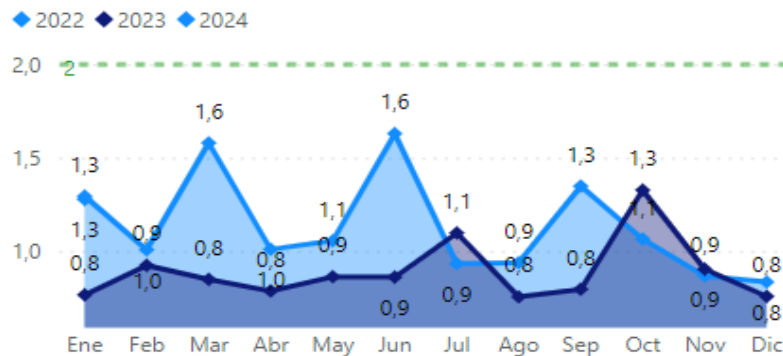
- Falta de adherencia por parte del personal médico en el diligenciamiento correcto de la fecha y hora sugerida para la toma de muestras en el software de índigo. Se envía correo a dirección médica, gerencia, garantía de calidad y coordinación de enfermería, adjuntando notificación de informe de adherencia a diligenciamiento del campo de fecha y hora sugerida.
- Se incluyen exámenes que los recoge directamente el paciente y esto afecta la oportunidad (muestras de orinas y baciloscopias).
- Muestras para gases arteriales que son tomados por terapia respiratoria.
- Exámenes que requieren ficha de notificación o consentimiento de transfusión o consentimiento para HIV o SARS COV 2 o autorización para panel de FilmArray.
- Muestras que son tomadas por otros servicios como UCI y Cirugía.
- Cuadros hemáticos de control post transfusión donde la fecha y hora sugerida no corresponde.
- Muestras que son tomadas por otros profesionales como líquidos corporales y ADA.

Como estrategia de mejora se realiza lo relacionado a continuación:

- Se realizó ronda de capacitación de fecha y hora sugerida el día 28 de junio con los médicos especialistas del servicio de UCI con Dra. Lina Hurtado directora médica de IPS con el fin de mostrar la importancia del correcto diligenciamiento de la fecha y hora sugerida para la toma de exámenes de rutina y como impacta en la medición del indicador.

Es importante realizar nuevamente este tipo de rondas de capacitación con el personal médico ya que se está evidenciando nuevamente el aumento en los tiempos de oportunidad por falta de adherencia al correcto diligenciamiento de la fecha y hora sugerida por parte del personal médico.

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



Fuente del Dato: Tablero Medifaca – Power BI 2023



**Análisis:**

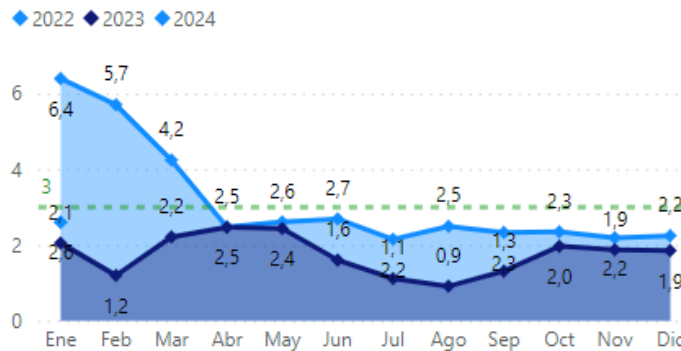
El promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y su realización general en servicio intrahospitalario y exámenes internos fue para el año 2022: 1,1 horas y año 2023: 0,9 horas, ambos años con cumplimiento de meta que es de 2 horas.

Para el mes de diciembre los resultados de los indicadores fueron los siguientes: General: 0,8 horas, Urgencias: 0,8 hora, Hospitalización: 0,4 hora, UCI: 0,9 hora. Se evidencia un cumplimiento de meta de 2 horas, es importante tener en cuenta que hay exámenes que por su complejidad demoran más de 40 minutos en su procesamiento como las pruebas cruzadas, rastreo de anticuerpos, Proteína C Reactiva con diluciones y otras pruebas de química sanguínea que requieran dilución para su validación. Adicional, para el mes de octubre se presentaron fallas con los analizadores de hematología y química, lo cual afecto los tiempos de oportunidad de entrega de resultados.

Como estrategia de mejora del presente indicador se realizará lo siguiente:

- Se socializa con bacteriólogos que todos aquellos exámenes que demoran más, con el fin de priorizarlos para no prolongar los tiempos de oportunidad. En cada grupo primario se retroalimenta la información y se ha visto mejoría en la oportunidad de validación de resultados.

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



Fuente del Dato: Tablero Medifaca – Power BI 2023

**Análisis:**

El promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y su realización general en servicio intrahospitalario y exámenes internos fue para el año 2022: 3,1 horas y año 2023: 1,8 horas; ambos años con cumplimiento de meta que es de 3 horas.

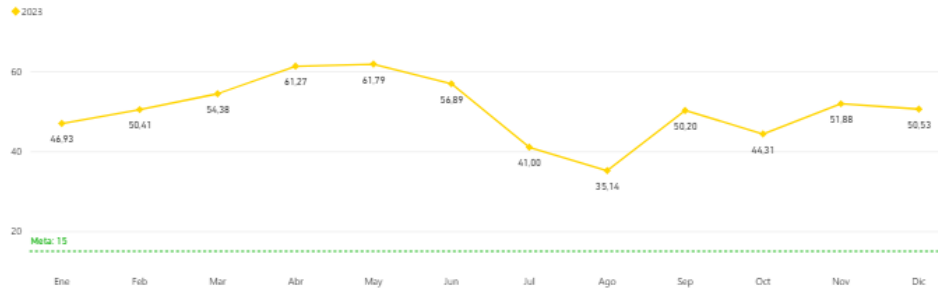
Para el mes de diciembre los resultados de los indicadores fueron los siguientes: General: 1,9 horas, Urgencias: 1,4, Hospitalización: 0,8 hora, UCI: 2,9 horas. Se evidencia mejoría desde abril del año 2022, donde se registra cumplimiento de meta por debajo de las 3 horas.

**1.2.5 Medilaser Florencia**

En el mes de diciembre de 2023 en la Sucursal Medilaser Florencia, se atendieron 7.286 pacientes presentando disminución del 8% (636 pacientes), comparado con el mes de noviembre (7.922 pacientes). Se procesaron un total de 22.321 exámenes, mostrando disminución del 5% (1.311 exámenes) con respecto al mes de noviembre (23.632 exámenes).



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



**Fuente del dato:** Tablero Clínica Medilaser – Power BI

**Análisis:** En el mes de diciembre se realizó una correlación sobre las novedades de las inoportunidades con el tiempo de la toma de muestras, se evidencio que en las unidades cerradas como Uci Adultos 2 piso, Uci Adultos general, Uci Neonatal, Uci Pediátrica Intermedia, Ginecología, por ser unidades cerradas es donde nos generan mayor tiempo de inoportunidad.

En diciembre del 2023 se obtuvo un promedio de tiempo de toma de muestra de 50 minutos, mostrando disminución de 2 minutos con respecto al mes de noviembre (52 minutos), se evidencia incumplimiento de la meta establecida siendo 15 minutos.

Al realizar análisis de manera desagregada por servicios se observa que dentro de las fallas encontradas están en las unidades cerradas el mayor tiempo en toma de muestra con 50 minutos; Uci Adultos 2 piso: 75 minutos, Uci Adultos general: 77 minutos, Uci Neonatal: 66 minutos, Uci pediátrica Intermedio: 66 minutos, Ginecología: 42 minutos en los otros servicios Urgencias: 44 minutos y Hospitalización: 54 minutos.

La inoportunidad de este indicador se asocia por los siguientes hallazgos:

- Demoras en la confirmación de ciertos exámenes que deben ser revisados en el panorama de contratación y ser autorizados por la EAPB.
- Demoras en la recolección de muestras que deben ser tomadas por los enfermeros jefes.
- Demoras en la recolección de muestras (orinas por micción, muestras de materia fecal, Baciloscopias), muestras que son recolectadas por el paciente.
- Los pacientes pediátricos y adultos mayores que son ingresados al servicio de urgencias las muestras son tomadas en el momento de la canalización.
- Algunos pacientes del servicio de urgencias no responden al llamado, se encuentran en otros procedimientos (Ecografías, Radiografías, Diálisis, administración de medicamentos, Oftalmología, Electrocardiogramas).
- La no adherencia del personal médico para el diligenciamiento y cargue a la historia clínica de los consentimientos informados y fichas epidemiológicas.
- La no adherencia de fecha y hora sugerida por parte del personal médico.
- Demora en cierre de historia clínica.
- En el servicio de urgencia no realizan llamado oportuno para la recolección de muestras (muestras de orina recolectadas por sonda y toma de cultivos).
- No hay una hora establecida para la recolección de muestras de los controles de unidades cerradas (UCIS).
- Demora en la generación de ordenes de la UCI Neonatal.
- Jornada de fumigación en la clínica durante 2 horas quedo inhabilitado el Laboratorio Clínico.

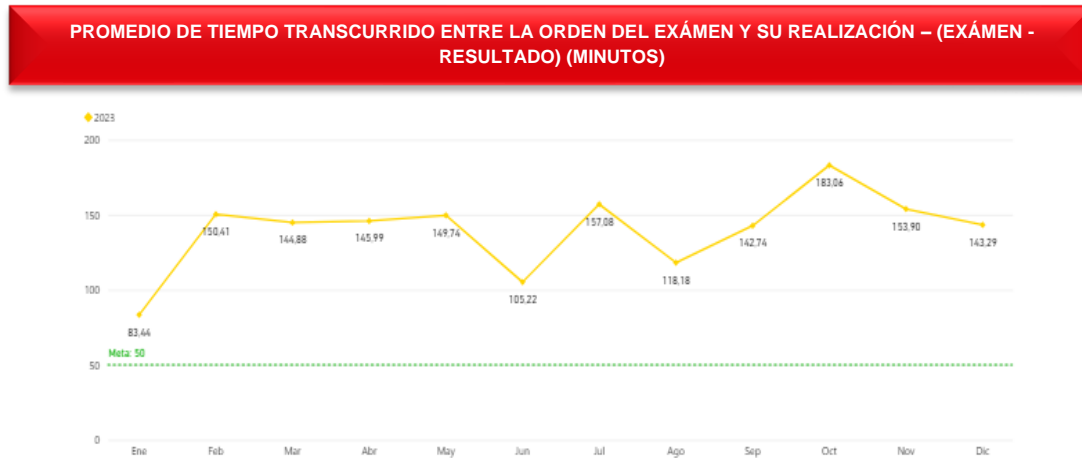
[www.laboratoriosmiomed.com](http://www.laboratoriosmiomed.com)



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



Con el análisis de los datos podemos concluir que, una de las brechas para el cumplimiento de los tiempos de oportunidad del laboratorio clínico es la toma de muestra en las unidades cerradas y las situaciones nombradas anteriormente, situaciones que ya han sido escaladas y socializadas con los líderes (Dirección Médica y jefes Gestores de cada unidad), con el fin de minimizar los sesgos y mejorar la oportunidad.



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power BI.

**Análisis:** En el mes de diciembre del presente año se obtuvo un promedio de tiempo de validación de 143 minutos, disminuyendo 11 minutos frente al mes noviembre (154 minutos), se evidencia incumplimiento de la meta establecida siendo 50 minutos.

Al realizar análisis de manera desagregada por servicios se observa lo siguiente: Uci Adultos 2 piso: 106 minutos, Uci Adultos general: 117 minutos, Uci Neonatal: 311 minutos, Uci pediátrica Intermedio: 44 minutos, Ginecología: 552 minutos, Urgencias: 97 minutos, Hospitalización General: 161 minutos y Hospitalización VIP: 217 minutos.

La inoportunidad de este indicador se asocia por los siguientes hallazgos:

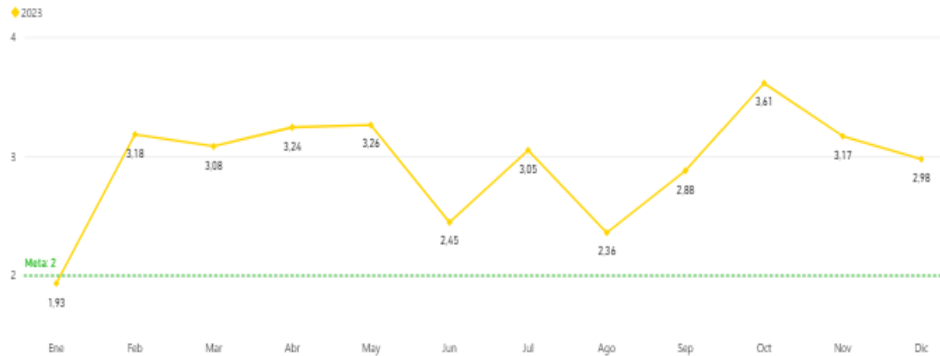
- Remisión de TSH Neonatales a Sucursal Neiva.
- 01/12/2023 falla de interfaz de Enterprise a Índigo.
- Remisión a Sucursal Neiva por baja solicitud de los exámenes (Hepatitis B anticuerpos, Citomegalovirus G, albumina, Vitamina B12 y PTH).
- 13/12/2023 mantenimiento de redes en la clínica desde las 5 pm hasta las 8 pm.
- Desde 01/12/2023 hasta el 18/12/2023 se ha presentado error en el equipo VITROS 5600, en la fase final de procesamiento de hormonas, el error ha sido más representativo en las troponinas, generando reprocesamiento de las mismas.
- 16/12/2023 jornada de fumigación de la clínica desde las 20:00 hasta las 22:00 quedo inhabilitado el laboratorio.
- 19/12/2023 desde las 12 am presento falla el equipo VITROS 5600, no permitía el procesamiento de las troponinas, este mismo día se presentó falla del sistema de manera general y la falla continua hasta el día 20/12/2023 hasta las 4 pm.
- 21/12/2023 revisión del equipo VITROS 5600 por el Ing. Ricardo Forero desde las 7 pm hasta las 9 pm
- 22/12/2023 estuvo en mantenimiento el equipo VITROS 5600 por el Ing. Forero hasta las 10:34 am.
- 27/12/2023 falla de la interfaz de Enterprise a Índigo desde la 1 am.
- 29/12/2023 falla de la interfaz de Enterprise a Índigo desde las 3:30 am hasta las 8:40 am.

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



Las estrategias que se mantienen para el cumplimiento del indicador son: equipos biomédicos funcionales, las acciones acordes al plan de contingencia, verificación de los resultados en el sistema de Enterprise a Índigo.

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



**Fuente del Dato:** Tablero Clínica Medilaser – Power BI

**Análisis:** En diciembre del presente año se obtuvo un promedio de tiempo de validación de 2 horas y 98 minutos, disminuyendo 19 minutos con respecto al mes noviembre (3 horas y 17 minutos), se evidencia incumplimiento de la meta establecida siendo 2 horas.

Al realizar análisis de manera desagregada por servicios se observa lo siguiente: Uci Adultos 2 piso: 2 hora y 33 minutos, Uci Adultos general: 2 horas y 93 minutos, Uci Neonatal: 4 horas y 94 minutos, Uci pediátrica Intermedio: 1 horas y 44 minutos, Ginecología: 9 horas y 88 minutos, Urgencias: 2 horas y 19 minutos, Hospitalización General: 2 horas y 52 minutos y Hospitalización VIP: 4 hora y 39 minutos.

Continuaremos con la implementación de nuevas estrategias, seguimiento a cada uno de los servicios con el cumplimiento a las estrategias ya implementadas para mejorar los tiempos de oportunidad.

**ESTRATEGIAS PARA MITIGAR EL TIEMPO DE INOPORTUNIDAD**

- ✓ Se realizó acercamiento con Dirección Médica informando sobre la no adherencia de los médicos al momento de cargar los códigos CUPS de código erróneo,
- ✓ Falta de adherencia a la fecha y hora sugerida, continuaremos con la estrategia de informar al servicio e inmediatamente reportar al servicio por medio de WhatsApp con el área de Dirección Médica.
- ✓ Se continuará con el seguimiento al cargue de las fichas epidemiológicas, consentimientos informados de VIH para tener mayor oportunidad en la toma y procesamiento de las muestras.
- ✓ Realizaremos acercamiento con los bacteriólogos en la validación de los exámenes, en algunos casos el resultado del examen la interfaz no funciona entre Enterprise e Índigo Vie.
- ✓ Acercamiento con las jefes Gestora de cada unidad sobre el cargue de los exámenes a procesar a tiempo, esta demora nos genera efectos negativos en los indicadores de tiempo.
- ✓ Se establece con Dirección Médica, Coordinadora técnica, jefes Gestoras de los servicios y Profesional de Calidad, un horario estándar en las unidades cerradas para la recolección de muestras de control.
- ✓ Se estableció un horario estándar para todos los servicios de la Clínica, el cargue de exámenes de control rutinarios para las 5 am.
- ✓ Supervisión en el momento de la entrega de turnos de los Auxiliares de Laboratorio.

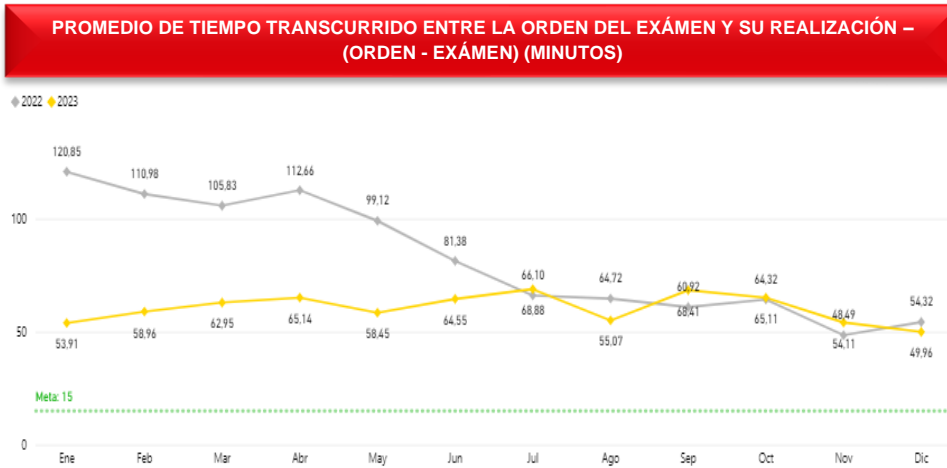
[www.laboratoriosmiomed.com](http://www.laboratoriosmiomed.com)



### 1.2.6 Medilaser Centro

En el mes de diciembre en la IPS Clínica Medilaser Neiva sede centro se atendieron en total 8902 usuarios en el laboratorio clínico, mostrando una tendencia positiva comparada con el mes anterior de 4%.

En el mes de diciembre en la sede IPS Clínica Medilaser Neiva sede centro, se procesaron un total 30895 exámenes en el laboratorio clínico, aumentando 1433 exámenes con respecto al mes anterior.



**Fuente del dato:** Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

**Análisis:** El promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y la toma de muestra en servicio intrahospitalario fue de 50 minutos para el mes de diciembre de 2023 los resultados de los indicadores fueron los siguientes: Urgencias: 27 minutos, Hospitalización: 43 minutos, UCI: 97 minutos.

Se evidencia incumplimiento de meta con 35 minutos para el indicador general, igualmente para los servicios de urgencias y UCI el cual la meta establecida es de 10 minutos y la meta de hospitalización de 35 minutos.

Se realiza el respectivo análisis y revisando las vistas de Índigo, evidenciándose lo siguiente:

- No adherencia del diligenciamiento de la fecha y hora sugerida por parte los médicos en especial en las Ucis quienes maneja el mayor tiempo de inoportunidad.
- Muestras que no son tomadas por el personal del laboratorio clínico como en los servicios de UCI, el cual está la toma a cargo de los jefes de enfermería. En los servicios de hospitalización y urgencias se observa inoportunidad en la toma de gases arteriales y orina solicitadas con sonda.
- Muestras que son inherentes al usuario como uroanálisis, coprológicos y BK.
- Demora en el cargue de consentimientos informados de VIH y fichas de notificación epidemiológica.
- Cuadros hemáticos post-transfusión que son cargados antes de iniciar la transfusión o sin terminar sin adherencia a la fecha sugerida.
- Se siguen presentando pequeñas diferencias en minutos por registros de fecha retrospectiva en la fecha sugerida el cual va sumando con la cantidad de ordenes medicas generadas. Esto se presentó por que el medico demora en realizar el cierre de la historia clínica ala momento de evolucionar.

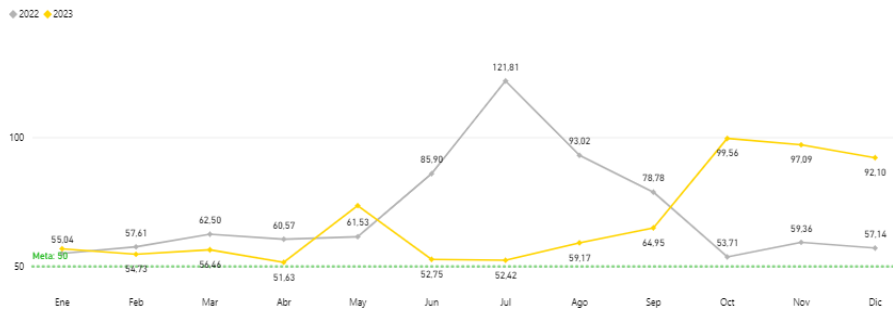




Como estrategia de mejora se ha realiza lo siguiente:

- Se realiza de manera mensual el informe de fecha sugerida el cual se entrega a gerencia de la IPS, dirección médica, subdirectores, coordinación de enfermería, coordinación de terapia con copia a la vicepresidente técnica operativa, gerencia de Miomed, directora nacional de calidad y coordinadora técnica del laboratorio.
- Se presenta el indicador en el comité de calidad de la IPS de manera trimestral.
- Se informa al servicio sobre las muestras que están pendiente por tomar.

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



**Fuente del Dato:** Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

**Análisis:** El promedio de tiempo transcurrido entre la entrega del examen en el laboratorio y la generación del resultado en el servicio hospitalario fue de 92 minutos para el mes de diciembre 2023 los resultados de los indicadores fueron los siguientes: Urgencias: 73 minutos, Hospitalización: 176 minutos, UCI: 101 minutos.

Se evidencia desvió al cumplimiento de meta general el cual está establecida en 50 minutos, con una brecha de 42 minutos.

Se realiza el respectivo análisis y revisando las vistas de Índigo, evidenciándose:

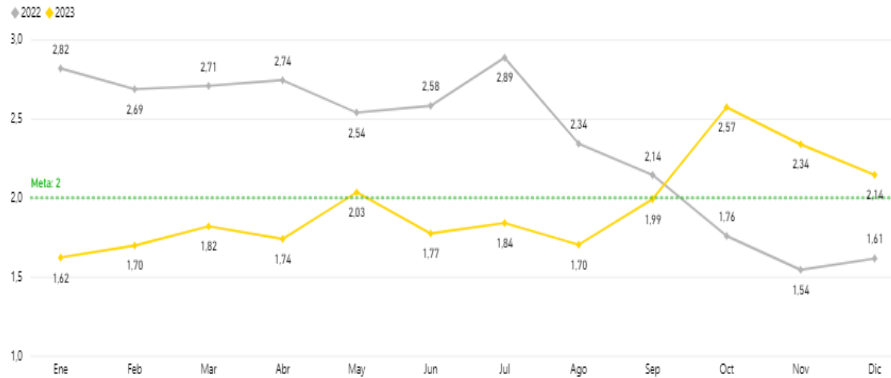
- La remisión de exámenes entre sedes en el horario nocturno y fin de semana afecta el indicador, el cual genera inoportunidad.
- Se presento backorde de vitamina B12, caldo selenito, folate, PTH.
- Proporción de exámenes que se remiten a los laboratorios de referencia, los cuales no se encuentran excluidos en el presente indicador. (cortisol AM cortisol PM renina total, estradiol, aldosterona entre otros)

Como estrategia de mejora se ha realiza lo siguiente:

- Se realiza de manera mensual el informe de oportunidad toma de bacteriólogos del laboratorio el cual se entrega a la Coordinación Técnica y Gerencia del laboratorio.
- Revisión del dashboard de índigo por parte del bacteriólogo.



**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 promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen del laboratorio y la generación del resultado en servicio hospitalario fue de 2,14 (2 hora de 08 minutos) para el mes de diciembre 2023 los resultados de los indicadores fueron los siguientes: Urgencias: 1 hora y 38 minutos, Hospitalización: 3 hora y 13 minutos, UCI: 2 hora y 04 minutos.

Se evidencia incumplimiento de meta general establecida en power bit el cual está establecida en 2 horas, con una brecha de 14 minutos.

Se realiza el respectivo análisis y revisando las vistas de Índigo, evidenciándose lo siguiente:

- No adherencia del diligenciamiento de la fecha y hora sugerida por parte los médicos en especial en la Uci pediátrica quien maneja el mayor tiempo de inoportunidad.
- Muestras que no son tomadas por el personal del laboratorio clínico como en los servicios de UCI y gases arteriales y muestras solicitadas con sonda, el cual está la toma a cargo de los jefes de enfermería en los servicios de hospitalización y urgencias.
- Muestras que son inherentes al usuario como uroanálisis, coprológicos y BK.
- Demora en el cargue de consentimientos informados de VIH y fichas de notificación epidemiológica.
- Cuadros hemáticos post-transfusión que son cargados antes de iniciar la transfusión o sin terminar sin adherencia a la fecha sugerida.
- Se siguen presentando pequeñas diferencias en minutos por registros de fecha retrospectiva en la fecha sugerida el cual va sumando con la cantidad de ordenes medicas generadas. Esto se presentó por que el medico demora en realizar el cierre de la historia clínica ala momento de evolucionar.
- Remisión de exámenes a los laboratorios aliados el cual genera inoportunidad
- Se presento backorde de vitamina B12, caldo selenito, folate, PTH.
- Proporción de exámenes que se remiten a los laboratorios de referencia, los cuales no se encuentran excluidos en el presente indicador. (cortisol AM cortisol PM renina total, estradiol, aldosterona entre otros)

Como estrategia de mejora se ha realiza lo siguiente:

- Se realiza de manera mensual el informe de oportunidad en la toma de muestras de auxiliares del laboratorio el cual se entrega a la Coordinación Técnica y Gerencia del laboratorio.

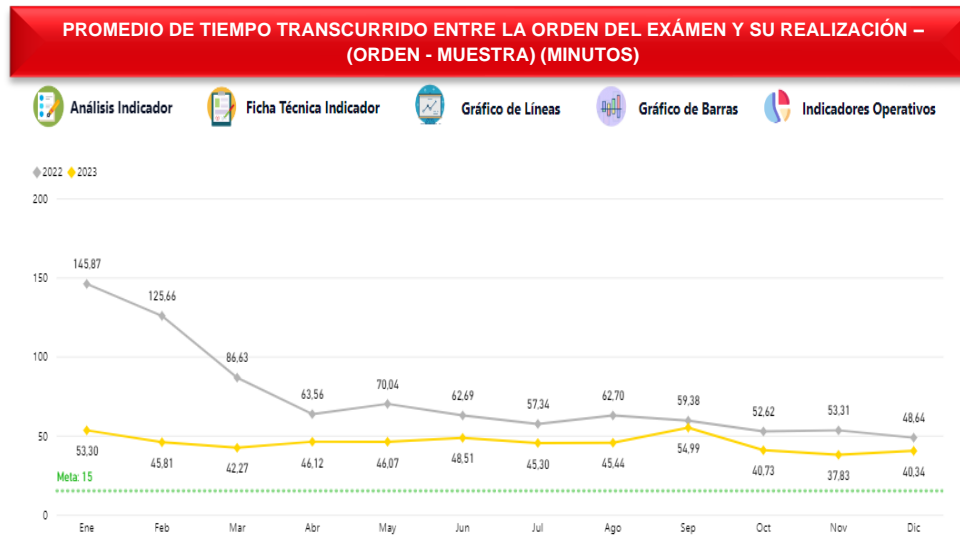
[www.laboratoriosmiomed.com](http://www.laboratoriosmiomed.com)



- Se realiza de manera mensual el informe de oportunidad toma de bacteriólogos del laboratorio el cual se entrega a la Coordinación Técnica y Gerencia del laboratorio.
- Revisión del dashboard de índigo por parte del bacteriólogo.
- Se presenta el indicador en el comité de calidad de la IPS de manera trimestral.
- Se informa al servicio sobre las muestras pendientes por tomar.

### 1.2.7 Medilaser Tunja

Para el año 2023 se atendieron un total de 68.062 usuarios y se procesaron de 282.450 exámenes.



Fuente del dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

### Análisis

Durante el año 2023 el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen de laboratorio y la toma de la muestras-General, Tunja presentó incumplimiento variable en todos los meses del año, observando que los meses con más incumplimiento fueron enero con 53 minutos y septiembre con 54,9 minutos; los demás meses tienen una tendencia positiva, acercándose a la meta establecida de 15 minutos para la toma de muestra.

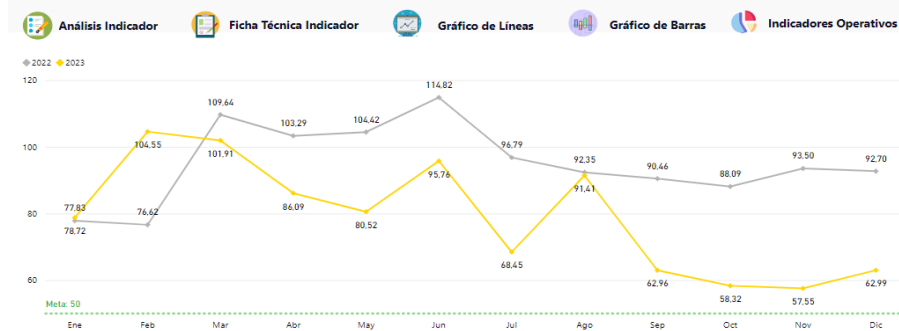
En el mes de diciembre de 2023 presenta un tiempo de 40 minutos con respecto al mes anterior aumentando 3 minutos alejándose al cumplimiento de la meta. En general se observa en baja proporción aumento en la oportunidad en algunos de los servicios, sin embargo se continúan presentando situaciones que conllevan a incumplimiento, al realizar análisis de la vista se concluyó que por servicios se presentan las siguientes situaciones: **URGENCIAS:** Diferencias de fechas sugeridas y cierres de historia clínica, teniendo presente que hasta que el médico no cierre la historia clínica la orden médica no se visualiza en el dashboard de laboratorio afectando negativamente el indicador de toma de muestras. **HOSPITALIZACIÓN:** Demoras en exámenes que se envían a cotizar encontrando un aumento significativo en el tiempo de toma de muestra, Pacientes a los cuales se genera orden médica y son trasladados a los diferentes servicios de la Clínica, Adicionalmente se observa tiempos prolongados en recolección de muestras para uroanálisis, baciloscopia, hemoclasificación de recién nacido y líquidos situaciones externas a

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



laboratorio. UCI: Ordenes que no se generan con fecha y hora sugerida (Uci Neonatal) y Pacientes que son trasladados de hospitalización y no se realiza cambio de orden médica. Lo anterior son factores que conllevan incumplimiento por servicios. Como acción de mejora se plantea realizar una agrupación de los exámenes que dependen exclusivamente de laboratorio clínico y a los cuales se les puede hacer trazabilidad.

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



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

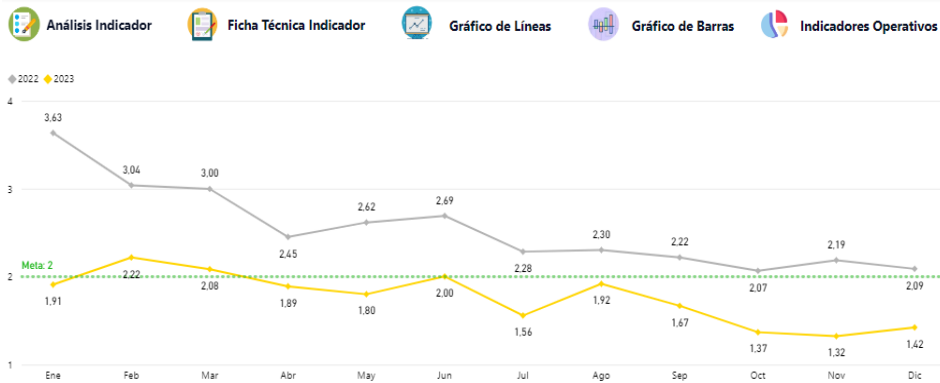
## Análisis

Durante el año 2023 el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la entrega de muestra en el laboratorio y la generación del resultado, el cual, presentó incumplimiento variable en todos los meses del año, observando que los meses con más incumplimiento fueron febrero, marzo, abril, junio y agosto; desde el mes de septiembre a diciembre tienen una tendencia positiva, mejorando significativamente el tiempo de generación de resultados.

En el mes de diciembre de 2023 obtuvo un tiempo promedio de 63 minutos. Dentro de los factores que están generando incumplimiento al indicador por presentarse tiempos prolongados se encuentran los exámenes que se procesan una o dos veces por semana como TSH neonatal, Tripanosoma cruzi, Toxoplasma, transferrina, hierro total, saturación de transferrina, otros como la detección de carbapenemasas y filmarray que conllevan tiempos significativamente largos; de igual forma los exámenes que se remiten obtienen tiempos largos debido al tiempo de traslado de muestras. Se debe buscar alternativas para aumentar la frecuencia de montaje y establecer filtro de los exámenes que se remiten a laboratorio de referencia ya que estos conllevan tiempos superior a la meta establecida. Al realizar filtro de estos exámenes el indicador baja de 63 a 49 minutos mejorando considerablemente. En general se puede ver un indicador con un buen comportamiento con tendencia positiva, el cual es afectado por factores externos al proceso diario de laboratorio clínico.



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



Fuente del Dato: Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

**Análisis:**

Durante el año 2023 el indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen y la generación del resultado, presento incumplimiento en el mes de febrero, los demás meses se ajustan a la meta establecida de 2 horas en la generación de resultados.

El resultado obtenido del indicador Promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen y la generación del resultado, en todos los servicios de clínica Medilaser Tunja en el mes de diciembre de 2023 obtuvo un tiempo promedio de 1,4 horas, 0,1 horas más con respecto al mes anterior, cumpliendo la meta máxima de 2 horas. A pesar de cumplir las metas se observa algunas demoras en algunas tomas de muestras por faltas de registro en fecha y hora sugerida en ordenes de control, muestras cuya recolección depende del paciente y otros profesionales, exámenes que se pasan a cotizar por temas de contrato conllevan tiempos prolongados y adicionalmente se evidencio diferencias entre la fecha sugerida y el cierre de historia clínica. Se socializa esta información con dirección médica con el fin de solicitar apoyo en la corrección de ordenes que presentan fallas, y mejorar la oportunidad de tomas de muestras prolongadas. Adicionalmente se gestiona la desagregación del indicador de validación de resultados en el cual se excluya los exámenes remitidos a laboratorio de referencia los cuales presentan una oportunidad mayor por tiempos de transporte.

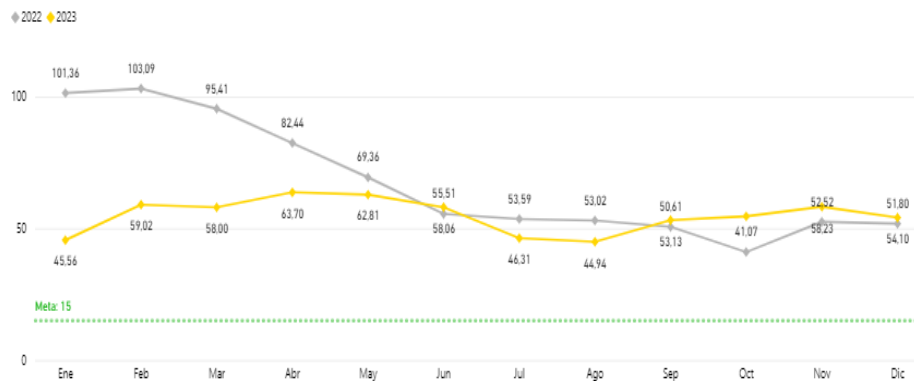
**1.2.8 Medilaser Abner Lozano**

En el mes de diciembre en la sede IPS Clínica Medilaser Neiva Abner Lozano, se atendieron en total 7628 usuarios en el laboratorio clínico, mostrando una tendencia negativa con el mes anterior de 5%. La mayoría de los pacientes se encontraban afiliados a la EAPB Nueva EPS y provenían del servicio de Urgencias.

En el mes diciembre sede IPS Clínica Medilaser Neiva Abner Lozano, se procesaron 21 236 exámenes en el laboratorio clínico, disminuyendo 1201 exámenes con respecto al mes anterior.



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



**Fuente del Dato:** Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

**Análisis:** El promedio de tiempo transcurrido entre la orden del examen y la toma de muestra general fue de 54 minutos para el mes de diciembre 2023 los resultados de los indicadores fueron los siguientes: Urgencias: 42 minutos, Hospitalización: 65 minutos, UCI: 76 minutos.

Se evidencia incumplimiento de la meta establecida en 15 minutos para el indicador general, con una brecha de 39 minutos, igualmente para el servicio de hospitalización, urgencias y Uci.

Se realiza el respectivo análisis y revisando las vistas de Índigo, evidenciándose lo siguiente:

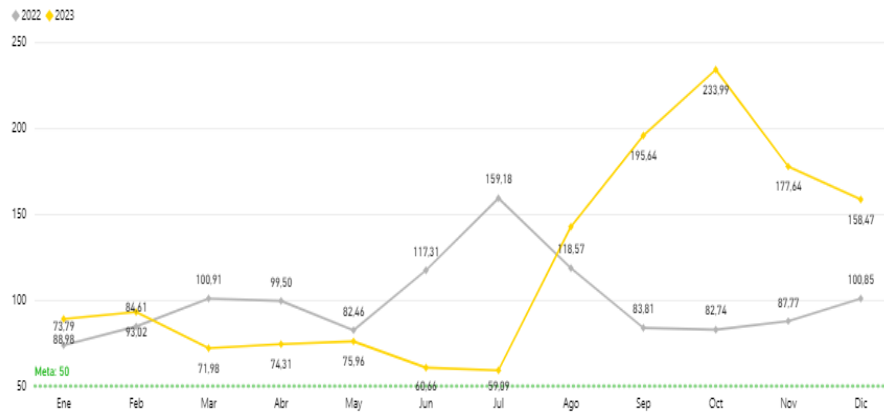
- No adherencia del diligenciamiento de la fecha y hora sugerida por parte los médicos en especial en la uci neonatal quien maneje el mayor tiempo de inoportunidad.
- Muestras que no son tomadas por el personal del laboratorio clínico como en los servicios de UCI y gases arteriales y muestras solicitadas con sonda, el cual está la toma a cargo de los jefes de enfermería en los servicios de hospitalización y urgencias.
- Muestras que son inherentes al usuario como uroanálisis, coprológicos y BK.
- Demora en el cargue de consentimientos informados de VIH y fichas de notificación epidemiológica.
- Cuadros hemáticos post-transfusión que son cargados antes de iniciar la transfusión o sin terminar sin adherencia a la fecha sugerida.
- Se siguen presentando pequeñas diferencias en minutos por registros de fecha retrospectiva en la fecha sugerida el cual va sumando con la cantidad de ordenes medicas generadas. Esto se presentó por que el medico demora en realizar el cierre de la historia clínica ala momento de evolucionar.
- Proceso de toma de tamizaje Neonatal, hemocultivos.
- Cariotipo, procalcitonina (autorización)

Como estrategia de mejora se ha realiza lo siguiente:

- Se realiza de manera mensual el informe de oportunidad en la toma de muestras de auxiliares del laboratorio el cual se entrega a la Coordinación Técnica y Gerencia del laboratorio.
- Se informa al servicio de las muestras que están pendientes por tomar.



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



**Fuente del Dato:** Tablero Clínica Medilaser – Power Vie

**Análisis:** El promedio de tiempo transcurrido entre la entrega del examen en el laboratorio y la generación del resultado general fue de 158 minutos para el mes de diciembre 2023 los resultados de los indicadores fueron los siguientes: Urgencias: 169 Minutos, Hospitalización: 133 minutos, UCI: 160 minutos.

Se evidencia que el tiempo de oportunidad está por encima de la meta establecida general de 50 minutos, con una brecha de 108 minutos, igualmente para el servicio de hospitalización, urgencias, Uci.

Se realiza el respectivo análisis y revisando las vistas de Índigo, evidenciándose lo siguiente:

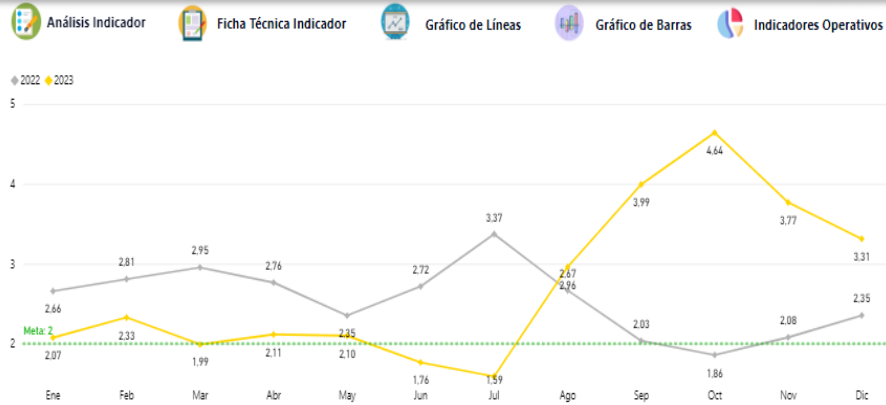
- Remisión de exámenes en el horario nocturno entre sedes, el cual genera inoportunidad.
- Novedades en el talento humano del laboratorio clínico.
- Proceso de toma de tamizaje Neonatal el cual nos genera el mayor tiempo de inoportunidad el cual se parametrizo en el mes de agosto, anteriormente no se estaba midiendo, la alteración es por los tiempos de procesamiento que amerita el procesamiento el cual ya se ajustó.
- Proporción de exámenes que se remiten a los laboratorios de referencia, los cuales no se encuentran excluidos en el presente indicador.

Como estrategia de mejora se ha realiza lo siguiente:

- Se realiza de manera mensual el informe de oportunidad toma de bacteriólogos del laboratorio el cual se entrega a la Coordinación Técnica y Gerencia del laboratorio.
- La priorización de las muestras teniendo en cuenta lo siguiente: UCI: Línea Negra, Urgencias: Resaltador.
- Revisión del dashboard de índigo por parte del bacteriólogo.
- Se realiza revisión de los tiempos de tamizaje neonatal, donde se analiza y se observa la causa de la inoportunidad presentada.



**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 promedio de tiempo transcurrido entre la prescripción del examen del laboratorio y la generación del resultado fue de 3,31 (3 horas y 18 minutos) para el mes de diciembre 2023 los resultados de los indicadores fueron los siguientes: Urgencias: 3 horas y 29 minutos, Hospitalización: 2 horas y 52 minutos, UCI: 3 horas y 24 minuto.

Se evidencia que el tiempo de oportunidad está por encima de la meta establecida general en power bit de 2 hora, con una brecha de 1 horas 18 minutos.

Se realiza el respectivo análisis y revisando las vistas de Índigo, evidenciándose lo siguiente:

- No adherencia del diligenciamiento de la fecha y hora sugerida por parte los médicos.
- Muestras que no son tomadas por el personal del laboratorio clínico como en los servicios de UCI y gases arteriales y muestras solicitadas con sonda, el cual está la toma a cargo de los jefes de enfermería en los servicios de hospitalización y urgencias.
- Muestras que son inherentes al usuario como uroanálisis, coprológicos y BK.
- Demora en el cargue de consentimientos informados de VIH y fichas de notificación epidemiológica.
- Cuadros hemáticos post-transfusión que son cargados antes de iniciar la transfusión o sin terminar sin adherencia a la fecha sugerida.
- Se siguen presentando pequeñas diferencias en minutos por registros de fecha retrospectiva en la fecha sugerida el cual va sumando con la cantidad de ordenes medicas generadas. Esto se presentó por que el medico demora en realizar el cierre de la historia clínica ala momento de evolucionar.
- Remisión de exámenes a los laboratorios aliados el cual genera inoportunidad.
- Proceso de toma de tamizaje Neonatal el cual nos genera el mayor tiempo de inoportunidad el cual se parametrizo en el mes de agosto, anteriormente no se estaba midiendo, la alteración es por los tiempos de procesamiento que amerita el procesamiento, el cual se ajustó.
- Proporción de exámenes que se remiten a los laboratorios de referencia, los cuales no se encuentran excluidos en el presente indicador.

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





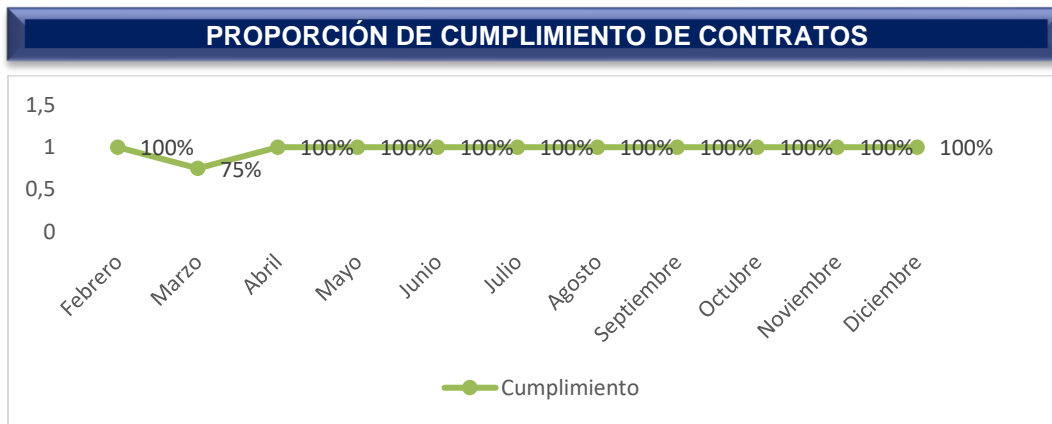
Como estrategia de mejora se ha realiza lo siguiente:

- Se realiza de manera mensual el informe de oportunidad en la toma de muestras de auxiliares del laboratorio el cual se entrega a la Coordinación Técnica y Gerencia del laboratorio.
- Se realiza de manera mensual el informe de oportunidad toma de bacteriólogos del laboratorio el cual se entrega a la Coordinación Técnica y Gerencia del laboratorio.
- La priorización de las muestras teniendo en cuenta lo siguiente: UCI: Línea Negra, Urgencias: Resaltador.
- Revisión del dashboard de índigo por parte del bacteriólogo.
- Se realiza revisión de los tiempos de tamizaje neonatal, donde se analiza y se observa la causa de la inoportunidad presentada.



## 2 GESTIÓN JURÍDICA

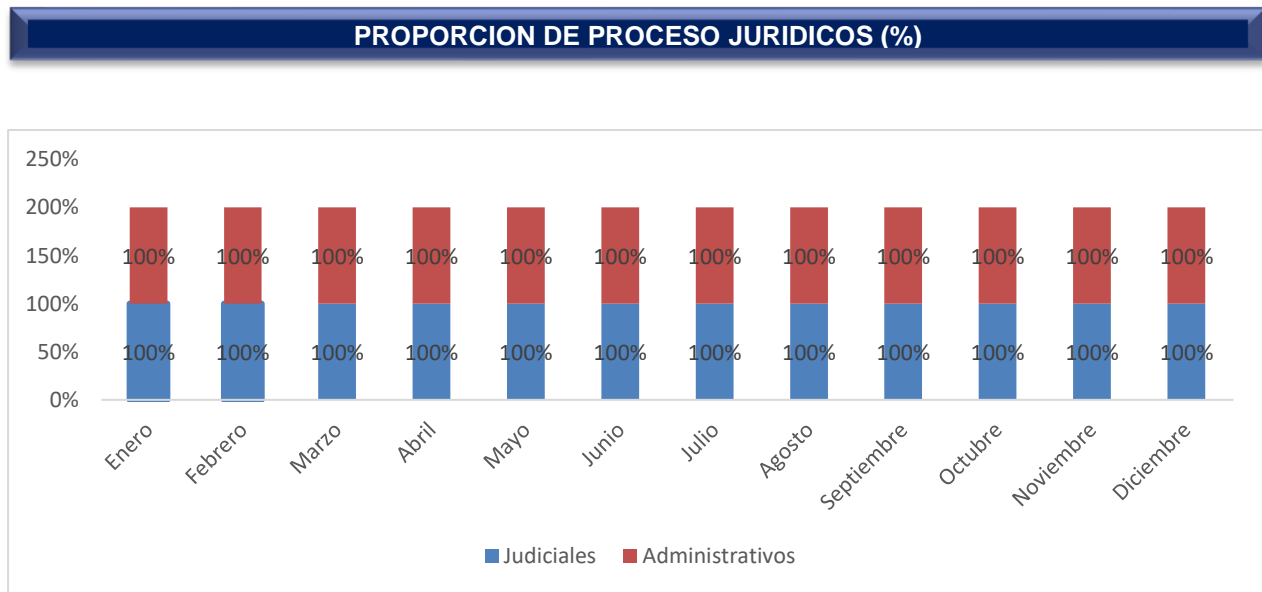
### 2.1 Cumplimiento de contratos



Fuente del Dato: Megasoft

**Análisis:** La Compañía cuenta con un aplicativo denominado “Neón”, el cual dicha herramienta ha contribuido en organizar la contratación de la Empresa, de manera que en el periodo comprendido en diciembre de 2023 los usuarios gestionaron 2 necesidades contractuales, y el área jurídica se encargó de llevar con éxito toda realización de contratos y otros íes en un 100%.

### 2.2 Proporción De Procesos Jurídicos



Fuente del Dato: Procesos jurídicos

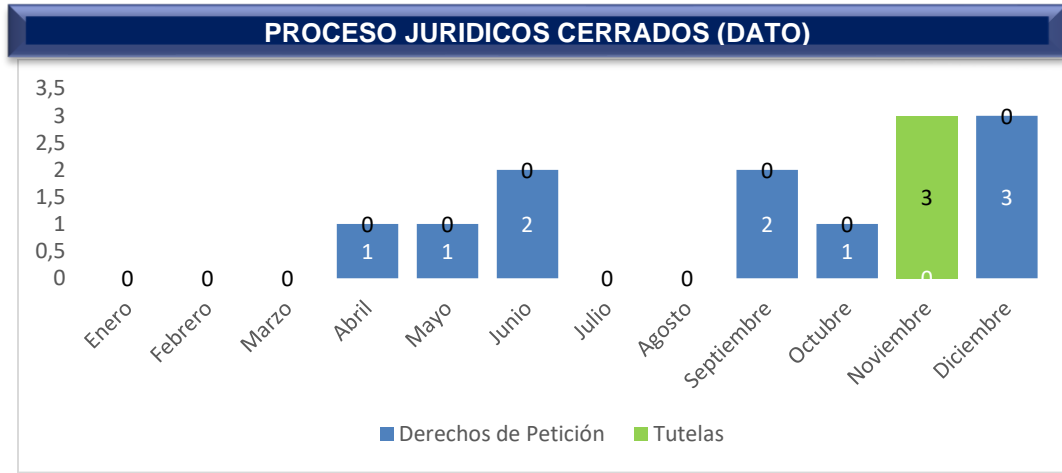
**Análisis:** Una vez revisada la página de la rama judicial se encuentra un proceso en la jurisdicción laboral iniciado por la señora Andrea Alexandra Rodríguez Castañeda en contra de Miomed S.A.S, sin embargo, se ha verificado que la misma fue rechazada por el Despacho Judicial. Por

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



otro lado, tampoco se ha adelantado procesos jurídicos que conlleven a la recuperación de cartera.

### 2.3 Proceso Jurídicos Cerrados



Fuente del Dato: Procesos jurídicos

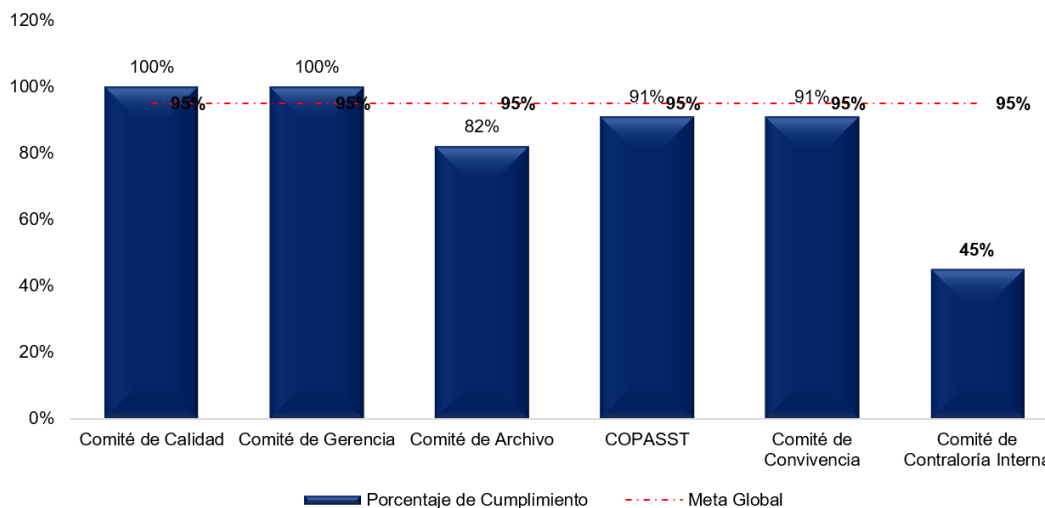
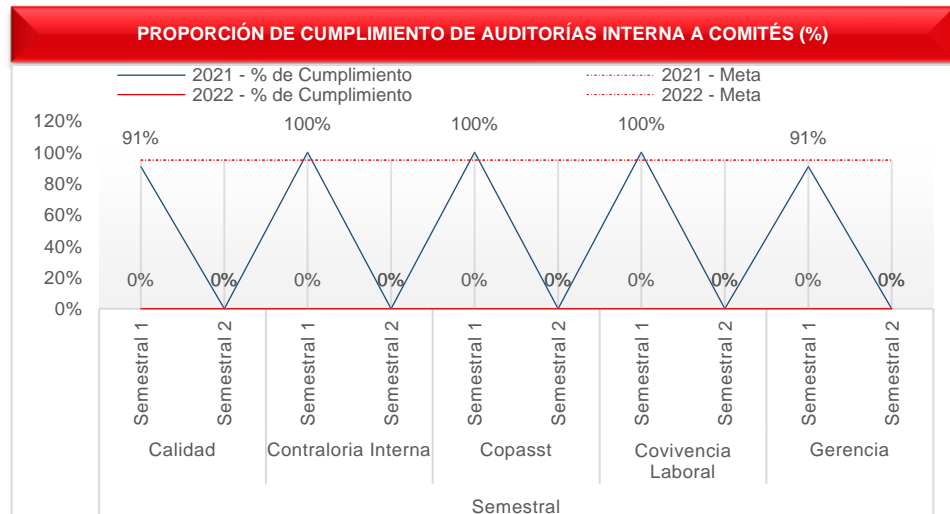
**Análisis:** En relación con derechos de petición y acciones de tutelas en contra de la Compañía, se advierte que, en el periodo comprendido en diciembre de 2023, se recibieron 3 derechos de petición, los cuales fueron contestados oportunamente. En relación con acciones de tutela no se recibieron con lo que se puede colegir el cumplimiento del 100% del indicador.



### 3 GESTIÓN DE CALIDAD

#### 3.1 Informes de comités

##### 3.1.1 Nacional



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

**Análisis:** El día 28 de agosto de 2023 se realizó auditoría a comités nacional obteniendo un porcentaje de cumplimiento:

- **Comité de Calidad:** 100%
- **Comité de Contraloría Interna:** 45%

Hallazgos:

- No se evidencia desarrollo del cronograma
- No se encuentran las actas completas de reunión del comité.
- No se evidencian compromisos establecidos en las actas derivados de los comités, debido a que no se cuenta con soportes.
- No se evidencia seguimiento a los compromisos, así como porcentaje general de cumplimiento y específico por cada compromiso, debido a que no se cuenta con soportes.

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

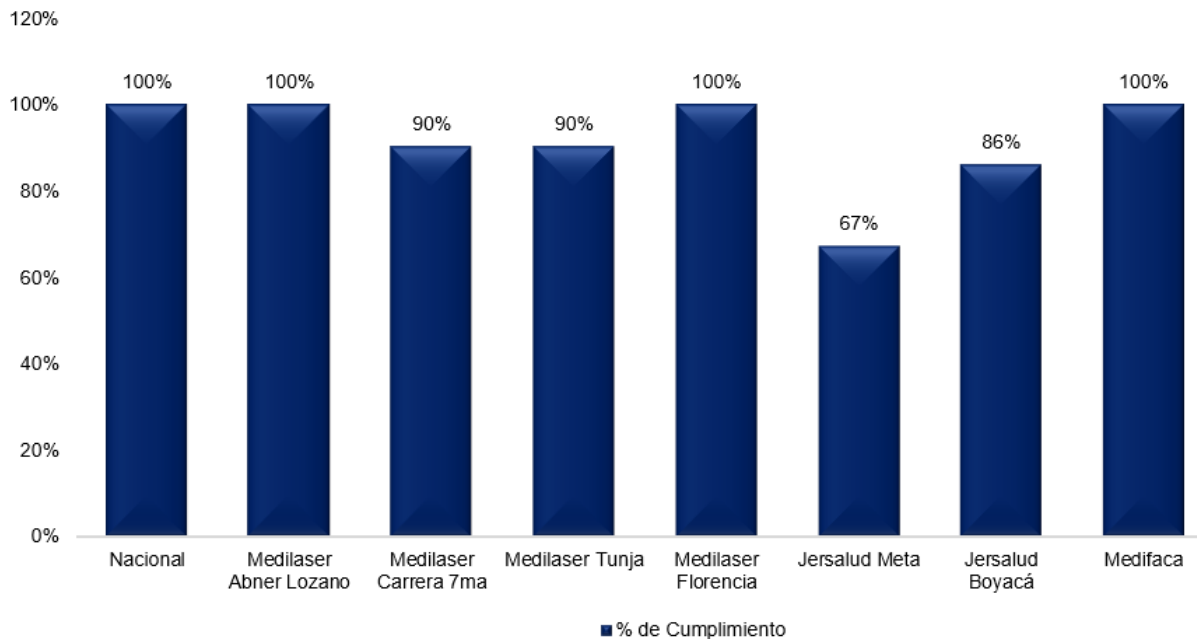


- No se cuenta con soportes de los compromisos generados y se describe ruta de almacenamiento (ruta magnética o física)
  - No se realiza cierre del plan de trabajo del 2023.
- **Comité de COPASST: 95%**  
Hallazgos:
    - No se evidencia seguimiento total al cumplimiento del plan de trabajo, las actividades estipuladas no se tratan en el comité.
  - **Comité de Convivencia Laboral: 95%**  
Hallazgos:
    - No se evidencia seguimiento total al cumplimiento del plan de trabajo, las actividades estipuladas no se tratan en el comité.
  - **Comité de Gerencia: 100%**
  - **Comité de Archivo: 82%**  
Hallazgos:
    - No se evidencia seguimiento total al cumplimiento del plan de trabajo, las actividades estipuladas no se tratan en el comité.
    - No se evidencia los soportes de los compromisos de cada comité.

## VERIFICACIÓN DE REPORTES NACIONALES

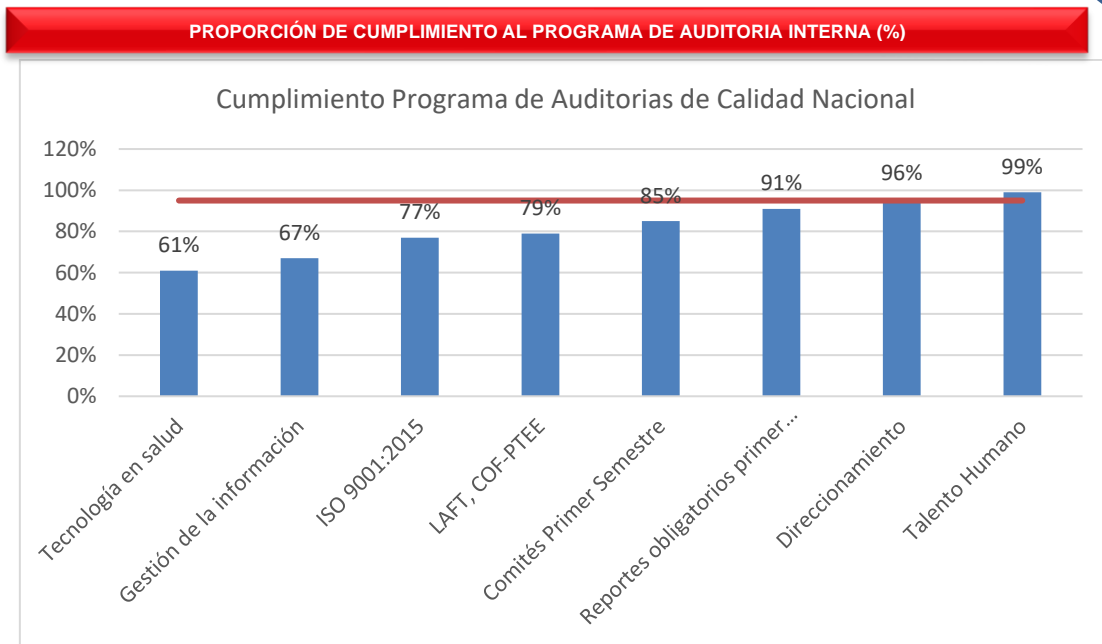
Se realiza la verificación en plataforma SharePoint – Calidad – Reportes.

Se realiza verificación de los soportes del primer semestre de 2023, teniendo un porcentaje de cumplimiento:



### 3.2 Gestión de Control Interno

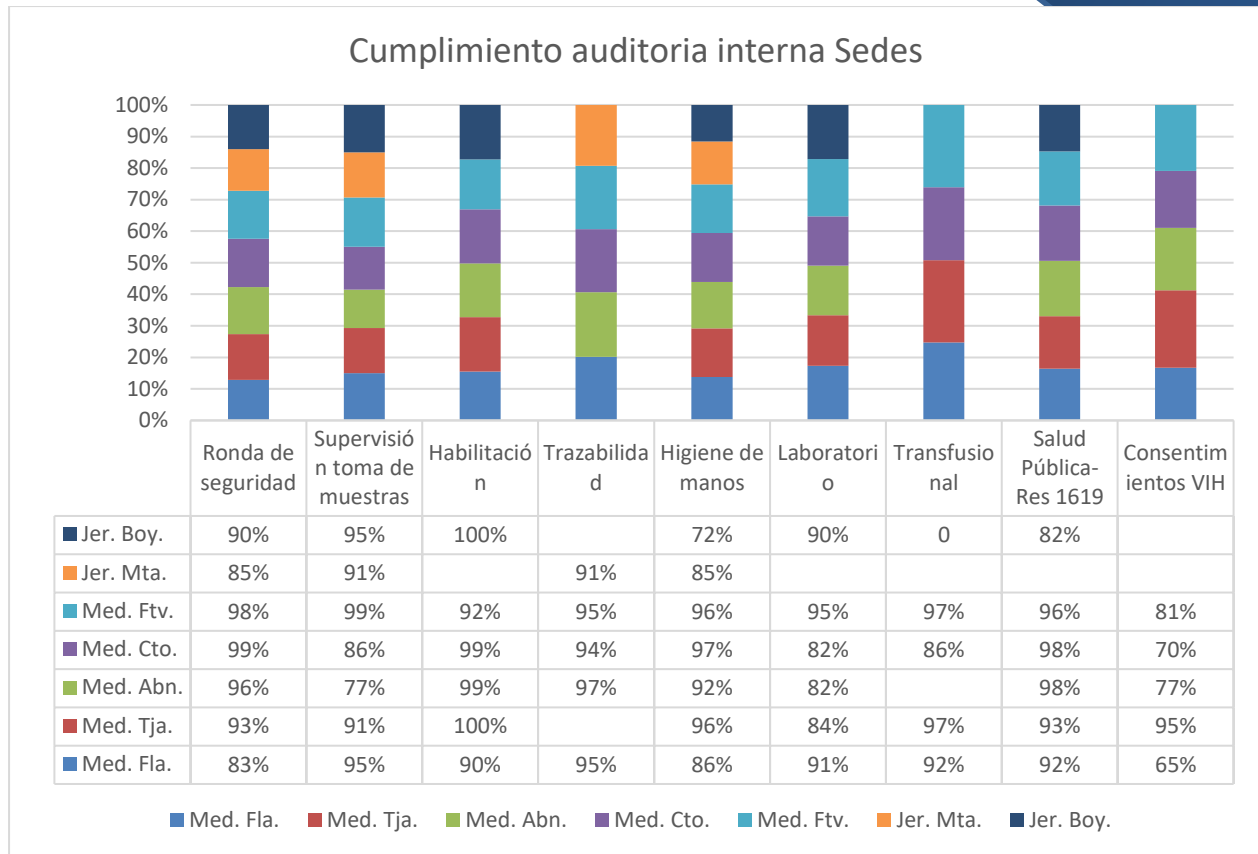
#### 3.2.1 Auditoría Interna a Procesos (Nacional)



Fuente: Programa de auditorías internas 2023

**CALIDAD NACIONAL:** Se presenta un cumplimiento del 92% en el programa de auditoría interna de calidad nacional, no se desarrolló la auditoría de gestión de calidad, puesto que se elimina del programa ya que se verifica a través de ISO 9001:2015. Las auditorías que se encuentran por debajo de la meta del 95% corresponden a Tecnología en salud, Gestión de la información, ISO 9001:2015, LAFT-COF-PTEE, Comités y Reportes Obligatorios; Las auditorías que superan el 95% corresponden a Direccionamiento Estratégico y Talento Humano.





## SEDES:

**MEDILASER FLORENCIA:** El programa de auditoría de 2023 cierra en un cumplimiento del 77%.

Las auditorías que se encuentran fuera de la meta del 95% cumplimiento corresponden a rondas de seguridad del paciente con el 83%, habilitación 90%, higiene de manos 86%, laboratorio clínico 91%, servicio transfusional 92%, Salud Pública resolución 1619 de 2015 92%, consentimientos informados VIH 65%. Las auditorías que cumplen corresponden a la supervisión de toma de muestras 95% y la trazabilidad de muestras 95%.

No se desarrollaron las siguientes auditorías e inspecciones:

- Verificación de laboratorio clínico intrahospitalaria.
- Autoevaluación resolución 1619 de 2015.
- Trazabilidad.
- ISO 15189:2022.

## **MEDILASER TUNJA:**

El programa de auditoría de 2023 cierra en un cumplimiento del 93%.

Las auditorías que se encuentran fuera de la meta del 95% cumplimiento corresponden a rondas de seguridad del paciente con el 93%, supervisión de toma de muestras 91%, Laboratorio 84%, Salud pública Resolución 1619 de 2015 93%. Las auditorías que cumplen corresponden a higiene de manos con un 96%, habilitación 100%, Transfusional 97%, Consentimientos VIH 95%.

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







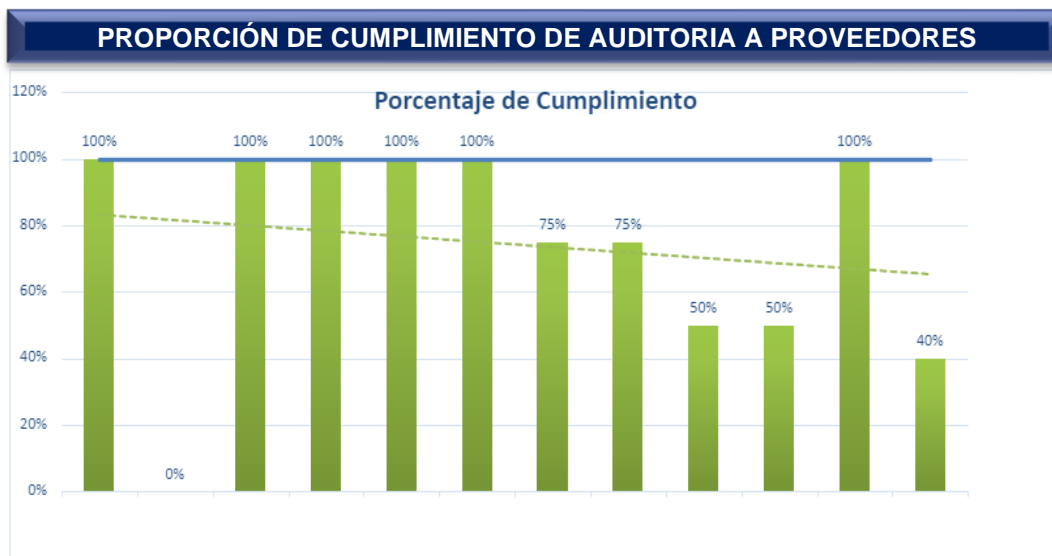
Las auditorías que se encuentran fuera de la meta del 95% cumplimiento corresponden a supervisión de toma de muestras y trazabilidad con un cumplimiento del 91%.

No se ejecutaron las auditorías correspondientes a:

- Consentimientos informados VIH
- Envío de muestras.
- Trazabilidad
- Laboratorio.
- Habilitación.
- Rondas de Seguridad del paciente.
- Salud Pública.

**JERSALUD CASANARE:** No se desarrollaron auditoría durante el tiempo de habilitación de la toma de muestras.

### 3.2.2 Auditoría a Proveedores (Nacional)



Fuente del dato: Programa de auditorías a proveedores 2023

**Análisis:** Se da cumplimiento del 76% del programa de evaluación de proveedores para el año 2023 con 17 proveedores verificados de 28 proveedores, se han realizado las siguientes auditorías a proveedores:

Proveedores	Cumplimiento
DESCONT	74%
MICROCOLSA	80%
DOTACIONES FENIX	82%
CALZADO GIORGIO	82%
MARTHA C	82%
PHENIX SALUD OCUPACIONAL	83%
ZONA MÉDICA	83%
SULFAMEDIC	87%



SERVIEXPRESS	92%
COLCAN	94%
LABORATORIO ADL	94%
LORENA VEJARANO	94%
FARMAQUIRURGICOS S.A.S.	98%
ALIQUALITY	100%
SMART BUSSINES	100%
IMAN SEGURIDAD	100%
INCINERADOS DEL HUILA S.A. E.S.P	100%

Las siguientes auditorías a proveedores no fueron ejecutadas:

Proveedores	Cumplimiento
MEDIA COMERCE	No continua
SERPRIM	No continua
SIMENS	No ejecutada
ANNARLAB	No ejecutada
ENTERPRISE	No ejecutada
ÍNDIGO	No ejecutada
ALDIR FARMACEUTICA	No ejecutada
LABOTEK COLOMBIA SAS	No ejecutada
MEDICALDEVICES	No ejecutada
ORBIOFFICE LTADA	No ejecutada
BIOMEREUX	No ejecutada

### 3.3 Auditorías Externas Recibidas

SUCURSAL	ENTES QUE REALIZA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	TEMAS TRATADOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	HALLAZGOS RELEVANTES
<b>MEDIFACA - MIOMED</b>					
Facatativá	IPS Medifaca	27/01/2023	Equipos Biomédicos	100%	Ninguno
Facatativá	IPS Medifaca	2 de junio 2023	Autoevaluación de Habilitación (Transfusional)	97%	1. Se comparte el talento humano para el servicio de laboratorio clínico y este servicio (bacterióloga).
Facatativá	IPS Medifaca	2 de junio 2023	Autoevaluación de Habilitación (Laboratorio)	84%	1. Estándar de talento humano donde se comparte el talento humano entre dos servicios, no se soporta en hojas de vida de bacteriólogas acciones de formación sobre de los programas para diagnóstico y control de enfermedades transmitidas por vectores, para estándar de dotación no se cuenta con soporte de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y para estándar de procesos prioritarios no se cuenta con un segundo validador para los resultados.



Facatativá	Secretaria de Salud	25 de agosto 2023	Muestras enviadas para la Evaluación Externa Indirecta del Desempeño de Infecciones de Transmisión Sexual- PEEID	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>0% de concordancia en una lámina enviada.</li> <li>Reporte de reacción leucocitaria en siglas.</li> <li>Bajo puntaje en calidad de la muestra.</li> </ul>
Facatativá	Secretaria de Salud	31 de agosto 2023	Documentación referente al diagnóstico microscópico de hemoparásitos: Malaria, Chagas agudo, Leishmaniasis	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta implementación de validación/verificación de pruebas para el diagnóstico microscópico de hemoparásitos: Malaria, Chagas agudo, Leishmaniasis.</li> <li>Actualización de documentos con notas sugeridas en el informe.</li> </ul>
Facatativá	Secretaria de Salud	13/10/2023	Procesos, lineamientos, protocolos de eventos y procedimientos del programa de Dengue	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Discordancia en el Programa de Evaluación Externa Indirecta del Desempeño Dengue IgM.</li> <li>- La prueba de Dengue IgM no se encuentra con verificación secundaria.</li> <li>- Se requiere elaborar guía de verificación e informe de verificación.</li> <li>- Fallas en la gestión documental de acuerdo con los procesos en sitio.</li> <li>- Envío de muestras de NS1 para la vigilancia de los positivos y envió de dengues graves y con signos de alarma del 100%, en busca de los serotipos.</li> <li>- Se requiere contar con otros ensayos de aptitud.</li> </ul>
<b>MEDILASER - MIOMED</b>					
Florencia	clínica Medilaser	18/04/2023	Gestión Ambiental	77%	Los recipientes para segregación de residuos no se encuentran en buen estado, se observan prácticas de inadecuada segregación de residuos en las canecas del laboratorio, encontrándose residuos reciclables en caneca roja de residuos de reactivos, y a que no hay registros completos y claros de limpieza y desinfección de equipos biomédicos.
Florencia	Hospital María Inmaculada	8/06/2023	Servicio transfusional	90%	Faltan soportes de capacitación del manual transfusional. Ausencia de tarjetas de hemoclasificación. Alarma audible a los límites de temperatura. Falta análisis de control de calidad y pruebas cruzadas. Registros pendientes en historia clínica.
Florencia.	Ministerio de Trabajo Seccional Florencia.	1/11/2023	Estándares mínimos del SG-SST Resolución 0312 del 2019.	90%	*Estándar 1.1.4 Afiliación al Sistema de Seguridad Social. *Estándar 3.1.4 Evaluaciones medicas ocupacionales, peligros, periodicidad y comunicación en el trabajador.
Abner Lozano	Consultorías integrales en calidad	24 y 25 de enero del 2023	Auditoria de diagnóstico norma ISO 15189: 2012	Requisitos de gestión: 53% Requisitos técnicos: 46%	Se encuentra por debajo del 90% los criterios de organización y responsabilidad de la dirección, sistema de gestión de calidad, contratos de servicios, Análisis realizados por laboratorios de derivación, Servicios externos y suministros, Servicios de asesoramiento, resolución de reclamos, identificación y control de



					no conformidades, Acción correctiva , Acción preventiva, Control de los registros, Evaluaciones y auditorías , revisión por la dirección enfocado en ISO 15189:2015.
Abner Lozano	Clínica Medilaser	3-10-2023	Control de Calidad Interno y Externo de laboratorio clínico	75%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones encontradas en hematología y química.</li> <li>- Faltantes de registros de calibraciones de química.</li> <li>- Control de calidad interno de equipo vidas.</li> <li>- Registro de acciones frente a desviaciones encontradas en los controles de calidad.</li> </ul>
Carrera Séptima	Clínica Medilaser	3-10-2023	Control de Calidad Interno y Externo de laboratorio clínico	74%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desviaciones encontradas en hematología y química.</li> <li>- Faltantes de registros de calibraciones de química.</li> <li>- Control de calidad interno de equipo vidas.</li> <li>- Registro de acciones frente a desviaciones encontradas en los controles de calidad.</li> </ul>
Tunja	clínica Medilaser	23 a 27 de enero de 2023	Grupo Primario de Laboratorio Clínico	64%	Se encontraron brechas en la elaboración de actas, no se registran observaciones de cierre de ciclo en actas, gráficos sin fuente de obtención de información. También se evidencian planes de mejoramiento y compromisos sin soportes de ejecución. Se considera necesario realizar acompañamiento en reuniones con profesional de calidad(E).
Tunja	clínica Medilaser	26-may-23	Subproceso de laboratorio clínico	Toma de muestras: 88,5% Servicio transfusional: 98,5%	<p>Toma de muestras: higiene de manos en los momentos como en técnica. No se evidencia que se informe al usuario el examen que se va a tomar solamente se indica. No se evidencia que se expliquen los derechos y deberes de los usuarios La nevera de transporte cuenta con temperatura en 24°C. Al desechar los insumos se evidencia que retira el agua del vacutainer con la mano generando un riesgo para el trabajador. No se brinda información clara sobre el tiempo de espera en que se puede consultar el reporte de los resultados. Servicio transfusional Se cuenta con nevera supernodico sin calibración.</p>
Tunja	Secretaria de Salud	20/09/2023	Asistencia Técnica - Tuberculosis y Enfermedad de Hansen	88%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se evidencia soportes de socialización de los procesos, procedimientos y documentación relacionada con el programa de Micobacterias</li> <li>2. En algunas ocasiones en la institución se hace uso de frascos recolectores de orina para la recolección de muestras de esputo.</li> <li>3. El protocolo para referenciar</li> </ol>



					<p>muestras no es acorde a los lineamientos establecidos en cuanto a los tiempos de oportunidad para cultivo líquido y prueba molecular</p> <p>4. No se cuenta con registro de resultados de prueba molecular de ningún paciente en el libro de Tuberculosis del Laboratorio Clínico</p> <p>5. A la fecha se va cumpliendo parcialmente la meta de sintomáticos respiratorios. Se lleva un porcentaje de cumplimiento de 52% Meta:456 Sintomáticos respiratorios captados a la fecha: 237</p> <p>6. A la fecha no se han realizado cultivos líquidos de acuerdo a la meta establecida Cultivos realizados: 74</p> <p>7. A la fecha se evidencia una proporción de muestras deficientes (saliva) entre las baciloscopias de diagnóstico es de 0,059%</p> <p>8. No se evidencia la remisión de muestras para llevar a cabo PCR para Mycobacterium tuberculosis y pruebas de sensibilidad a fármacos.</p> <p>9. Se evidencia que el paciente HECTOR JULIO ROBERTO REYES el cual tuvo baciloscopia positiva no cuenta con prueba molecular y pruebas de sensibilidad.</p> <p>10. No se cumple algoritmo diagnóstico establecido para pacientes con VIH ya que la mayoría no cuenta con cultivo líquido y pruebas moleculares.</p> <p>11. Se evidencia que se está realizando control de calidad para coloración de ziehl neelsen con vacuna BCG. Revisar lineamientos establecidos en la Guía para la vigilancia por laboratorio de Tuberculosis 2022.</p>
<b>JERSALUD - MIOMED</b>					
Jersalud Villavicencio	Secretaria salud Meta	27/03/2023	Asistencia técnica Tuberculosis y lepra	90%	<p>Transporte muestras en recipiente hermético.</p> <p>No utilizan el hipoclorito de sodio al 1% en los procedimientos de descarte bajalenguas.</p> <p>El manual de tuberculosis en control de calidad interno no está adaptado con el desinfectante utilizado y la concentración, documentar la inactivación de los bajalenguas y la limpieza y desinfección del área.</p>
Jersalud Boyacá - Chiquinquirá	Secretaria de Salud	26/07/2023	Habilitación	No cumple	Cierre de toma de muestras por laboratorio clínico.



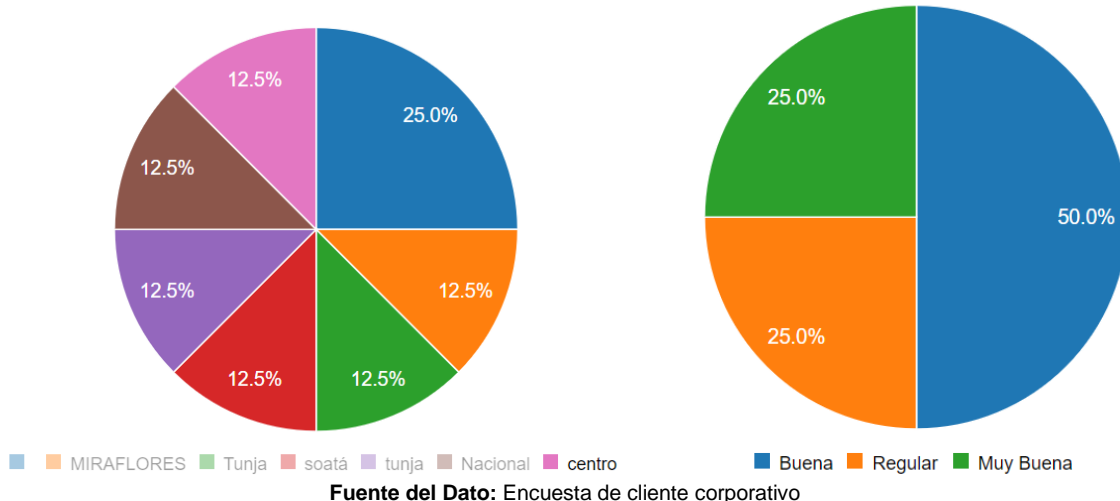
Jersalud Casanare	Secretaria de Salud de Casanare	31 de agosto al 4 de septiembre 2023	Estándares de Habilitación Resolución 3100 del 2019	No cumple	Falta actualizar capacidad instalada Contrato de personal de toma de muestras no cubre desde inicio de prestación de servicio No se cuenta con licencia de construcción para uso de salud No cuenta con soportes de programa de Tecno y Reactivo vigilancia. Actualizar documento de prevención de venopunción. No hay adherencia de personal de toma de muestras para POCT y falta capacitación en documentos. No hay registro de toma de muestras ni tampoco de exámenes remitidos (no se había iniciado el proceso). Contrato con Miomed a partir del 1 sept y no del 15 de agosto
Jersalud Casanare	Medisalud		Aspectos generales de todos los procesos	100%	
Jersalud Casanare	Secretaria de salud		Seguimiento a Resolución 1904 del 2017 Derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad	100%	
Jersalud Casanare - Aguazul	Secretaria de salud municipal	3/11/2023	Inspección, vigilancia y control sanitario de establecimientos generadores de residuos	Interna: 67% Externa: 88.55	Concepto favorable con requerimientos
Jersalud Casanare - Paz de Ariporo	Secretaria de salud municipal	8/11/2023	Inspección, vigilancia y control sanitario de establecimientos generadores de residuos	Interna: 89% Externa: 93,5%	Concepto favorable
Jersalud Casanare - Aguazul	Secretaria de salud municipal	16/11/2023	Inspección, vigilancia y control sanitario de establecimientos generadores de residuos	Interna: 91,5% Externa: 91%	Concepto favorable
Jersalud Casanare - Yopal	Medisalud UT	9/11/2023	Verificación del proceso de Farmacia	97%	No se obtuvo cumplimiento total por el indicador de entrega oportuna de medicamentos.
Jersalud Casanare - Paz de Ariporo.	Medisalud UT	14/11/2023	Verificación de todos los procesos de la IPS	89%	Quedó como compromiso realizar plan de mejoramiento de los hallazgos.
Jersalud Casanare - Yopal	DYG Consultores	16/11/2023 - 17/11/2023	Apertura de visita de auditoria integral bajo el modelo de atención del magisterio.	N/A	
<b>MIOMED IPS</b>					
Neiva	Secretaria de Salud		Habilitación sede IPS	100%	

Fuente del dato: Informes de auditorías externas



### 3.4 Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos

**GRÁFICA 81 PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES CORPORATIVOS (%)**



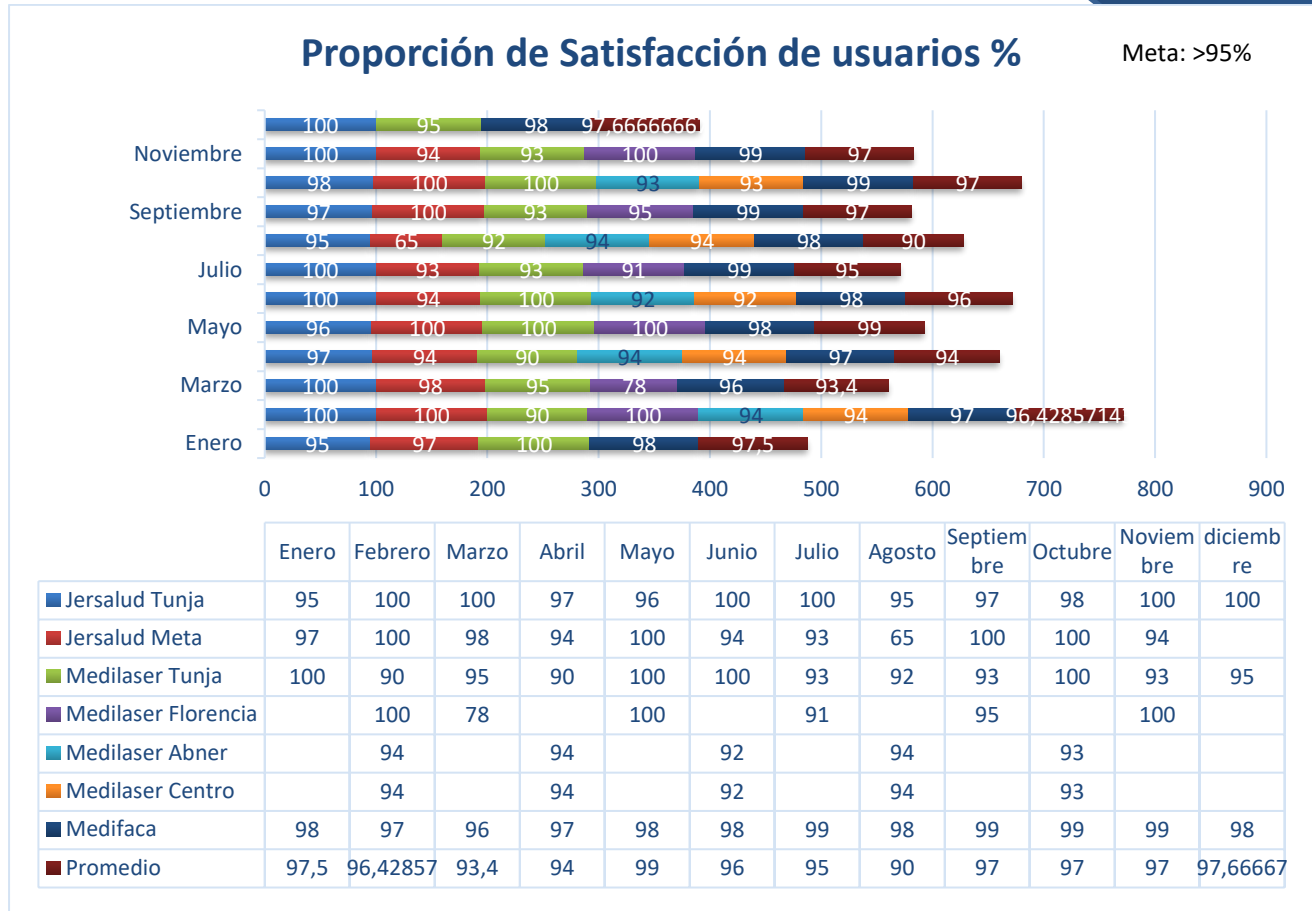
Fuente del Dato: Encuesta de cliente corporativo

**Análisis:** La encuesta de cliente corporativos se realiza entre noviembre y diciembre de 2023 se aplica a nivel nacional a las IPS y coordinaciones de diferentes servicios, la población total con corte a noviembre es de 8 encuestados, respondieron a la pregunta ¿Que tan satisfecho se encuentra con los servicios suministrados por Miomed S.A.S.? 8 encuestados, arrojando un resultado del 75%.

Cómo oportunidad de Mejora que se presenta en la encuesta se encuentra: la capacitación a los auxiliares en toma de muestra.



### 3.5 Satisfacción de usuarios



Fuente: Encuestas de satisfacción IPS

#### Jersalud Boyacá:

Durante el año 2023 se obtuvo un promedio de 98% de satisfacción por parte de los usuarios, cumpliendo la meta establecida.

Durante diciembre de 2023 se encuestaron 28 usuarios los cuales el 96% contestó haber recibido una Buena y Muy buena Atención.

**Jersalud Meta:** En el mes de diciembre de 2023 se encuestaron 64 usuarios de los cuales calificaron 38 Muy Buena, 26 Buena, con un porcentaje de 100%.

**Jersalud Casanare:** No se realizó para toma de muestras.

**Medilaser Tunja:** Durante el año 2023 se obtuvo un promedio de 95% de satisfacción por parte de los usuarios, cumpliendo la meta establecida.

Durante Diciembre 2023 se encuestaron 13 usuarios, de los cuales el 95% mencionan estar satisfechos con la atención prestada.

**Medilaser Abner Lozano:** En el mes de diciembre se realizó la encuesta de satisfacción al usuario, esta se realiza de manera bimensual por parte del área de SIAU de la IPS, con un cumplimiento de 91%

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



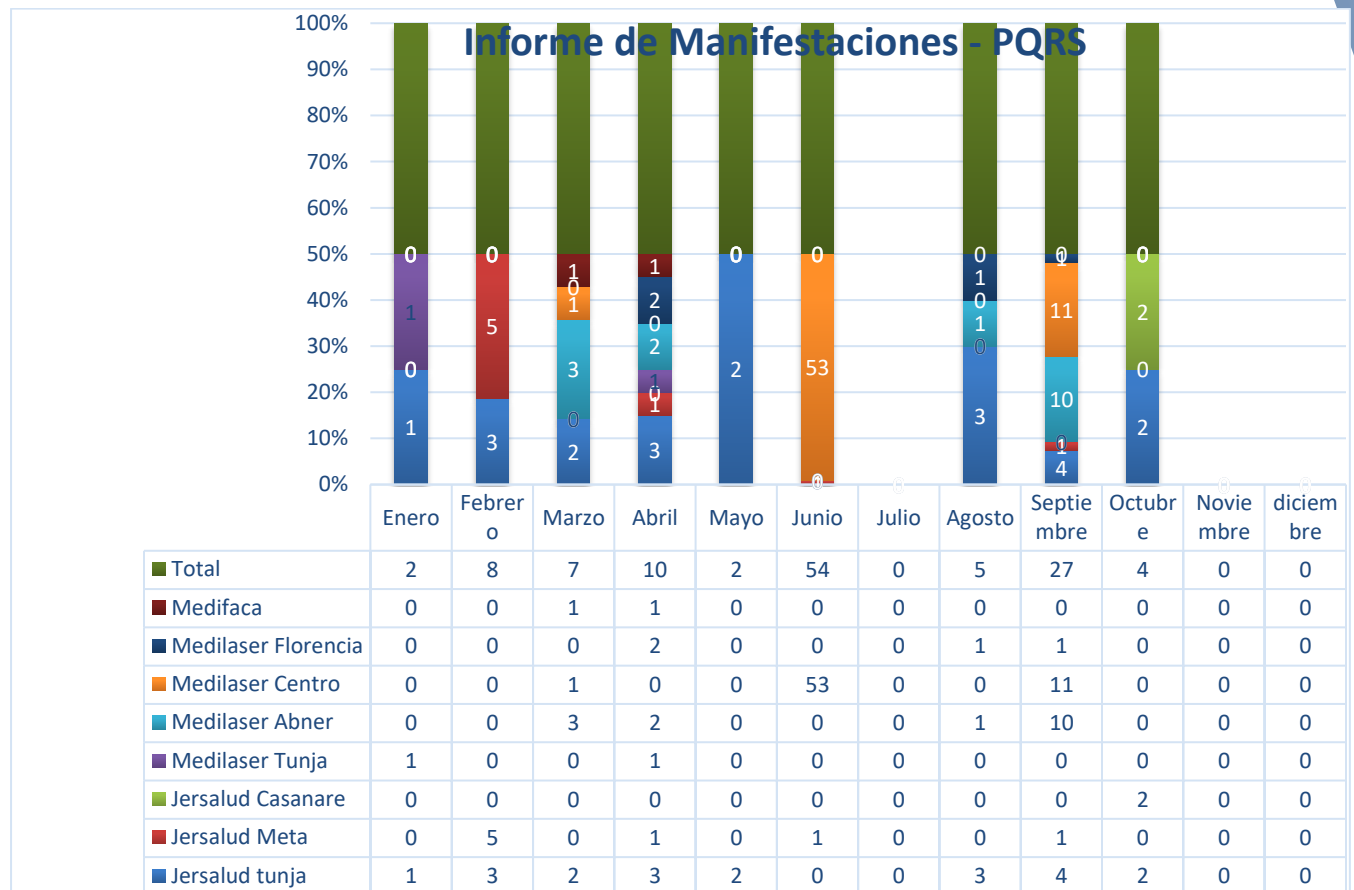


**Medilaser Centro:** En el mes de diciembre se realizó la encuesta de satisfacción al usuario, esta se realiza de manera bimensual por parte del área de SIAU de la IPS, con un cumplimiento de 91%

**Medilaser Florencia:** En el mes de diciembre, no se realizó la encuesta de satisfacción al usuario, esta se realiza de manera bimensual por parte del área de SIAU de la IPS; se realizó en el mes noviembre con el porcentaje de satisfacción del 100%. Se recibieron 3 felicitaciones.

**Medifaca:** Durante el año 2023 se obtuvo un cumplimiento del 98%, para el mes de diciembre la encuesta de satisfacción se realizó de manera global en la IPS, con un resultado del 98%, se alcanza la meta, ya que es >95%.

### 3.6 Manifestaciones



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

#### Jersalud Tunja:

Durante el 2023 se recibieron 20 manifestaciones de los usuarios, entre todas las sedes de Jersalud Boyacá. De igual forma durante el mes de diciembre no se recibieron quejas.

**Jersalud Meta:** Durante el mes de diciembre no se recibieron manifestaciones.

**Jersalud Casanare:** No se reportaron en la toma de muestra durante el mes de noviembre.

**Medilaser Florencia:** En el mes de diciembre no se recibió PQRS dirigida al laboratorio clínico, esta información es consolidado por medio del SIAU.

**Medilaser Centro:** En el mes de diciembre no se recibió PQRS dirigida al laboratorio clínico, esta información es consolidado por medio del SIAU.



**Medilaser Abner Lozano:** En el mes de diciembre no se recibió manifestación de PQRS dirigidas al laboratorio clínico esta información es consolidado por medio del SIAU.

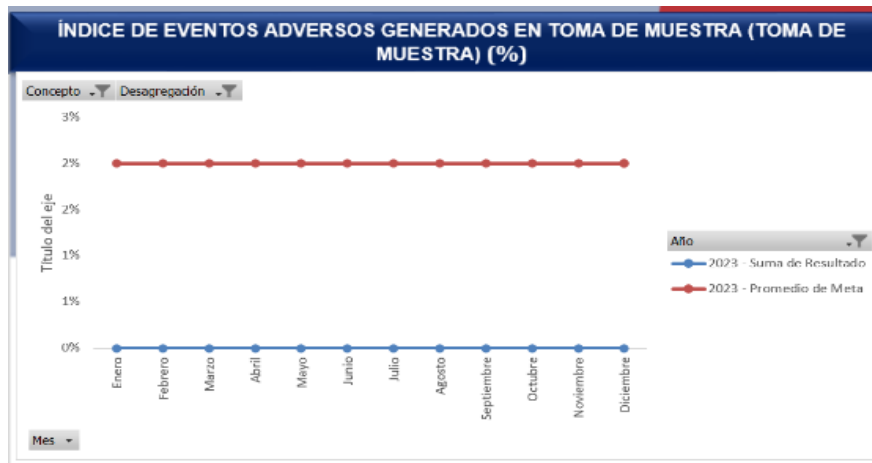
**Medilaser Tunja:** Durante el 2023 se recibieron 2 manifestaciones de los usuarios en Medilaser Tunja y durante diciembre No se recibieron quejas.

**Medifaca:** Durante el 2023 se recibieron 2 manifestaciones. Para el mes de diciembre no se presentaron manifestaciones.

### 3.7 Seguridad del paciente

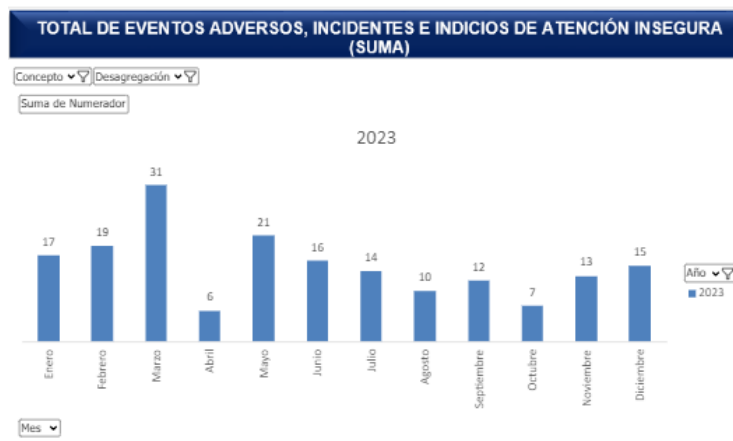
#### 3.7.1 Proporción de Eventos Adversos e Incidentes

##### 3.7.1.1 Jersalud Boyacá



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

Durante el 2023 no se presentaron eventos adversos en ninguna de las sedes Jersalud Boyacá.



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

#### Análisis:

Durante el año 2023 se reportaron 181 incidentes en sucursal Boyacá relacionadas con muestras no aptas para procesamiento.

En el mes de diciembre se reportaron 13 Incidentes en todas las sucursales de Boyacá; correspondientes al 0,37% clasificados de la siguiente forma:

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



Sede	Incidentes	Tipo
Chiquinquirá	1	Doble punción: 1
Duitama	1	Doble punción: 1
Garagoa	2	Solicitud nueva muestra de laboratorio referencia.
Guateque	0	-
Miraflores	0	-
Moniquirá	0	-
Soata	0	-
Sogamoso	4	Doble punción: 4
Tunja	7	Doble punción: 5 Tubos incompletos: 2
<b>TOTAL</b>	15	

Las acciones tomadas en relación a estos incidentes se basan en lo siguiente:

1. Retroalimentar a los funcionarios del correcto ingreso de usuarios en el software.
2. Solicitar ayuda a otro profesional cuando se evidencie vena de difícil acceso, para disminuir las dobles punciones.
3. Verificar todas las zonas posibles para venopunción.
4. Aplicar técnica correcta en toma de muestras

### 3.7.2 Jersalud Meta

#### Proporción de Eventos Adversos.

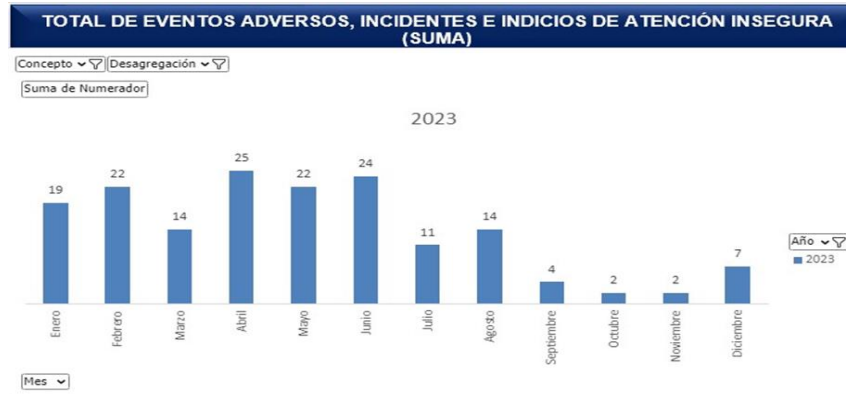


Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de Calidad Jersalud- SharePoint

Para el año 2023 no se presentaron eventos adversos, para el mes de diciembre del 2023 no se presentaron eventos adversos en Jersalud Meta.



### Proporción de Incidentes.



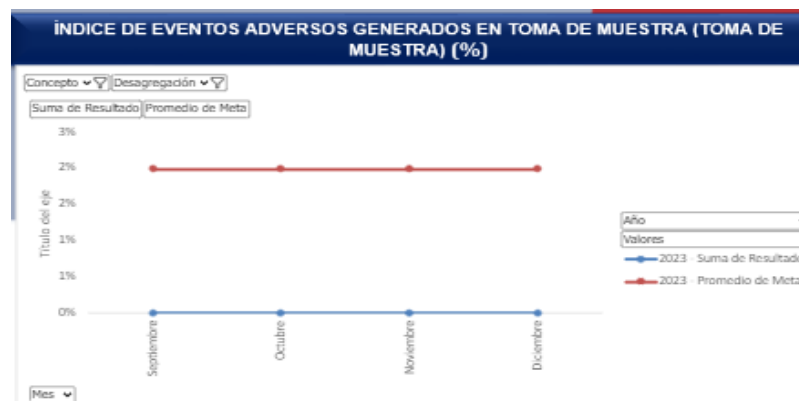
Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de Calidad Jersalud- SharePoint

**Análisis:** En el 2023 se presentaron 166 incidentes, para el mes de diciembre se presentaron 7 Incidentes; asociados a:

Sede	Cantidad	Incidentes
Villavicencio.	6	<input type="checkbox"/> Doble punción: 4 <input type="checkbox"/> Otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falla en la verificación de los 2 apellidos del usuario.</li> <li>- No se tomó Hemoglobina Glicosilada.</li> </ul>
Granada.	1	<input type="checkbox"/> Doble punción: 1.
Acacias.	0	
Puerto López.	0	
San Martín.	0	
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	

### 3.7.3 Jersalud Casanare

#### Proporción de Eventos Adversos.



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

Para el mes de noviembre del 2023 no se presentaron eventos adversos.

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



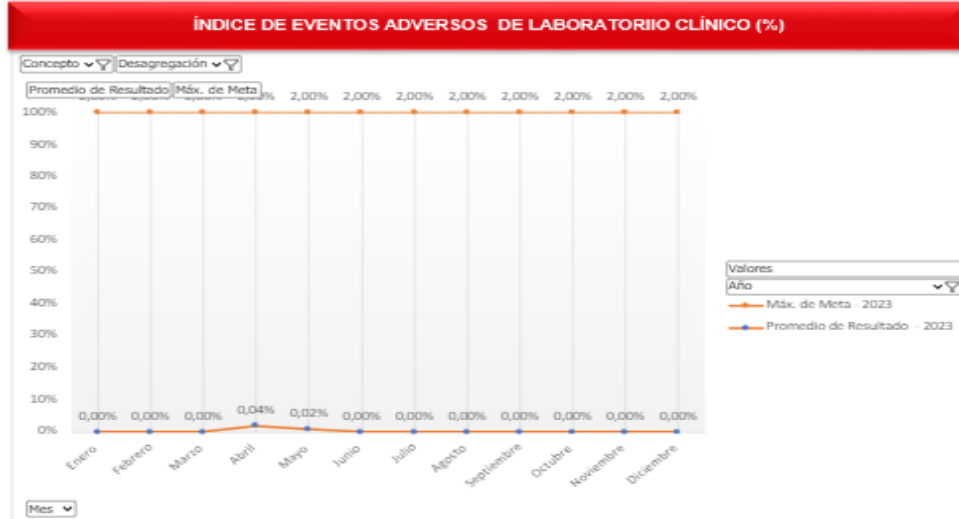
*Proporcion de Incidentes.*



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

**Análisis:** Para el mes de noviembre del 2023 no se reportaron incidentes.

**3.7.4 Medifaca**



Fuente del Dato: Tablero de indicadores Gestión Integral de la Calidad Miomed 2023

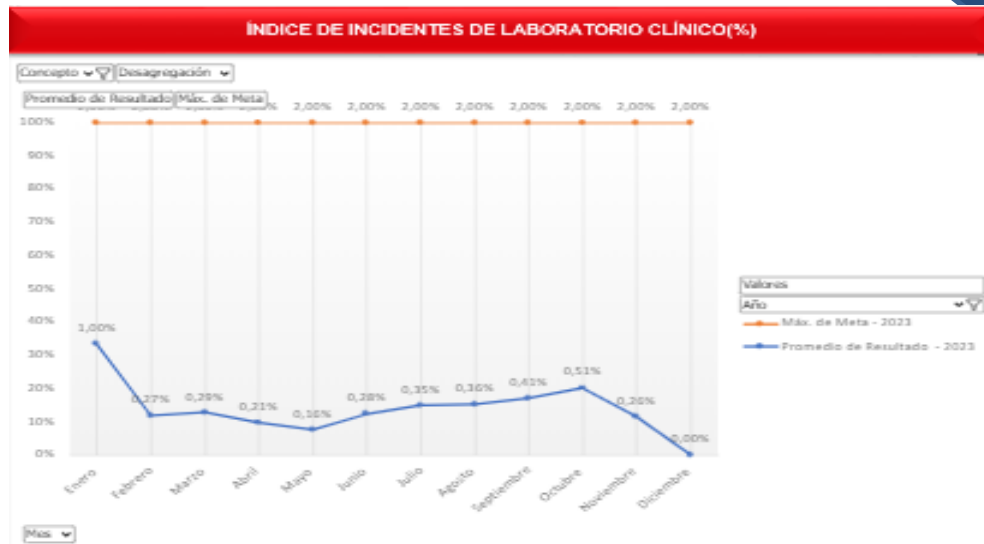
**Análisis:**

Durante el 2023 se reportaron un total de 3 eventos adversos no prevenibles relacionados con reacción adversa a la transfusión. Con resultado del indicador de 0,00% dando cumplimiento con la meta menor al 2% en todo el año.

Para el mes de diciembre no se presentaron eventos adversos relacionado con el laboratorio clínico, con resultado del indicador en 0 %, manteniendo la meta que es menor al 2%.

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



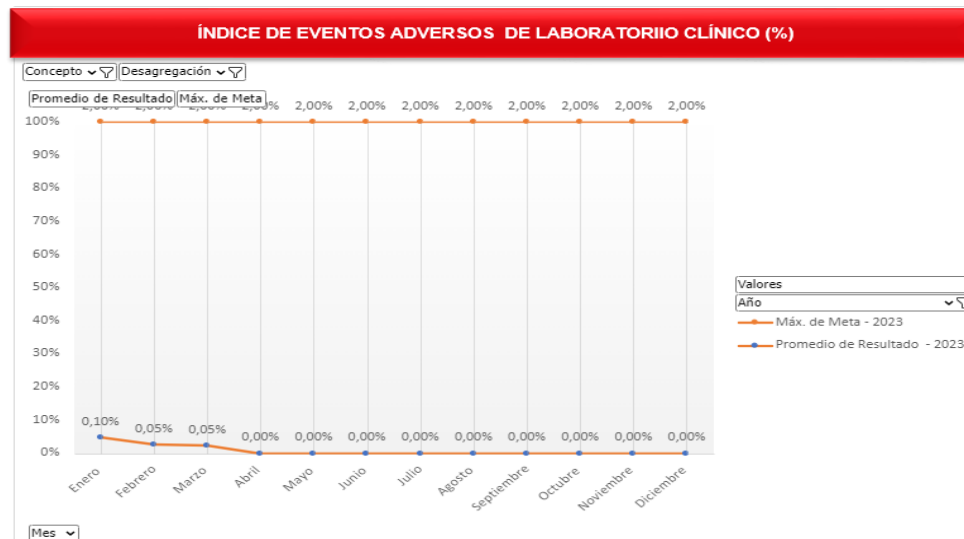


Fuente del Dato: Tablero de Indicadores Gestión Integral de la Calidad Miomed 2023

**Análisis:** Durante el 2023 se reportaron un total de 202 incidentes. Con resultado del indicador de 0,35% dando cumplimiento con la meta menor al 2% en todo el año.

Para el mes de diciembre 2023 se reportaron 4 incidentes quedando el indicador en el 0,08%, con cumplimiento de meta, la cual es <2%. Los incidentes relacionados error de código, inoportunidad en diligenciamiento y cargue de consentimiento, falta de comunicación entre servicios e inoportunidad en realización de ayudas diagnósticas.

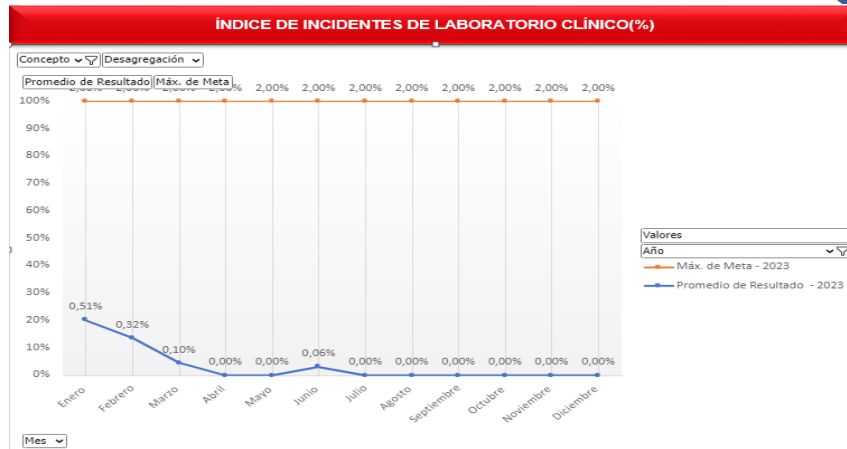
### 3.7.5 Medilaser Florencia.



Fuente del dato: Tablero de indicadores gestión integral de calidad Miomed- SharePoint

**Análisis:** Para el mes de diciembre no se presentaron eventos adversos relacionado con el laboratorio clínico, con resultado del indicador en 0 %, manteniendo la meta que es menor al 2%.



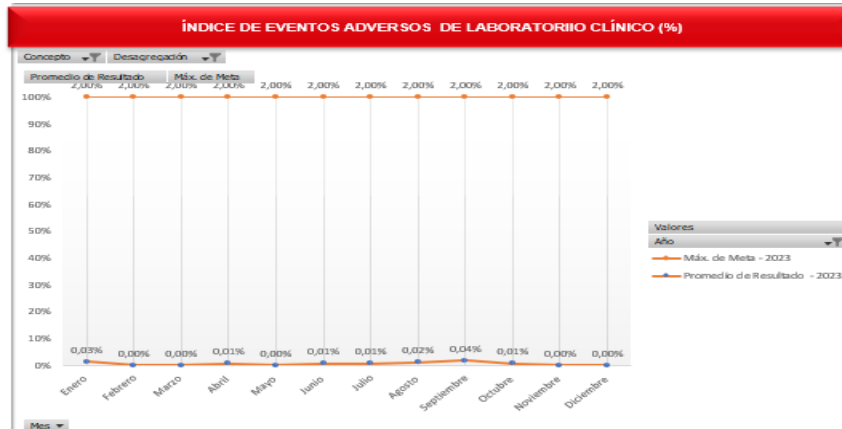
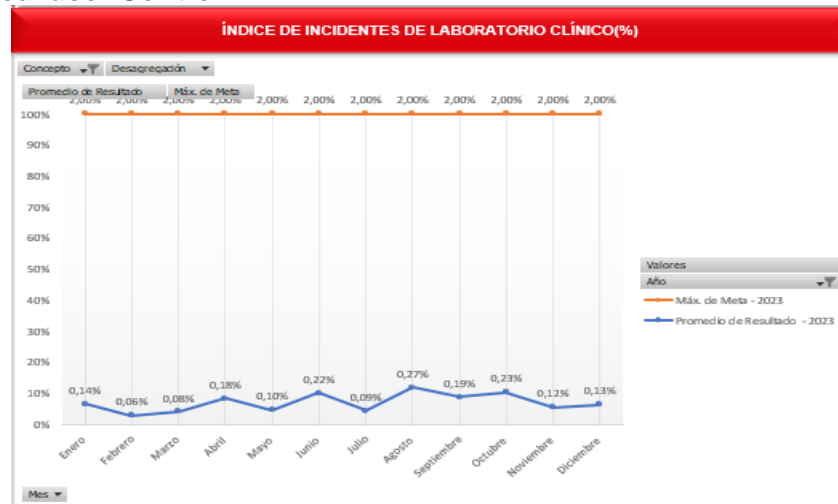


Fuente del dato: Tablero de indicadores gestión integral de calidad Miomed- SharePoint

**Análisis:** En el 2023 se presentaron 64 incidentes, para el mes de diciembre se presentaron 4 incidente, relacionados con:

- Falla en la recepción de información sobre recolección de muestra.
- Demoras en la recolección de muestras en las unidades cerradas.

### 3.7.6 Medilaser Centro



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

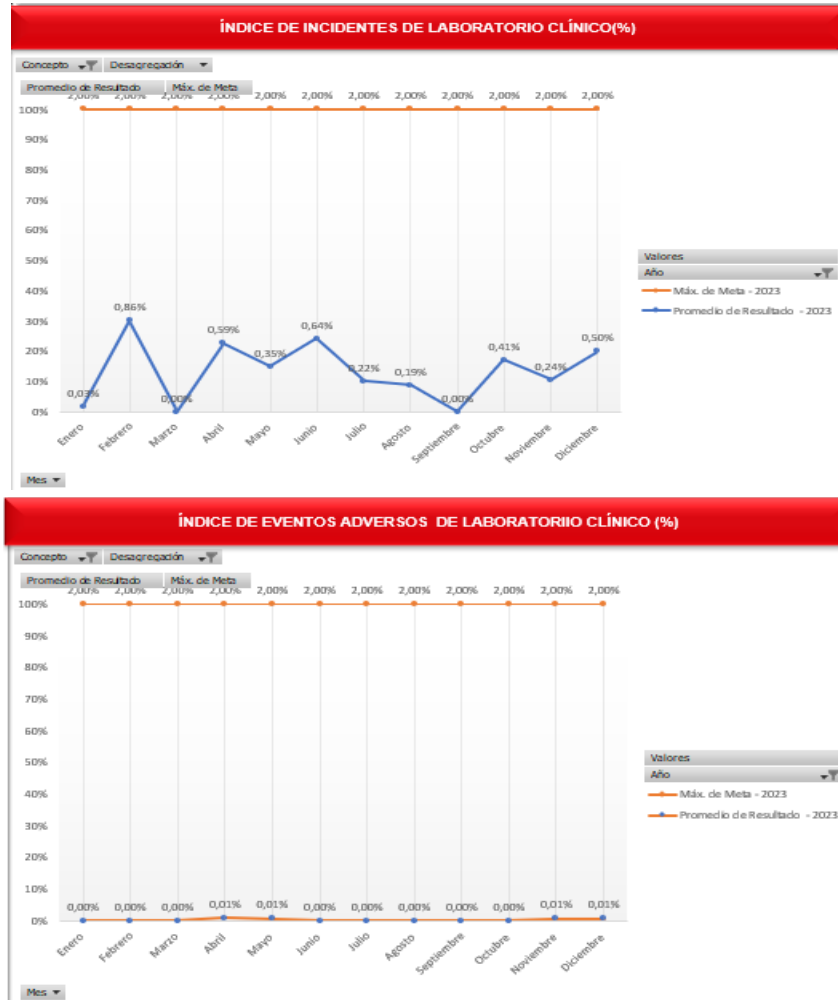
[www.laboratoriosmiomed.com](http://www.laboratoriosmiomed.com)



**Análisis:** En el mes de diciembre se presentaron 12 incidentes y 0 eventos adversos.

El porcentaje de incidentes en el mes de diciembre fue de 0,33% estando dentro de la meta establecida, El porcentaje de eventos adversos en el mes de diciembre fue 0,0% estando dentro de la meta establecida.

### 3.7.7 Medilaser Abner Lozano



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

**Análisis:** En el mes de diciembre se presentaron 15 incidentes y 1 eventos adversos.

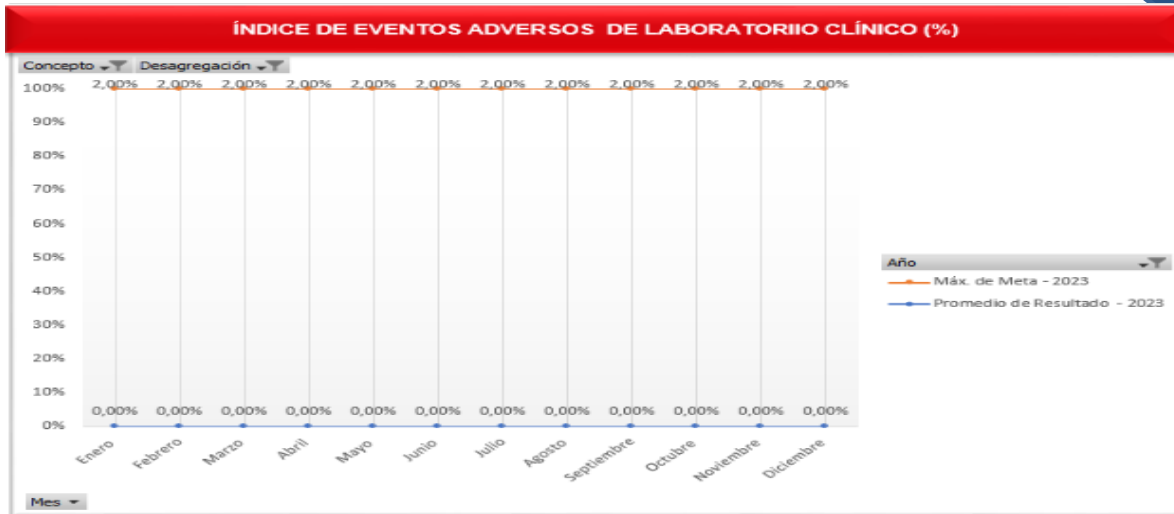
El porcentaje de incidentes en el mes de diciembre fue de 0,50% estando dentro de la meta establecida, El porcentaje de eventos adversos en el mes de noviembre fue 0,01% estando dentro de la meta establecida.





### 3.7.8 Medilaser Tunja

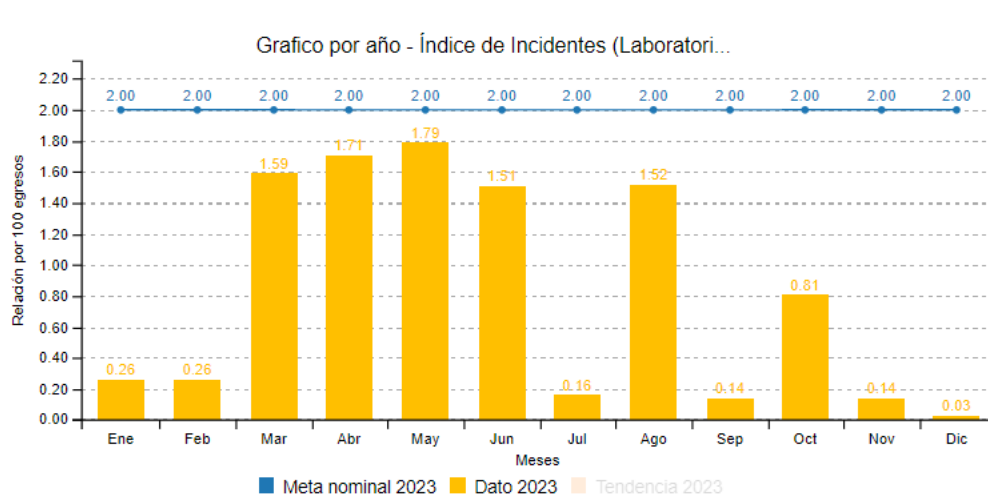
#### Eventos adversos



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

Durante el 2023 no se presentaron eventos adversos en sede Medilaser Tunja.

#### Índice de Incidentes



#### Análisis:

Durante el 2023 se reportaron un total de 579 incidentes entre reportes y productos no conformes. Se cumplió la meta de menor al 2% en todo el año.

Durante el mes de diciembre se recibieron dos reportes por parte de los diferentes servicios, obteniendo un índice de 0,03 dato que se encuentra por debajo de la meta del 2.

Dentro de los reportes recibidos se encuentran:

- Demora en entrega de resultados: 2 casos  
Demora en resultado de hemocultivo el cual se debe incubar hasta 5 días;  
Demora en resultado de beta

En ambos casos se consideran hace parte del proceso operativo.

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



### 3.8 Gestión del Riesgo Organizacional

#### 3.8.1 Matriz del Riesgo

ETAPAS	MATRIZ DE RIESGOS													
	%	Dirección Estratégica	SST	Financiera	Talento Humano	Tic's	Tecnología en salud	Activos Fijos	Documentación y	Jurídica	Laboratorio Clínico	LAFT	COF	Calidad
Identificación del riesgo	100%	5%	40%	40%	40%	50%	40%	40%	40%	40%	40%	70%	40%	40%
Análisis del Riesgo Inherente	100%	0%	42%	26%	14%	60%	20%	20%	20%	20%	20%	70%	20%	20%
Análisis del Riesgo Residual	100%	0%	50%	12%	12%	20%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%
Tratamiento del Riesgo	100%	0%	60%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Seguimiento 1	100%	0%	10%	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	70%	0%	0%
Seguimiento 2	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Procentaje de cumplimiento</b>	<b>100%</b>	<b>1%</b>	<b>34%</b>	<b>15%</b>	<b>13%</b>	<b>27%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>39%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>

Tabla 1: Matrices de Riesgos

Fuente del Dato: SharePoint – Informe de Gestión de Riesgos

#### Análisis:

Se han desarrollado 13 matrices de riesgo en MIOMED con identificación de riesgo, el análisis de riesgo inherente, riesgo residual y los tratamientos (Controles que les han realizado) para la mitigación de este.

#### 3.8.2 Base de segmentación en MIOMED

- Clientes: Miomed cuenta con tres Clientes segmentados:



Nombre del Proveedor o Contratista, cliente	Identificación	Número de Identificación	Persona Natural o Jurídica	Valor	Actividad Económica CIIU (Sólo Aplica para Persona Jurídica)	Valor	Volumen de Transacciones (Sólo Aplica para Persona Jurídica)	Valor
JERSALUD SAS	NIT	900622551-0	Persona Jurídica	1	8621	1	\$ 50.000.000	3
MEDIFACA IPS SAS	NIT	900529056-9	Persona Jurídica	1	8610	1	\$ 300.000.000	3
CLINICA MEDILASER SAS	NIT	813001952-0	Persona Jurídica	1	8610	1	\$ 10.030.325.000	3

Ilustración 1: Base de Segmentación Clientes

Fuente del Dato: SharePoint – Base de Segmentación Clientes

#### Análisis:

Los clientes se encuentran segmentados con la siguiente clasificación:

Jersalud: Riesgo BAJO con Monitoreo: Anual

Medifaca IPS: Riesgo MEDIO con Monitoreo: Semestral

Clínica Medilaser: Riesgo MEDIO con Monitoreo: Semestral

- Proveedores: Miomed cuenta con una totalidad de 18 proveedores en la base de segmentación:



Nombre del Proveedor o Contratista	Identificación	Número de Identificación	Persona Natural o Jurídica	Valor	Actividad Económica CIIU (Solo Aplica para Persona Jurídica)	Valor
ANALISIS Y DIAGNOSTICO EN LABORATORIO SAS	NIT	901192075-3	Persona Jurídica	1	8691	1
ALIQUALITY SAS	NIT	901164662-6	Persona Jurídica	1	5320	1
MEDICAL DEVICES SAS	NIT	900883351-3	Persona Jurídica	1	3312	1
COLCAN	NIT	800066001-3	Persona Jurídica	1	8691	1
SMART BUSSINES SAS	NIT	900428846-7	Persona Jurídica	1	8129	1
IMAN SEGURIDAD PRIVADA LTDA	NIT	900396242-1	Persona Jurídica	1	8010	1
LABORATORIO LORENA VEJARRANO SAS	NIT	900435146-9	Persona Jurídica	1	8691	1
INCIHUILA SAS	NIT	813005241-0	Persona Jurídica	1	3812	1
FARMAQUIRURGICOS JM SAS	NIT	900433437-8	Persona Jurídica	1	4645	1
INDIGO TECNOLOGHIES	NIT	900556261-7	Persona Jurídica	1	6201	1
DESCONT SAS ESP	NIT	804002433-1	Persona Jurídica	1	3812	1
MICROCOLSA STORAGE & SECURITY BOGOTA SAS	NIT	901213206-3	Persona Jurídica	1	6311	1
AUDIT AND INTERNATIONAL FINANCE SAS	NIT	901079808-2	Persona Jurídica	1	6920	1
ORBIOFFICE LTDA	NIT	830110373-5	Persona Jurídica	1	7730	2
SERVICIOS Y SOLUCIONES DE IMPRESIONES SAS	NIT	901074580-6	Persona Jurídica	1	7730	2
PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS	NIT	900544245-7	Persona Jurídica	1	8699	1
SYNLAB COLOMBIA SAS	NIT	800087565-5	Persona Jurídica	1	8691	1
TELEMONITOREAMOS LIMITADA	NIT	813001177-9	Persona Jurídica	1	8010	1

Ilustración 2: Base de Segmentación Proveedores  
Fuente del Dato: SharePoint – Base de Segmentación Proveedores

### Análisis:

Se cuenta con un total del 80% del diligenciamiento de la base de segmentación; donde se evidencia que 13 Proveedores tienen un riesgo MEDIO con Monitoreo: SEMESTRAL; 3 proveedores tienen un riesgo BAJO con Monitoreo: ANUAL Y 2 proveedores pendiente por definir.

### 3.8.3 Página Web:

Se realiza seguimiento a la Pagina Web para realizar ajustes en cumplimiento normativo de acuerdo con los parámetros definidos para el ITA “Índice de transparencia y acceso a la información” (Normatividad – Denuncias – Canales de contacto).

- Se incluyeron las redes sociales en la página web:



Ilustración 3: Pagina web-Miomed  
Fuente del Dato: Página principal de Miomed

- Se está trabajando en actualizar las líneas de:
  - Línea anticorrupción (en estado aprobación para ser publicada y socializada)



Ilustración 3: Línea anticorrupción MIOMED  
Fuente del Dato: En elaboración

- Línea ética (En proceso de ajuste y aprobación)

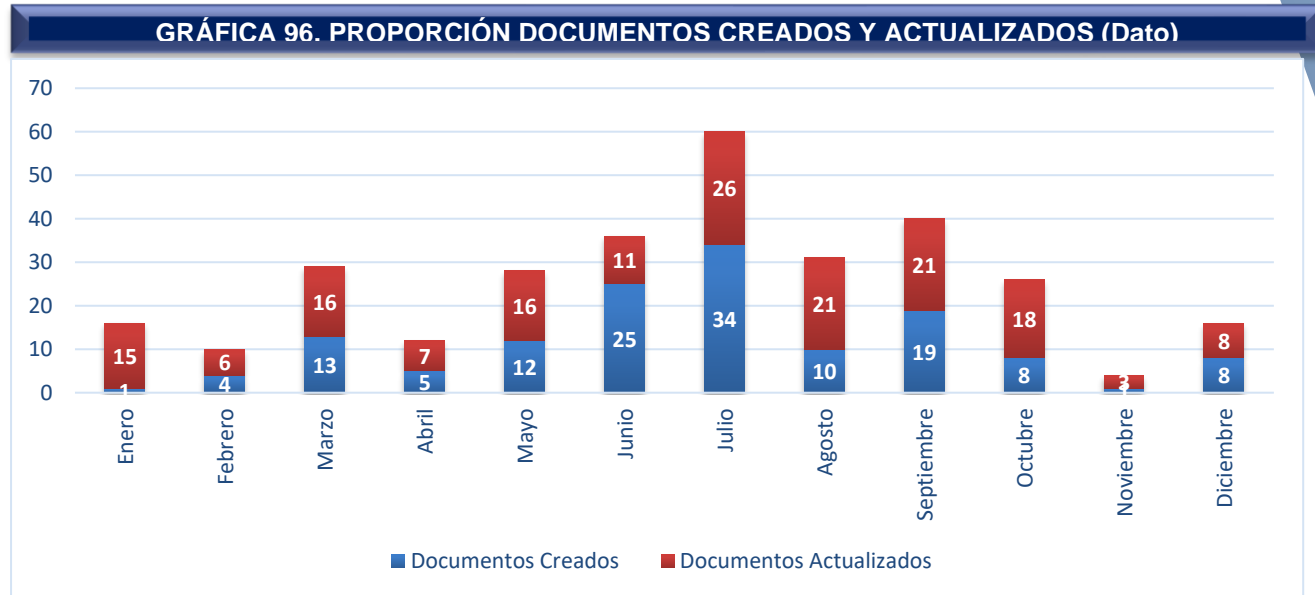
[www.laboratoriosmiomed.com](http://www.laboratoriosmiomed.com)



### 3.7.4. Actualización de documentación:

Se está trabajando en el Manual LAFT, Manual de Segmentación y estandarización de base de segmentación esto en cumplimiento de las buenas prácticas referente al Sistema SARLAFT Adoptado por MIOMED

### 3.9 Producción documental



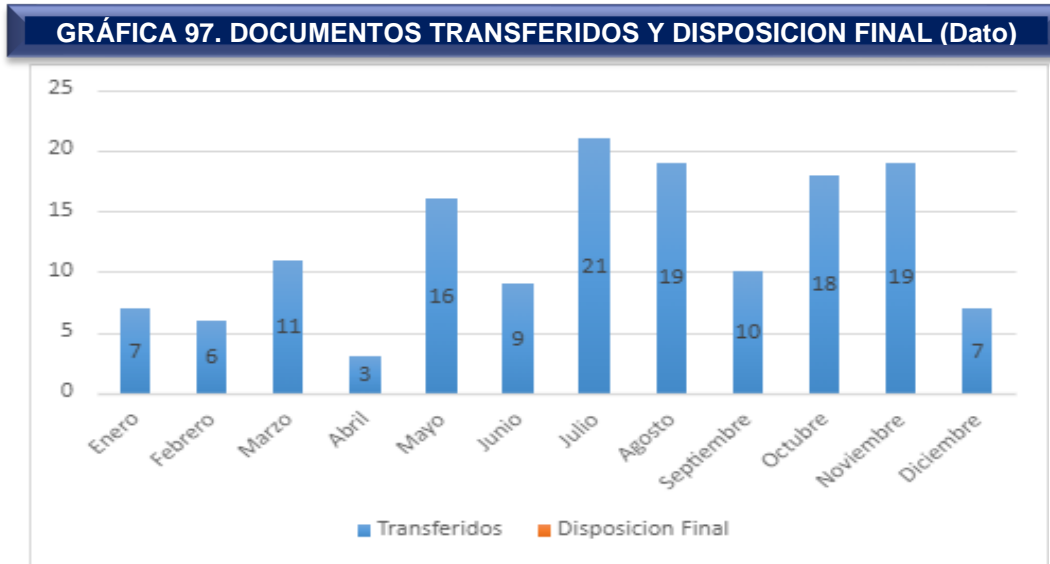
Fuente del Dato: Listado Maestro de documentos

**Análisis:** En el mes de diciembre se crearon 8 documentos y se actualizaron 8 documentos. Se encuentran pendientes por aprobación de IPS 165 documentos y por Miomed 69 documentos. Se continúa trabajando en la revisión, actualización y aprobación de las matrices documentales de los procesos de Gestión Pre-Analítica, Gestión Analítica, Gestión Pos-Analítica, Gestión del Talento Humano, Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Financiera y Gestión Jurídica. Además de adelantar revisiones de las fichas técnicas de los indicadores y cargue en Daruma.



## 4 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA

### 4.1 Gestión de Archivo



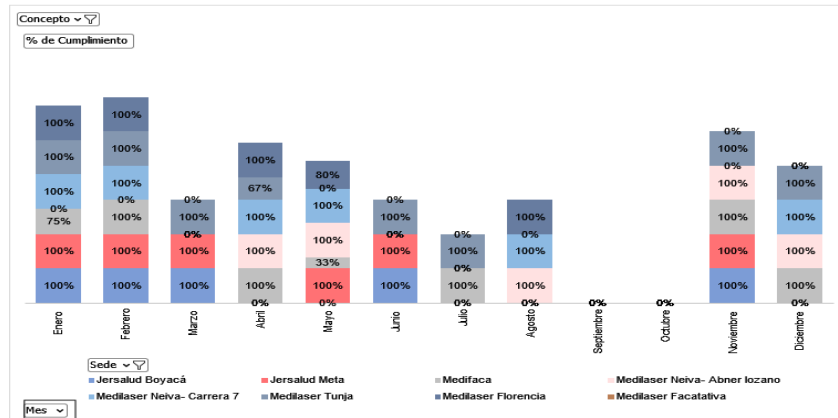
Fuente del Dato: Inventarios documentales

**Análisis:** En el mes de diciembre de 2023 hubo gestión de transferencias de archivo a nivel nacional, donde la sucursal Neiva sede Centro transfiere (4) paquetes dentro de los cuales se entregan (2) paquetes en total de 323 folios de archivos propios de la historia clínica del paciente, (2) cajas se envían a Microcolsa con archivo de enero, febrero y marzo de 2022, Medilaser Neiva Abner Lozano (1) paquete de historia clínica del paciente con 200 folios, Tunja Medilaser (1) paquetes de archivo de historia clínica con 100 folios, Medilaser Florencia (1) paquetes de documentos de historia clínica del paciente con 233 folios .

Para el mes de diciembre no se registra destrucción ni disposición final de archivo.

### 4.2 Gestión Biomédica

#### 4.2.1 Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología

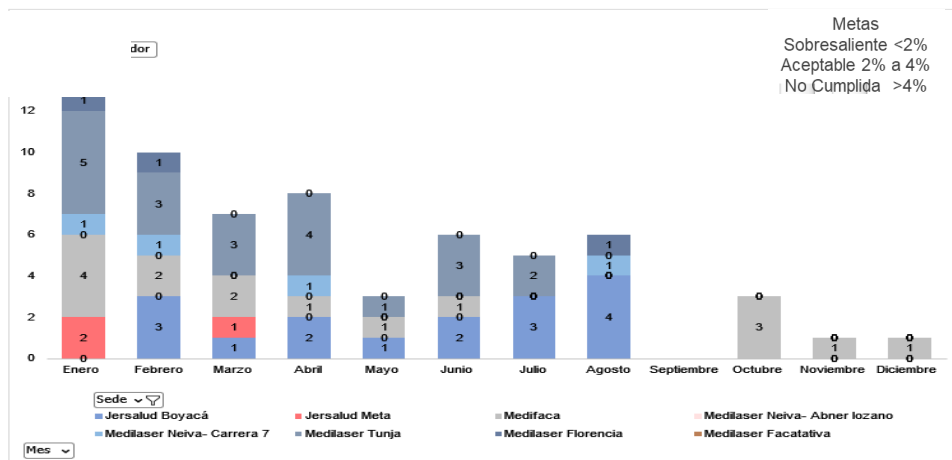
[www.laboratoriosmiomed.com](http://www.laboratoriosmiomed.com)



**Análisis:** En el mes de Diciembre se realizaron el 100% de los mantenimientos preventivos programados por cronograma en las sedes de Medilaser – Tunja (4) correspondientes a equipos en comodato, Medilaser – ABNER LOZANO (13), Medilaser – Carrera 7 (27), Medifaca (51).

A nivel general del año 2023 se presentaron inconvenientes en el desarrollo de mantenimientos preventivos teniendo que ser reprogramados debido a rotación del personal del área de biomédica, sin embargo, fueron realizados por proveedores externos permitiendo tener un cumplimiento mayor al 90%.

#### 4.2.2 Proporción de mantenimientos correctivos



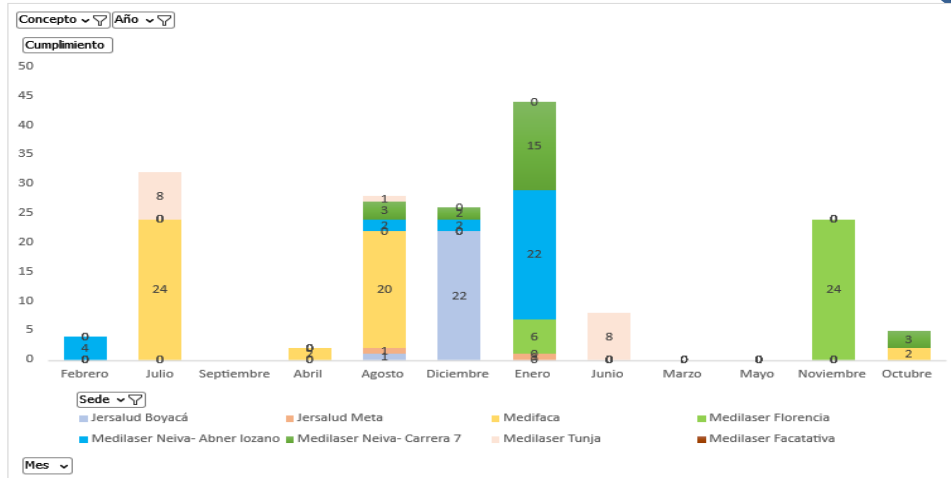
Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología

**Análisis:** Durante el mes de Diciembre se tuvieron programados dos mantenimientos correctivos correspondientes a las sedes de Medifaca con un refrigerador/congelador y en la sede de toma de muestras de Duitama con una centrifuga, de la sede de Medifaca se realizó el correctivo y el equipo ya se encuentra en funcionamiento, en cuanto a la centrifuga el correctivo se encuentra pendiente debido a falta de repuesto por parte del proveedor, sin embargo, se envió una centrifuga Backup con el fin de suplir el servicio.

A cierre del año 2023 solo se tiene pendiente un mantenimiento correctivo perteneciente a una centrifuga en la sede de Duitama, las demás sedes no cuentan con correctivos vigentes teniendo así un cumplimiento mayor al 90%.



### 4.2.3 Proporción de calibraciones



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología

**Análisis:** En el mes de Diciembre se realizaron calibraciones de dos (2) pipetas en Medilaser ABNER LOZANO, dos (2) pipetas en Medilaser – Carrera 7 y veintidós (22) equipos en Jersalud Boyacá, correspondientes a centrifugas y refrigeradores en las sedes de toma de muestras y agitadores, centrifugas, neveras, incubadora y cabina de flujo laminar en Jersalud – Tunja.

A término del año 2023 quedaron pendientes calibraciones en las sedes de Duitama porque el equipo está en mantenimiento correctivo. de la sede de Jersalud Meta serán realizados el 20 de Enero del 2024 debido a que el proveedor no contaba con disponibilidad, de Medilaser- Florencia se encuentra en gestión la calibración para la cabina de flujo laminar, al igual que en Medilaser- Tunja con la calibración de pipetas ya que no se cuenta con Backup suficiente. Las demás sedes quedaron con todas sus calibraciones correspondientes.

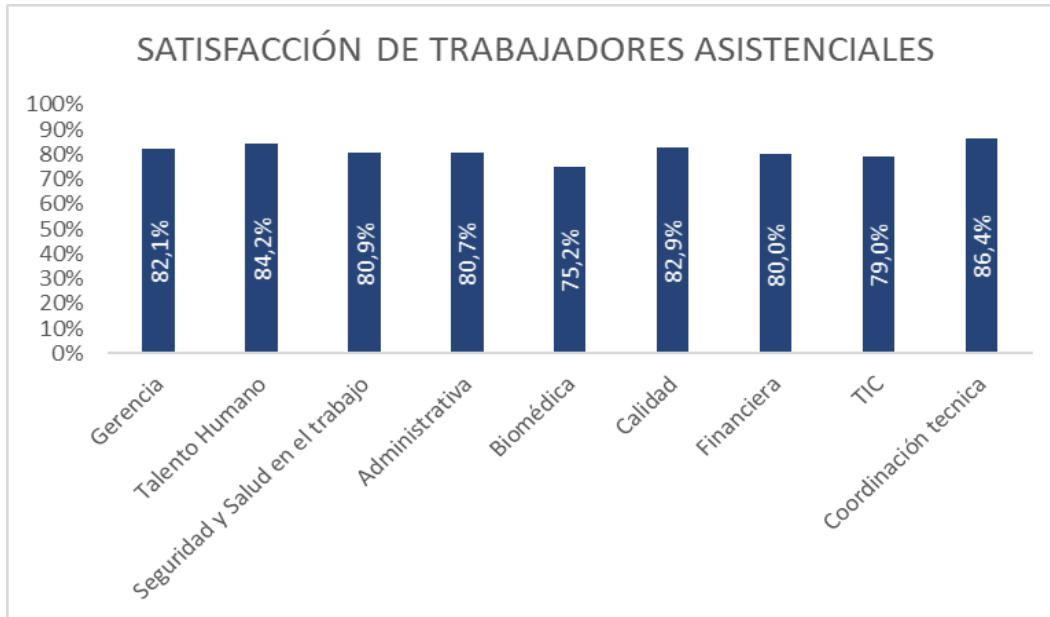


## 5 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

### 5.1 Indicadores Nacionales

#### 5.1.1 Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas

La aplicación de la encuesta de satisfacción de clientes internos en su segunda medición se realiza de manera discriminada separando los trabajadores asistenciales de administrativos.



La primera encuesta interna de satisfacción se proyecta para el mes de marzo de 2024.

#### 5.1.2 Proporción de Certificaciones por Competencias

- **Competencia a Certificar Solicitadas al SENA:** 02/03/2023 se realiza la solicitud de atención del proyecto Nacional de Certificación de competencias laborales, en el que se incluyen las normas relacionadas a continuación:

<b>230101266</b>	Orientar personas según normativa de salud.
<b>210601020</b>	Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa.
<b>220601059</b>	Fomentar prácticas seguras y saludables en los ambientes de trabajo en el marco de los principios de autocuidado y normatividad legal vigente.
<b>210001011</b>	Direccionar planes de gestión según marco y modelo estratégico.
<b>210301086</b>	Manejar recursos financieros de acuerdo con normativa y manual operativo.
<b>220501001</b>	Mantener equipos de cómputo según procedimiento técnico.

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





**230101289** Implementar medidas de asepsia según manual de bioseguridad y normativa de salud.

- **Competencias aprobadas por el SENA: 07/06/2023** Se recibe notificación No. 2001650, para la atención del proyecto Nacional, bajo el código PN31-2023-15-9305-P1562.

**230101266** Orientar personas según normativa de salud.

**210601020** Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa.

**230101289** Implementar medidas de asepsia según manual de bioseguridad y normativa de salud

- **Competencias certificadas durante el 2023:** Durante el año 2023 se logra certificar un total de **108** trabajadores a nivel nacional.

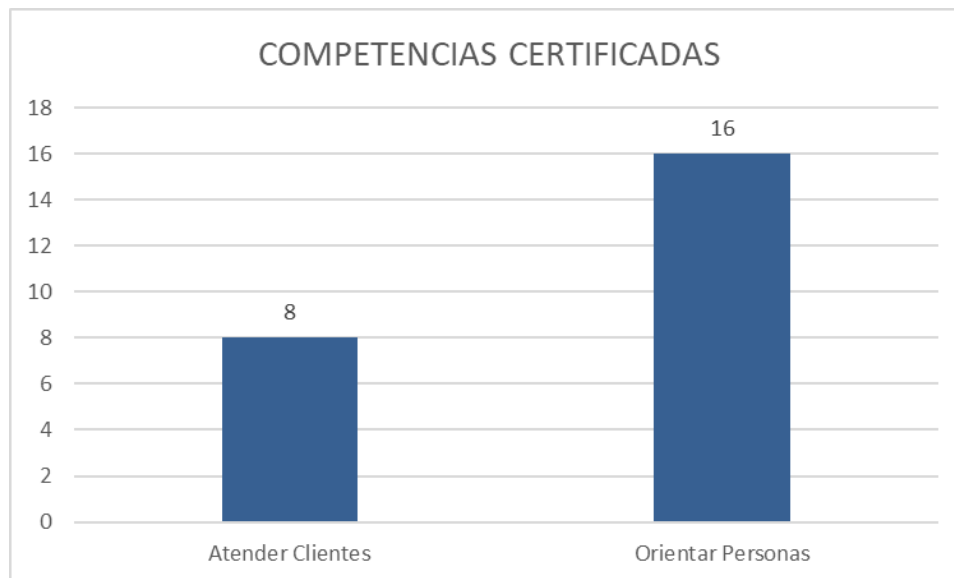
**230101266** Orientar personas según normativa de salud. Nacional

**210601020** Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa. Meta - Casanare

### Observaciones:

Se programa personal teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

- Permanencia mínima de 6 meses con la organización
- Acreditar experiencia de mínimo 6 meses en la función a evaluar
- Personal con competencias vencida – superior a dos años
- Personal sin certificado de competencia según su labor
- Aprobación por parte del SENA – Facilitador



➤ **Atender clientes de acuerdo con procedimientos de servicio y normativa:**

Evaluadora SENA: Leidy Johanna Suarez Murcia.

**Julio:**

- Se realiza el envío de la documentación requerida para iniciar el proceso.
- Se envía las correcciones de documentación solicitadas por el ente certificador.
- Se realiza inducción y sensibilización, la participación en este proceso es de carácter obligatorio y excluyente.

**Agosto:**

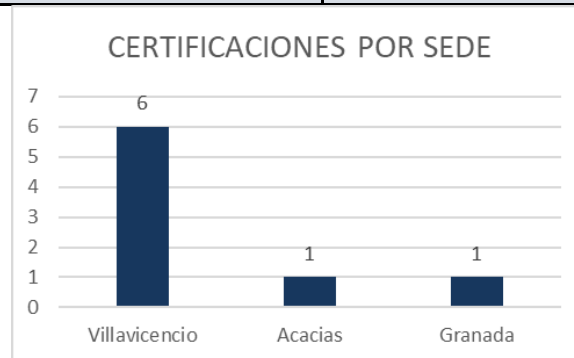
- Se aplica prueba de conocimiento.
- Se toma evidencia de desempeño y evidencia de producto de manera virtual (Video llamada).
- Se realiza prueba de oportunidad. (Es el derecho que tiene el candidato para presentar la evidencia faltante, que para el caso de la prueba de conocimiento el resultado inicial debe ser igual o mayor al 30%).
- Finalización del proceso.

**Septiembre:**

- Firma de los certificados.

En este proceso se certifica un total de 08 trabajadores de Meta y Casanare, como se evidencia a continuación:

CERTIFICACIONES POR SEDE	
Sede	No. Trabajadores
Villavicencio	6
Acacias	1
Granada	1
<b>Total</b>	<b>8</b>



Existen tres niveles de certificación de competencias laborales: Básico, Intermedio y avanzado. El nivel básico se obtiene cuando se evidencia un porcentaje de conocimiento entre el 30- 59%, el nivel intermedio cuando se

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



evidencia un porcentaje de conocimiento entre el 60- 89% y el nivel avanzado cuando se evidencia un porcentaje de conocimiento entre el 90- 100%.

Teniendo en cuenta lo anterior en competencia anteriormente mencionada el 100% de los trabajadores quedaron en nivel intermedio.

NIVEL DE CERTIFICACIÓN	
Nivel	No. Trabajadores
Básico	0
Intermedio	8
Avanzado	0
<b>Total, general</b>	<b>8</b>



➤ **Orientar personas según normativa en salud.**

Teniendo en cuenta los procesos de asignación de evaluador por parte del SENA, se aprueba poder formar y asignar el proceso a un evaluador interno de Jersalud (Yorleny Pérez Acero – Profesional de fortalecimiento) con el acompañamiento de la Dinamizadora asignada por el SENA Yineth Sandoval.

**Octubre:**

- Se realiza la postulación de 31 personas para certificar.
- Se realiza capacitación por parte del Sena al evaluador Interno de Jersalud en el uso del aplicativo DSNFT, en el cual se realiza la aplicación de la prueba de conocimiento y la evaluación de las pruebas de desempeño y producto.

**Noviembre:**

- Se realiza el proceso de sensibilización al proceso de evaluación de competencias laborales y la inducción a la norma.
- Se realiza validación del Instrumento de evaluación para la prueba de conocimientos.
- Se realiza las evaluaciones de conocimiento a los candidatos.

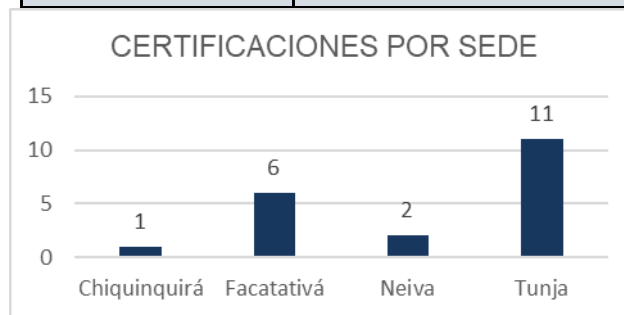
**Diciembre:**

- Se realiza toma evidencia de desempeño y evidencia de producto de manera virtual (Video llamada).
- Se realiza prueba de oportunidad.



- El Sena Realiza una auditoria con el fin de validar el cumplimiento de los requisitos normativos y técnicos, de acuerdo con lo establecido en el Manual para Evaluar y Certificar Competencias Laborales V03.
- Finalización del proceso.
- Firma de certificaciones.

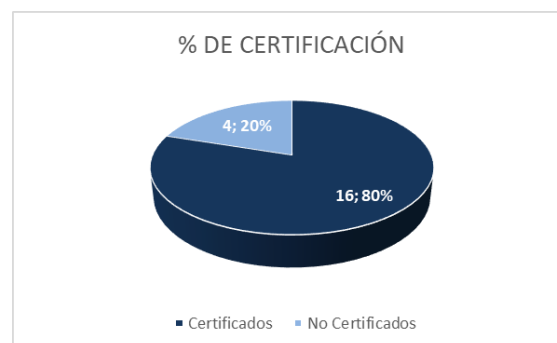
CERTIFICACIONES POR SEDE	
Sede	No. Trabajadores
Chiquinquirá	1
Facatativá	6
Neiva	2
Tunja	11
<b>Total, general</b>	<b>20</b>



Se realiza la postulación de 20 personas de Miomed al proceso, con un porcentaje de certificación del 80%, el 20% restante corresponde a 4 colaboradores que no culminaron el proceso.

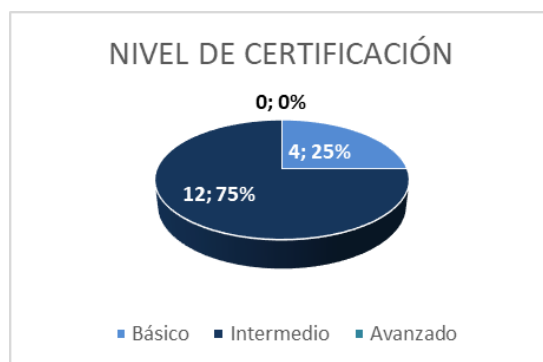
- Nadia Camila Muñoz, Jenny Alejandra Vargas presentaron carta de retiro del proceso por vacaciones.
- Diana Constanza Mesa Pimentel no presentó ninguna de las evidencias, ni la carta de retiro del proceso. Se le notificó en diferentes oportunidades.
- Angélica Manosalva presentó evidencia de conocimientos, no presenta evidencia de desempeño y producto. Se notifica en diferentes oportunidades sin respuesta.

% DE CERTIFICACIÓN	
Estado	No. Trabajadores
Certificados	16
No Certificados	4
<b>Total general</b>	<b>20</b>



El nivel de certificación obtenido durante el proceso es el siguiente:

NIVEL DE CERTIFICACIÓN	
Nivel	No. Trabajadores
Básico	4
Intermedio	12
Avanzado	0
<b>Total general</b>	<b>16</b>



➤ **Competencias a certificar 2024**

- 230101266** Orientar personas según normativa de salud.
- 210601020** Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa.
- 220601059** Fomentar prácticas seguras y saludables en los ambientes de trabajo en el marco de los principios de autocuidado y normatividad legal vigente.
- 210001011** Direccionar planes de gestión según marco y modelo estratégico.
- 210301086** Manejar recursos financieros de acuerdo con normativa y manual operativo.
- 220501001** Mantener equipos de cómputo según procedimiento técnico.
- 230101289** Implementar medidas de asepsia según manual de bioseguridad y normativa de salud.
- 230101306** Tomar muestras biológicas según protocolos y normativa técnica. Propuesta – agregar a proyecto actual PN31)
- 210201052** Dirigir el talento Humano de acuerdo a normativa. (Propuesta – agregar a proyecto actual PN31)

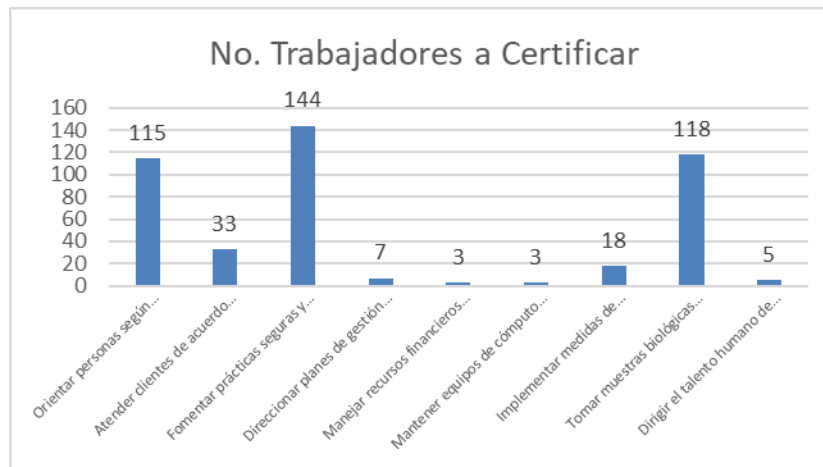
Mesa Sectorial	Código Norma	Versión Norma	Nombre Norma	Fecha de revisión Norma	Estado Norma	Tipo de Norma	OBSERVACIÓN
SERVICIOS A LA SALUD	230101306	1	Tomar muestras biológicas según protocolos	25/11/2024	VIGENTE	NSCL	Bacteriólogos, Aux de laboratorio, Aux de farmacia.

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



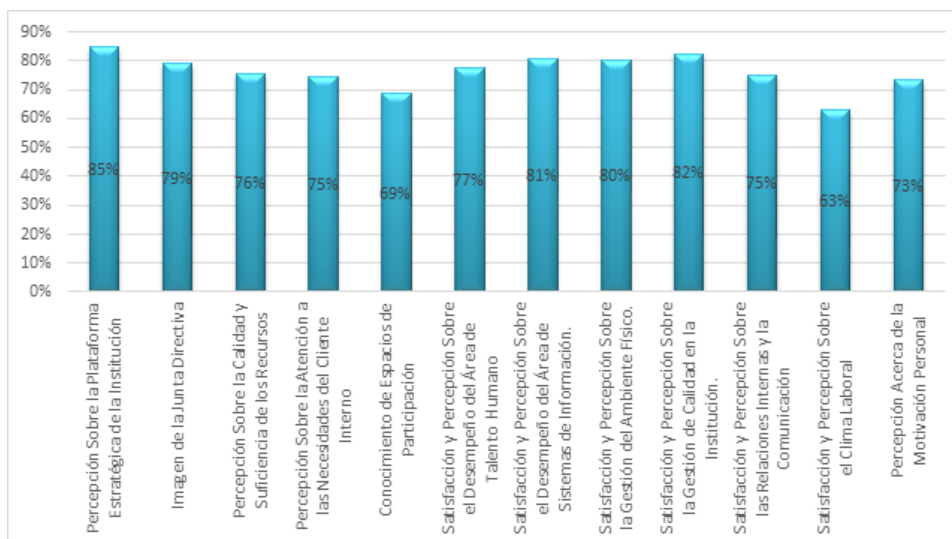
			y normativa técnica.				
TALENTO HUMANO	210201052	2	Dirigir el talento humano de acuerdo con normativa	19/11/2027	VIGENTE	NSCL	TH

➤ Personal a certificar



5.1.3 Proporción de satisfacción de clima organizacional

PROPORCIÓN DE RESPUESTAS SATISFACTORIAS DE LOS CLIENTES INTERNOS EN LA ENCUESTA DE CLIMA ORGANIZACIONAL (%)



La medición de clima organizacional para el año 2023 se realizó a través Google Forms, y siguiendo los lineamientos del Modelo de medición de clima organizacional (F(GTH)002).

La encuesta en el Laboratorio Miomed SAS es realizada por 122 trabajadores población que representa el 96.8% de los trabajadores de la empresa quienes tienen una vinculación de mínimo 4 meses en la compañía, este proceso inicia el 1 de noviembre hasta el 18 de diciembre del año 2023.

En el laboratorio cuenta con una mayor población de género femenino dentro del cual se puede evidenciar que de los 122 trabajadores que realizaron la encuesta de clima organizacional un 78% de la población son mujeres con una representación de 95 trabajadoras y un 22% son hombres con una representación de 27 trabajadores, Los trabajadores del Laboratorio Miomed se encuentran distribuidos de la siguiente manera; 22% de la población se encuentra en un rango de edad de 18 a 25 años, 41% en el rango de 26 a 35 años, 35% en el rango de 36 a 45 años y 6% son mayores de 45 años, lo cual indica, que en este momento la empresa cuenta con empleados que están dentro del rango de edad adulto joven y adulto intermedio.

En cuanto a la participación de los trabajadores se puede evidenciar que la mayor población se encuentra en Neiva con 28% que corresponde a 34 trabajadores, continua Tunja con 20% perteneciente a 25 trabajadores, Florencia con 19% de población con 23 trabajadores, 11% de la sede de Facatativá con 14 trabajadores y continua con 7% Villavicencio con 9 trabajadores y Bogotá con 8 trabajadores , las sedes pequeñas donde tenemos un trabajador se realiza la participación de cada uno de ellos, sin embargo, las sedes donde hubo falta de participación fue en Bogotá y Neiva.

Las variables con el mayor porcentaje de satisfacción son; con un 85% de respuestas aprobatorias en la percepción sobre la Plataforma Estratégica de la Institución, continua con 82% la percepción sobre la gestión de calidad, 81% de percepción favorable en sistemas de información.

Las variables con el mayor porcentaje de satisfacción son; con un 98% de respuestas aprobatorias en la percepción sobre la Plataforma Estratégica de la Institución, este porcentaje es debido a que el 100% de los trabajadores conocen la misión la cual está enfocada en cubrir con todos los actores que están incluidos dentro de la compañía y con la visión la cual está enfocada a tener servicios de excelente calidad, el 95% de nuestra población de empleados tiene claro el código de ética de la institución, y el 98% conoce sus deberes y derechos, la siguiente variable con la mejor puntuación es con 95% de satisfacción la percepción sobre la gestión de calidad, debido a que la mayoría de la población representada con el 72% de la población percibe suficiencia en personal para atender las necesidades del usuario y sus familias, el 89% observa que el personal de Miomed tiene las competencias y habilidades para desempeñar su cargo, el 90% observa que cuenta con los recursos necesarios para el buen desarrollo de sus actividades.

Las variables con el menor porcentaje de satisfacción es la percepción general de clima organizacional con un porcentaje de 73% y conocimiento de espacios de participación con un

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



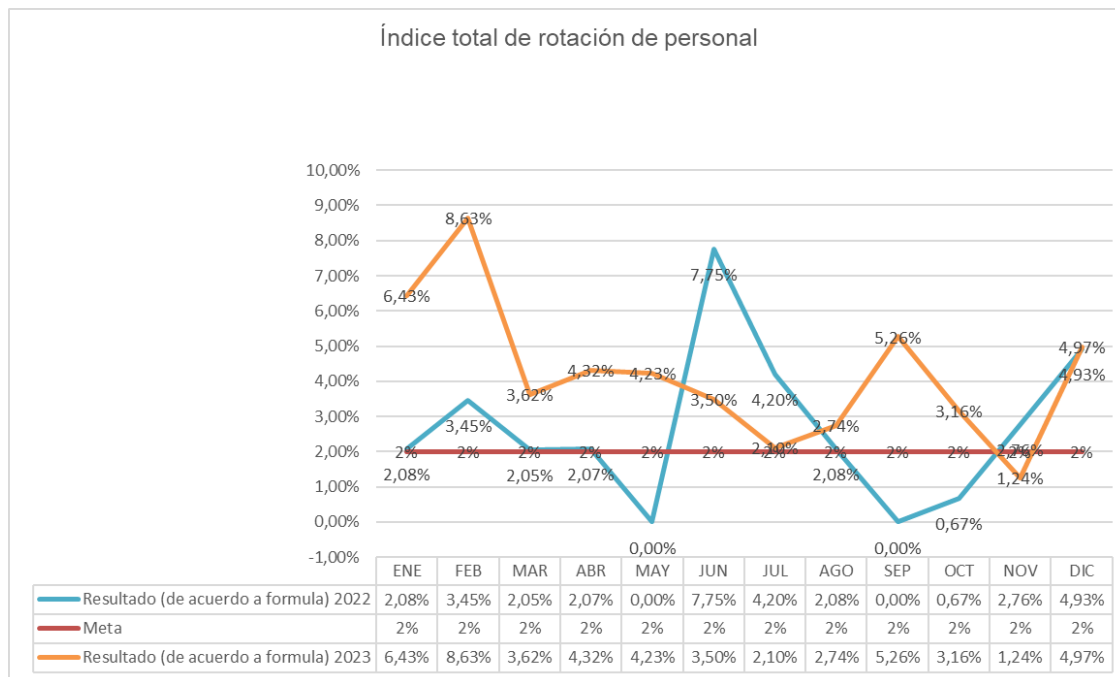
puntaje de 79%, en cuanto a la percepción que hay en clima organizacional el 90% de la población siente que hay un buen clima en general, el 39% percibe un entorno de competencia por parte de sus compañeros para poder sobre salir y ser reconocidos lo que hace que las personas sean individualistas, el 41% percibe que hay comentarios de las demás personas y grupos cerrados en sus entornos de trabajo, el 82% percibe a sus compañeros de forma amable y con colaboración a los demás, lo que desencadena que haya un ambiente de solidaridad, el 91% de los encuestados sienten que hay disposición para trabajo en equipo y el 86% de la población percibe que se mejora continuamente en el proceso de ambiente laboral.

Y en canto a los espacios de participación que es la otra variable con puntaje más bajo las personas que participaron en la encuesta el 30% indican que desconocen cómo pueden participar para la elaboración de la plataforma estratégica de la compañía, el 48% no tienen claro cómo pueden acceder a interactuar con los directivos de la compañía, el 22% desconoce los diferentes medios por los cuales pueden indicar las necesidades que tienen a nivel laboral en sus puestos de trabajo, el 85% de la población perciben que son parte importante en el mejoramiento continuo que hay dentro de la compañía y el 97% tienen claro sus objetivos según el manual de funciones que tienen en sus puestos de trabajo.

## 5.2 Indicadores de Talento Humano

### 5.2.1 Índice de rotación de personal

**GRÁFICA 101. INDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL (%)**



Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

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



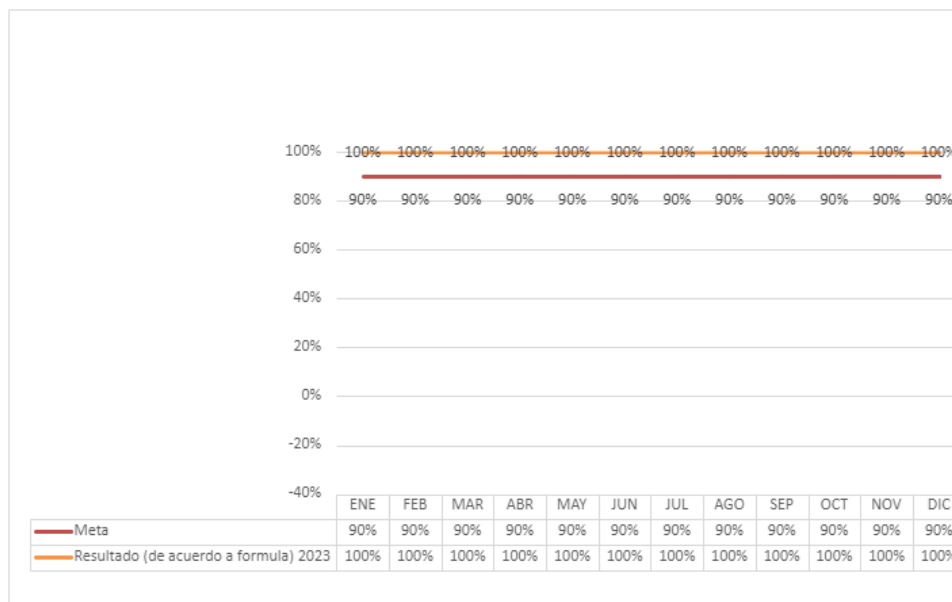


**Análisis:** En el mes de diciembre de 2023 se tiene un nivel de rotación de 4.97% nuevamente incrementando el indicador, respecto a la meta del 2% no se cumple, comparado con la rotación del año inmediatamente anterior con un nivel de 4.93% se puede observar un aumento de 0,04%

Este índice en el 2023 puntúa así debido a: (2) retiro voluntario de personal asistencial en la sede de Neiva, (2) retiro voluntario de personal asistencial en la sede de Tunja Medilaser (1) terminación de contrato por tiempo pactado de Tunja Medilaser, (1) retiro voluntario de personal asistencial en la sede de Facatativá y (2) retiro voluntario de personal administrativo en Bogotá, donde en este mes uno corresponde al traslado de una trabajadora de MIOMED a una empresa aliada.

### 5.2.1.1 Proporción de cumplimiento al programa de bienestar

#### GRÁFICA. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE BIENESTAR (%)



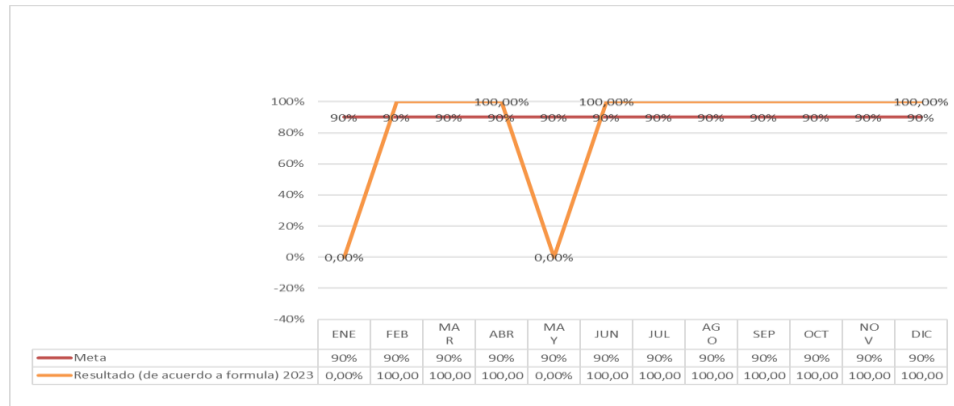
Fuente: Programa de bienestar anual

**Análisis:** En diciembre de 2023 se cumple el plan de bienestar del 100% porque se proyectaban (4) actividades; día de familia, día de cumpleaños, entrega de detalles a hijos de empleados y entrega de detalle navideño; las cuales se cumplió durante el mes, comparado con el año anterior el indicador es del 100%.



### 5.2.1.2 Proporción de cumplimiento al plan anual de capacitación

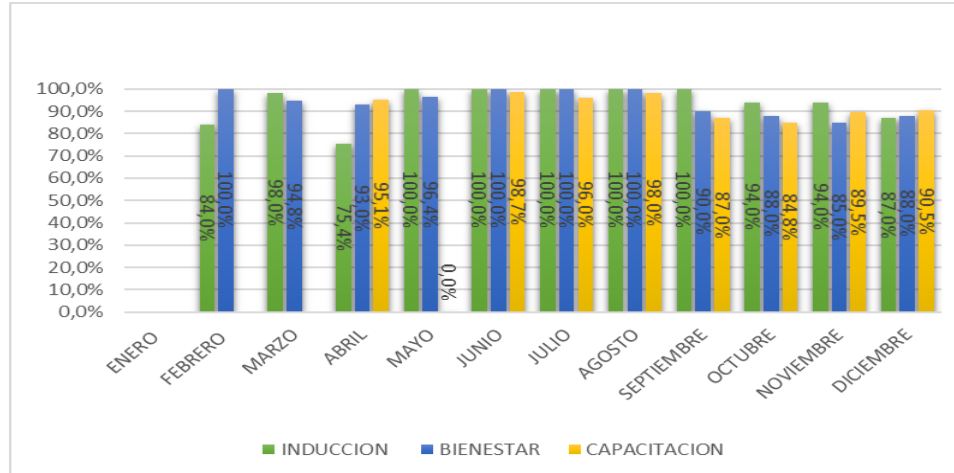
#### GRÁFICA. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN



El plan de capacitación para el año 2023 en las actividades correspondientes al mes de diciembre se tenía programada (3) capacitaciones que fueron ejecutadas: Valores críticos, Normatividad de laboratorio y riesgo biológico.

### 5.2.2 Proporción de satisfacción de actividades de talento humano

#### GRÁFICA. PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN DE TALENTO HUMANO (%)



Fuente: Encuesta de satisfacción planes y programas.

**Análisis:** En diciembre de 2023 de las actividades realizadas desde el área de talento humano se presenta una satisfacción de 88,5%; puntaje ponderado de las actividades de inducción, capacitación y bienestar. En los temas de inducción se tiene un nivel de satisfacción general del 87%, capacitación 90,5% bienestar 88%.

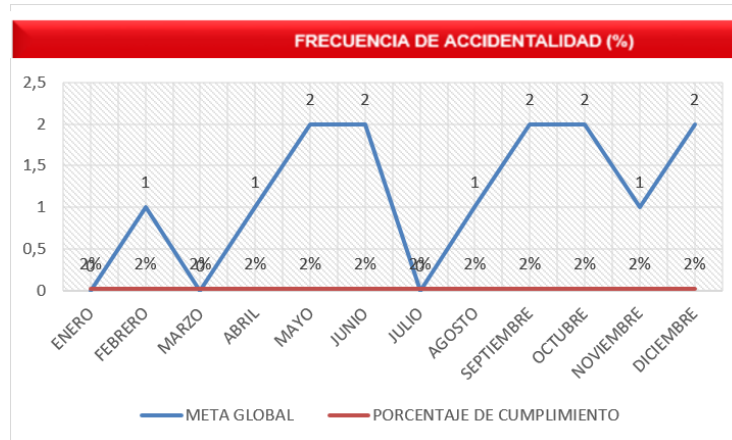
En Inducción se cuentan con 7 ingresos en el mes que ponderan un porcentaje de satisfacción de 87%, en capacitación en el tema de Riesgo Biológico 94,5%, Normatividad de laboratorio 85,9% y en notificación de valores críticos 91,09%, con bienestar se realizan

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



(3) actividades cuantificables que es la entrega del detalle a las personas que cumplen años en ese mes con 70% de satisfacción, entrega del detalle a los hijos de los empleados con 97,7% y el detalle de navidad para los trabajadores con 98%.

### 5.2.2.1 Frecuencia de Accidentalidad laboral



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST - OneDrive

#### Análisis:

En diciembre de 2023 se reportaron dos (2) accidentes de trabajo (AT) de los (2 /164) trabajadores, con un porcentaje del 0,01% según la meta establecida **<2%) de acuerdo con la meta establecida.**

**Accidente 1.** En la sede Miomed Tunja Medilaser se presentó un accidente de trabajo grave debido a que se encontraba en el laboratorio clínico realizando una coloración para una baciloscopia, para dicho proceso encendió el mechero para flamear las láminas durante un lapso de cinco (5) minutos, en ese momento la trabajadora refiere que sintió que el mechero prendió llamas ocasionando que se quemaran los EPP que utilizaba refrentes a (monogafas, careta, bata, guantes, gorro y tapabocas) , se dirige a urgencias donde le prestan la atención medica correspondiente y le emiten un **DX Quemadura de la muñeca y de la mano, segundo grado: Accidente grave por riesgo químico reportado al ministerio de trabajo.**

**Accidente 2:** El colaborador manifiesta que se encontraba realizando ronda en el quinto piso de la clínica medilaser Tunja, en dicho momento pone su pie derecho en falso, causando Flexión de este y generando dolor en inflamación en su rodilla derecha. **Accidente generado por caída desde el mismo nivel**

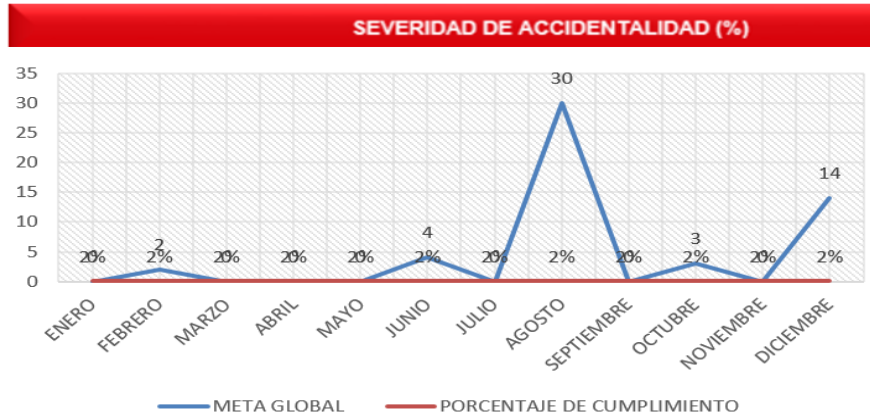
Durante el año 2023 se reportaron **14 accidentes de trabajo** de los cuales nueve (9) corresponden a exposición a riesgo biológico, tres (3) a caídas a nivel, uno (1) riesgo químico y uno (1) evento de origen por riesgo mecánico. estando en un porcentaje del **0,01%** según la meta establecida está en **<2%) de acuerdo con la meta establecida.**

El año anterior 2022 se presentaron **21 accidentes de trabajo**, de los cuales (14) fueron por riesgo biológico, uno (1) por riesgo químico, tres (3) por caídas al mismo y distinto nivel, y tres (3) por riesgo locativo asociado a golpes y contusiones, evidenciando que se redujeron siete (7) accidentes en el año 2023, en un porcentaje del **0,94%** según la meta establecida está en **<2%) de acuerdo con la meta establecida.**

#### SEVERIDAD ACCIDENTES DE TRABAJO:

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



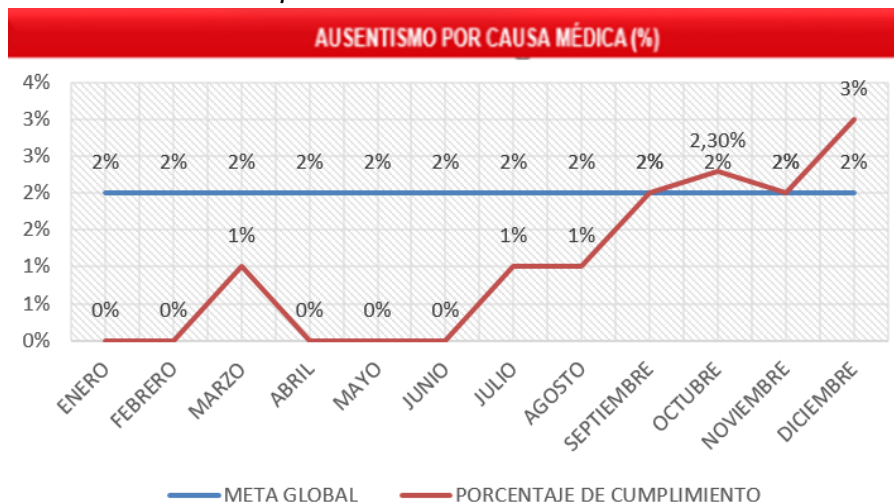


**Análisis:**

Durante el mes de diciembre de 2023 se generaron 14 días de ausentismo a causa de los accidentes de trabajo reportado por exposición a riesgo químico y riesgo locativo (2/164) estando en un **0,05% nivel sobresaliente (<2%) de acuerdo con la meta establecida**. Para el mes de diciembre de 2022 no se reportaron días perdidos a causa de eventos de origen laboral estando en un **0.00% nivel sobresaliente (<2%) de acuerdo a la meta establecida**.

Para el año 2022 se presentó un índice de severidad de accidentalidad expresado por cada accidente de trabajo que se reporta se pierde **0,06 días perdidos de ausentismo de origen laboral** estando en un **nivel sobresaliente (<2%) de acuerdo a la meta establecida**. Para el año 2023 se evidencia que se obtuvo un porcentaje de ausentismo de severidad expresado por cada accidente de trabajo que se reporta se pierde de un **0.04%** estando en un **nivel sobresaliente (<2%) de acuerdo a la meta establecida**.

**5.2.2.2 Ausentismo por Causa Medica**



Fuente del Dato: Tablero de Indicadores de SST - OneDrive

**Análisis:** En el mes de Diciembre de 2023 se reportaron **88 días** perdidos por causa medica de 5084 días programados en el mes, correspondiente al 3%. Estando a un **nivel aceptable (2% a 4%)** Según la meta establecida, los días perdidos son atribuidos a enfermedades generales asociadas a enfermedades

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



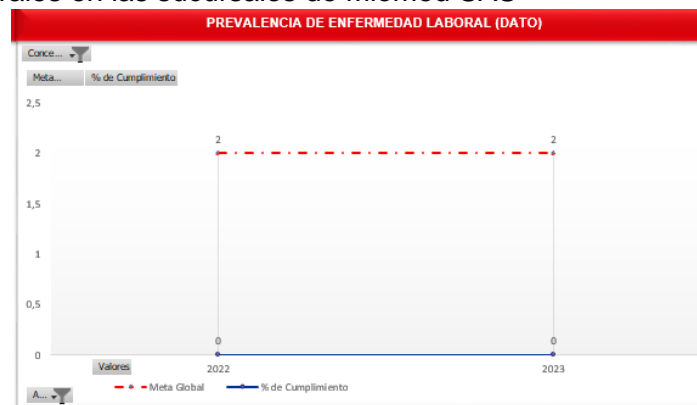
correspondientes a Tejidos(Neoplasias),alteraciones osteomusculares como contusiones, golpes, esguinces y enfermedades del sistema respiratorio común resfriados comunes, rinofaringitis, entre otros.

Para el mes de diciembre del 2022 se presentaron **60 días** de ausentismo de 4.867 días programados en el mes correspondientes a enfermedades a infecciones intestinales bacterianas , trastornos desarrollados de erupcion de los dientes y enfermedades del sistema osteomuscular como fracturas, golpes y/o contusiones obteniendo el **2% nivel sobresaliente (<2%) según la meta establecida.**

Para el año 2023 se obtuvo un índice de ausentismo anual por causa medica de **773 días** correspondiente al **3%** estando a un **nivel aceptable (2% a 4%) según la meta establecida.** Para el año 2022 se obtuvo un índice de ausentismo anual por causa medica de **763 días** perdidos **2,80% nivel aceptable (2% a 4%) según la meta establecida.**

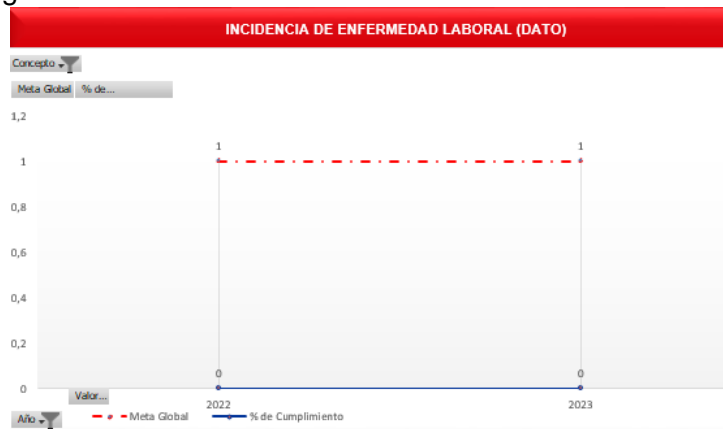
### PREVALENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

Por cada 100.000 trabajadores, para el año en medición 2023 **NO**, se reportó Prevalencia en Enfermedades Laborales en las sucursales de Miomed SAS



### INCIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

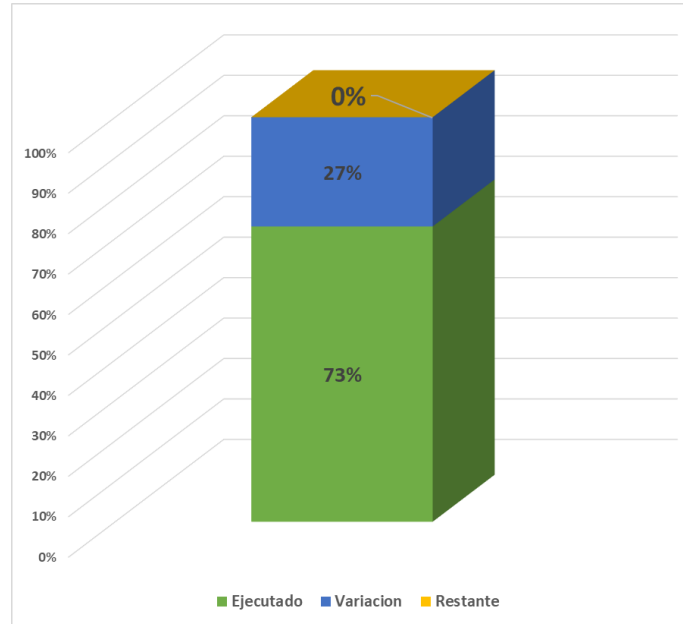
Por cada 100.000 trabajadores, para el año en medición 2023 la incidencia en enfermedad laboral se presentó de la siguiente manera:



## 6 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

### 6.1 Avances en Proyectos

Proporción de avance de Estrategia Operación TIC Nacional



**Ilustración 1** Avance de Plan Estratégico Nacional de TIC en Project 2023

La estrategia TIC Nacional para vigencia 2023 cerró con un porcentaje de avance del **73%** (66% Anterior octubre) del trabajo ejecutado por las diferentes dimensiones del equipo Nacional frente a un 27% de acciones faltantes para lograr el 100% proyectado.

La causal de esta variación obedece a varias situaciones la primera es retrasos en las fechas de las tareas planeadas debido a actividades que afectaron la ejecución de actividades programadas, en otras dimensiones se vieron afectadas por falta de personal durante la ejecución y otras por actividades nuevas que se agregaron al plan y generaron retrasos en las actividades proyectadas que a pesar de realizarse una planeación estratégica con Direcciones de Operaciones IT al comienzo del año no quedan contempladas lo cual demanda esfuerzos y tiempos adicionales en la ejecución de estos por la premura de cumplirlos alineado a los objetivos de la Alta Gerencia.

Para la empresa Miomed SAS se obtuvo un avance de 63% con actividad pendiente de implementar GLPI en áreas administrativas, financiera y calidad obtuvo un avance global del 16%, se proyecta para el 2024 su implementación, esta actividad se ve afectada por la disponibilidad de la mesa de servicio debido a cambio de personal tanto en coordinación como en técnicos, debido a la reinducción y al empalme con el plan estratégico se ve afectada la implementación.

Se ve afectada la implementación de tableros BI para Miomed por ejecución de actividades de BI, y se afecta la actualización proyectada de Índigo debido a que no se entrega cliente de parte del proveedor, se proyecta la actualización para el 2024.

Durante el avance global del proyecto de la estrategia TIC Nacional sufrió Siete (7) controles de cambios referentes a las actividades que realizaron las dimensiones, dichos controles contribuyeron a supervisar la estrategia nacional permitiendo la planificación de los procesos, fortalecimiento, monitoreo y la mejora continua; se presenta a continuación el resultado del porcentaje por dimensión y por control de cambios:

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



DIMENSIONES	CronogramaVer 1.1	CronogramaVer 1.2	CronogramaVer 1.3	CronogramaVer 1.4	CronogramaVer 1.5	CronogramaVer 1.6	CronogramaVer 1.7
Proyectos	52%	54%	57%	67%	64%	81%	81%
Servicios (Mesa de Ayuda)	21%	23%	38%	46%	53%	63%	55%
Infraestructura	26%	33%	97%	98%	99%	99%	98%
Networking	3%	3%	9%	22%	29%	44%	53%
DBA	19%	19%	25%	55%	55%	79%	81%
Aplicaciones SAAS	48%	52%	56%	61%	61%	78%	86%
Aplicaciones ERP-EHR	13%	16%	33%	46%	51%	54%	55%
Aplicaciones WEB	15%	20%	28%	37%	57%	60%	73%
Power BI	20%	20%	31%	48%	58%	76%	78%
Gestión Documental	6%	14%	14%	29%	43%	52%	64%
Gobierno TI	0%	0%	0%	13%	13%	76%	76%
<b>ESTRATEGIA GLOBAL TIC NACIONAL</b>	<b>19%</b> 31/03/2023	<b>23%</b> 31/04/2023	<b>30%</b> 31/05/2023	<b>43%</b> 31/05/2023	<b>49%</b> 30/06/2023	<b>61%</b> 30/09/2023	<b>66%</b> 31/10/2023

*Ilustración 2 Control de Cambio Plan Estratégico TI 2023*

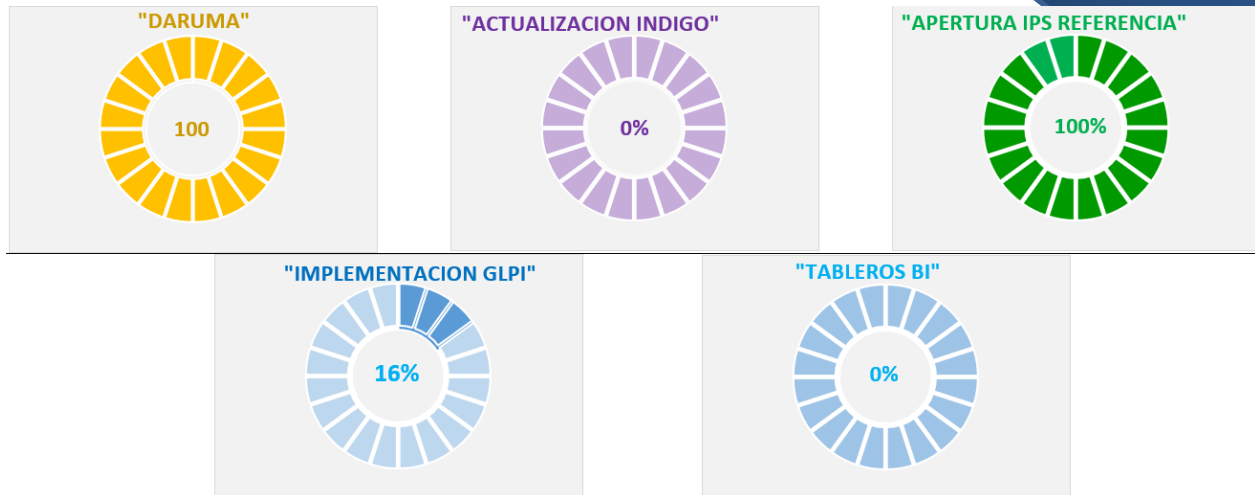
**PORCENTAJE DE TAREAS COMPLETADAS DIMENSIONES**



*Ilustración 3 Informe de Gestión Proyectos Global (todas las compañías) diciembre 2023*

Nombre del Proyectos	Fechas de Inicio	Fecha de Terminación	% de Avance
Daruma	27/03/2023	26/10/2023	100%
Actualización Índigo	4/09/2023	4/11/2023	0%
Implementación de GLPI departamentos Administrativo, Financiero y Calidad	01/08/2023	4/12/2023	16%
Tablero de indicadores de Rotación de cartera, pedido y flujo de pagos	01/09/2023	29/09/2023	0%





*Ilustración 3 Tablero de Proyectos*

**Análisis:** En el proyecto de Daruma (software de calidad) implementan los módulos contratados los cuales son:

- Organizacional
- Indicadores
- Actas
- Planes de acción
- Auditorias
- Oportunidades de mejora
- Riesgos
- Procesos
- No conformes
- Marco legal
- Encuestas
- Satisfacción
- Acreditación
- Habilitación.

Como se puede observar en el siguiente frontal de módulos:







Estos módulos ya cuentan con capacitación y acompañamiento a líderes de las organizaciones, se tienen pendientes de hacer capacitación de módulos restantes a usuarios finales, estas capacitaciones se realizarán por medio de la herramienta Moodle.

El avance en la implementación de Daruma se cuantifica entre los entregables 1. Contrato (100%), 2. Cronograma (100% avance), 3. Acta kick OFF (100%), 4. Plan de gestión del proyecto (100%), 5. Actas de implantación (100%), Con las actividades cumplidas hasta el final de diciembre se tiene un avance total en la implementación del 100%, por cronograma de actividades de capacitación e implementación se ha avanzado en un 100% el cual corresponde al inicio del proyecto, planeación del proyecto, instalación de directorio activo, en actividades y acompañamientos correspondiente a 16 sesiones de entendimiento de procesos de Jersalud y capacitación de líderes en modulo organización, se ha realizado la actividad de cargue documental por parte de Daruma y se está en proceso de validación por el área de procesos (Calidad).

Concepto	Descripción
Nombre del cliente	<b>MIOMED SAS</b>
No. De Contrato	SD-2303
Objeto	Otorgar a título de Suscripción en la Nube, el derecho de Uso del Software DARUMA® SOFTWARE, que consta de 1 Licencia y (19) módulos licenciados, para 15 Usuarios Estándar y 20 Usuarios de Consulta no exclusiva e intransferible, para ser utilizada por EL CLIENTE, en actos lícitos, conforme a las leyes Colombianas.
Plazo de ejecución	4 meses
Vigencia	12 meses contados a partir del acta de instalación
Valor del contrato	Valor en Letras treinta y dos millones novecientos sesenta y dos mil seiscientos cincuenta pesos (\$ 32,962,650)

*Ilustración 4 Información Contractual Daruma 2023*



## 6.2 Adherencia al uso de herramientas

### GRÁFICA. PROPORCIÓN GLOBAL DE USO DE SOFTWARE ADQUIRIDOS (%)

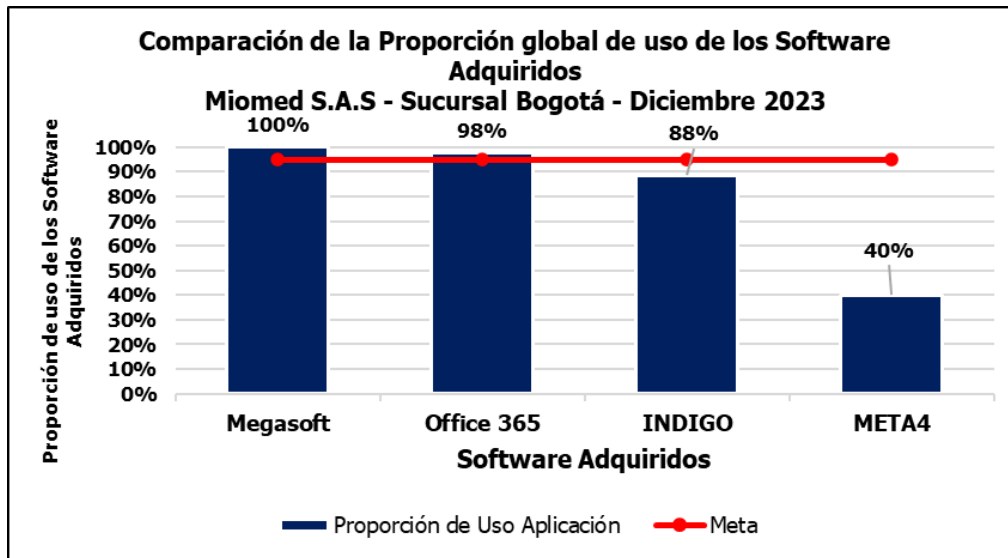


Ilustración 5 Tablero de indicadores TIC

**Análisis:** En Miomed, índigo Vie-His está compuesto por 983 menús de los cuales 331 no aplican con el Core del negocio, quedando 652 menús por evaluar; realizando el seguimiento con el personal de aplicaciones se evidencia un total de 209 menús pendientes por implementar que se llevó al plan de trabajo anual nacional, dando un cumplimiento del 88,4% (392 Menús funcionales /443 Menús implementados) de adherencia para el mes diciembre del 2023, el 11,6% corresponde a menús de módulos que no son funcionales, Office 365 tiene una adherencia del 98%, Megasoft tiene una adherencia del 100% con la implementación y uso de módulo de contratos y Meta4 tiene una adherencia del 40% ya que de los 5 módulos que maneja la aplicación se hace uso únicamente de dos.

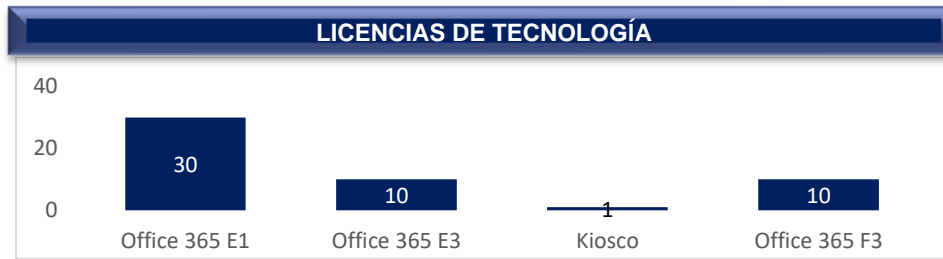
De Meta4 se tienen los siguientes módulos, se ajusta la información con talento humano de los módulos actualmente implementados y se encuentran en uso, próximamente se parametrizará e implementará el módulo de formación de Meta4.

APP	Modulo	FORMULARIO	FUNCIONA	UTILIDAD
META4	CoreHR + OnBoarding	CoreHR + OnBoarding	SI	NO
	Selección	Selección	SI	SI
	Formación	Formación	SI	NO
	Evaluación y Desempeño	Evaluación y Desempeño	SI	NO
	Gestión De Ausencias	Gestión De Ausencias	SI	SI

Tabla 2 Módulos de Meta4 implementados.



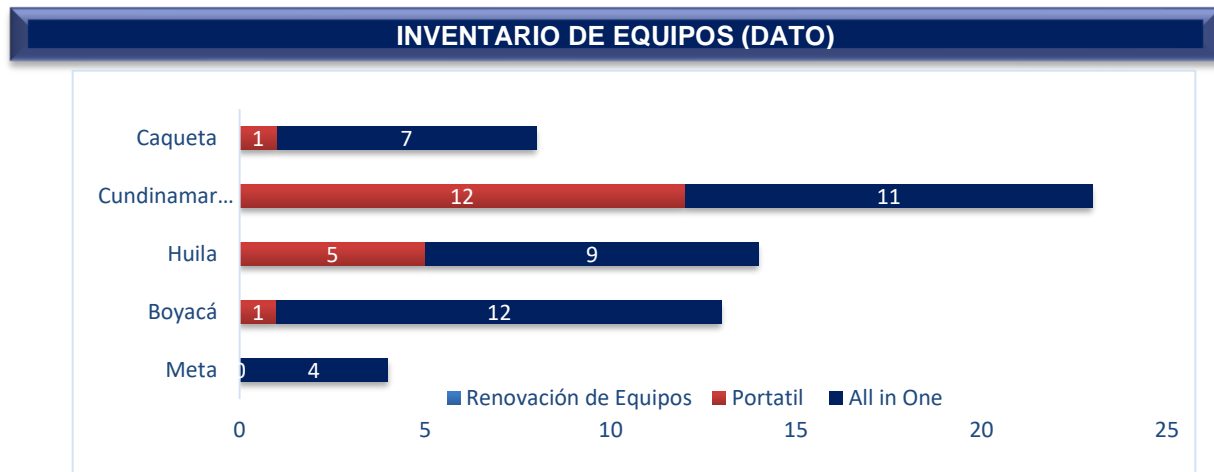
### 6.3 Licencias



Fuente del Dato: Microsoft Office 365

**Análisis:** En Miomed se cuenta con 100 usuarios activos actualmente de a licencia de índigo, en Office 365 hay 30 licencias E1 activas se tienen disponibles 2, hay 10 licencias E3 activas disponible 1 y 10 licencias F3 actualmente activas con una disponible, una licencia kiosco Disponible.

### 6.4 Inventarios



**Análisis:** En inventario de equipos de tecnología Miomed cuenta en total con 62 computadores, 17 Portátiles y 48 All in one distribuidos como se muestra en el grafico en las diferentes sedes, en el mes de septiembre se actualiza matriz de obsolescencia con equipos nuevos portátiles que ingresaron y un movimiento a la sede de apertura IPS.

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

Prioridad	PROPORCIÓN DE NECESIDADES ATENDIDAS														
	1. Baja			2. Media			3. Alta			4. Muy Alta			Total		
Mes	Cerrados	Generados	Indicador	Cerrados	Generados	Indicador	Cerrados	Generados	Indicador	Cerrados	Generados	Indicador	Cerrados	Generados	Indicador
Feb	14	14	100,0 %	28	33	84,8 %	19	20	95,0 %				61	67	91,0 %
Mar	10	10	100,0 %	41	49	83,7 %	19	22	86,4 %				70	81	86,4 %
Abr	13	13	100,0 %	28	28	100,0 %	19	22	86,4 %				60	63	95,2 %
May	7	8	87,5 %	46	50	92,0 %	33	36	91,7 %				86	94	91,5 %
Jun	17	17	100,0 %	42	45	93,3 %	16	16	100,0 %	1			75	79	94,9 %
Jul	8	8	100,0 %	28	34	82,4 %	11	13	84,6 %				47	55	85,5 %
Ago	12	12	100,0 %	47	51	92,2 %	8	8	100,0 %				67	71	94,4 %
Sep	16	17	94,1 %	22	26	84,6 %	31	35	88,6 %				69	78	88,5 %
Oct	11	13	84,6 %	39	39	100,0 %	15	16	93,8 %				65	68	95,6 %
Nov	9	9	100,0 %	36	37	97,3 %	20	22	90,9 %				65	68	95,6 %
Dic	9	9	100,0 %	28	33	84,8 %	22	23	95,7 %				59	65	90,8 %
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>148</b>	<b>95,9 %</b>	<b>420</b>	<b>466</b>	<b>90,1 %</b>	<b>241</b>	<b>264</b>	<b>91,3 %</b>	<b>1</b>			<b>803</b>	<b>879</b>	<b>91,4 %</b>

Ilustración 7 Proporción de necesidades atendidas en GLPI- Tecnología de la Información 2023

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



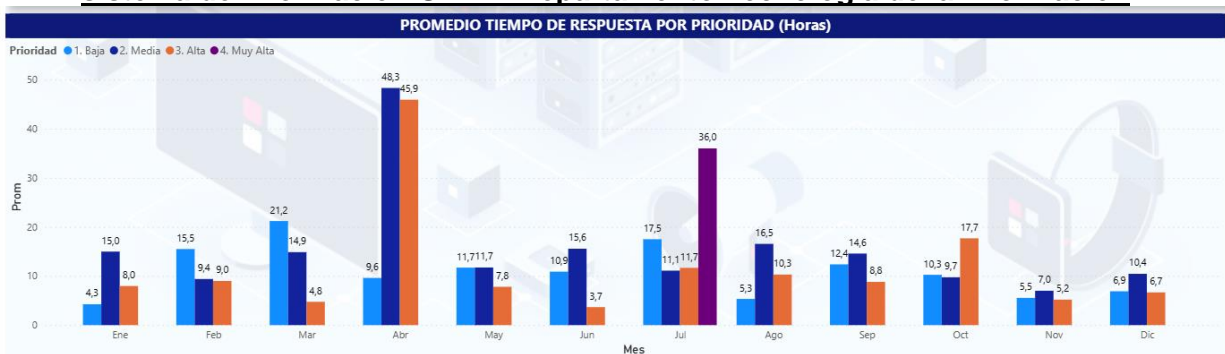
**Análisis:** Para el indicador de **Proporción de necesidades atendidas en el sistema de información GLPI - Departamento de Tecnología** para el mes de diciembre de 2023, se evidencia un cumplimiento **90.8%** (95.6% Anterior) de 65 casos generados se cerraron 59, quedando pendientes 6 casos los cuales se deben a:

- Tres casos creados a final de mes donde dos son de gestión de usuarios y uno de ajuste de punto de red.
- Un caso de configuración de equipos de impresión en un equipo el cual no fue cerrado por el proveedor.
- Un caso de solicitud de reparación de punto de red caso el cual se escala a proveedor panaplus y es resuelto hasta el mes siguiente.

Se hace un comparativo entre el indicador del año 2022 y el 2023, se evidencia una mejora de 2,2% obteniendo un indicador aceptable en la gestión de casos GLPI para el cierre del año 2023.

Dando como resultado un indicador de cumplimiento aceptable en el mes de diciembre.

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



*Ilustración 7 Hallazgo promedio de Tiempos por Prioridad en GLPI - Tecnología de la Información 2023*

**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 2023, para este periodo se presenta según este el promedio de cumplimiento del 8,5 Horas de 65 Casos, según prioridad en:

- Baja: **6.9** Horas límite 48 Horas
- Media: **10.4** Horas con un límite de 16 Horas
- Alta: **6.7** Horas con un límite de 8 horas
- Muy Alta: No se presentan casos, límite de 1 hora.

Como mejoramiento continuo para el indicador de oportunidad se Re parametrizan las horas de respuesta basado en los resultados del 2023 afectando dos prioridades: Baja (48 horas -> 32 horas) y Muy alta (1 hora -> 6 horas).

Se tiene un cumplimiento en las horas de respuesta de los casos resueltos en el mes de diciembre en los casos de respuesta.



## 7 GESTIÓN FINANCIERA

### 7.1 Indicadores financieros

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Indicadores Financieros Periodo: Enero a Diciembre 2023		Regresar a Menu Click Aquí														Desv Ppto	
Indicadores Financieros	Ind	Nombre Indicador	PPTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Acum	Desv Ppto
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales	MBO	Margen Bruto Operacional	62,3%	58,9%	59,9%	63,5%	60,5%	62,5%	61,1%	61,1%	62,1%	61,6%	61,5%	61,9%	61,7%	61,4%	0,9%
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales	MNO	Margen Neto Operacional	99,8%	99,9%	100,0%	100,0%	99,4%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,9%	99,8%	0,2%
Utilidad Antes de Imptos / Vtas Netas Totales	UAI	Utilidad Antes de Impuestos	20,0%	13,8%	15,4%	22,3%	17,1%	25,8%	22,5%	19,9%	22,1%	16,7%	22,4%	23,1%	20,5%	20,4%	-0,3%
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de Servicios	95,0%	87,8%	88,0%	86,7%	87,1%	85,1%	85,8%	85,4%	84,6%	85,2%	86,0%	85,1%	85,7%	86,0%	9,0%
Costo Medicamentos / Vtas Netas Totales	ICM	Indice de Costo Medicamentos	33,8%	36,4%	35,5%	31,4%	33,9%	32,2%	33,3%	33,7%	33,9%	33,9%	32,5%	32,9%	32,9%	33,5%	-0,3%
Costo Hon Medicos / Vtas Netas Totales	IHM	Indice de Costo de Honorarios Médicos	4,0%	4,7%	4,6%	5,1%	5,4%	5,2%	5,5%	5,2%	4,0%	4,5%	6,1%	5,2%	5,3%	5,1%	1,1%
Costo Pnal Asistencial / Vtas Netas Totales	IPS	Indice de Costo de Personal Asistencial	19,9%	0,0%	21,7%	20,2%	20,7%	17,9%	18,4%	20,3%	19,4%	22,0%	19,1%	19,3%	20,2%	20,1%	0,2%
Costo Nomina Admiva / Vtas Netas Totales	IPA	Indice de Costo de Personal Administrativo	11,2%	11,4%	11,7%	11,1%	11,7%	9,4%	10,4%	10,4%	10,9%	11,9%	10,8%	9,7%	10,8%	10,8%	-0,5%
Costo Nomina Total / Ventas Netas Totales	ITP	Indice de Costo Total de Personal	31,1%	11,4%	33,4%	31,4%	32,3%	27,3%	28,8%	30,7%	30,3%	33,9%	29,6%	29,0%	30,9%	30,9%	-0,2%
Total Gasto Administrativos / Vtas Netas Totales	IGA	Indice de Gasto Administrativo	8,9%	8,4%	8,7%	7,4%	8,5%	7,3%	7,5%	8,5%	8,0%	8,8%	7,5%	7,8%	8,1%	8,1%	-0,8%
Total Gasto Financieros / Vtas Netas Totales	IGF	Indice de Gasto Financiero	1,0%	0,0%	1,1%	1,0%	1,1%	1,1%	1,1%	0,9%	0,6%	0,9%	0,9%	1,0%	0,9%	0,9%	-0,1%
Total Gasto Totales / Vtas Netas Totales	IGT	Indice de Gasto Total	21,4%	21,2%	21,7%	19,9%	21,5%	17,8%	19,0%	20,0%	20,0%	22,1%	19,1%	18,6%	20,5%	20,0%	-1,3%
Dcto, Devoluciones y Glosas / Ventas Totales	IAG	Indicador Aceptación Glosas - Devoluic - Desc	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	-0,2%
Dcto, Devoluciones y Glosas Real / Ventas Totales	IGR	Indicador Aceptación Glosas - Real	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente del Dato: Índigo Vie

### 7.2 Informe Ventas

Tabla 1: Ventas

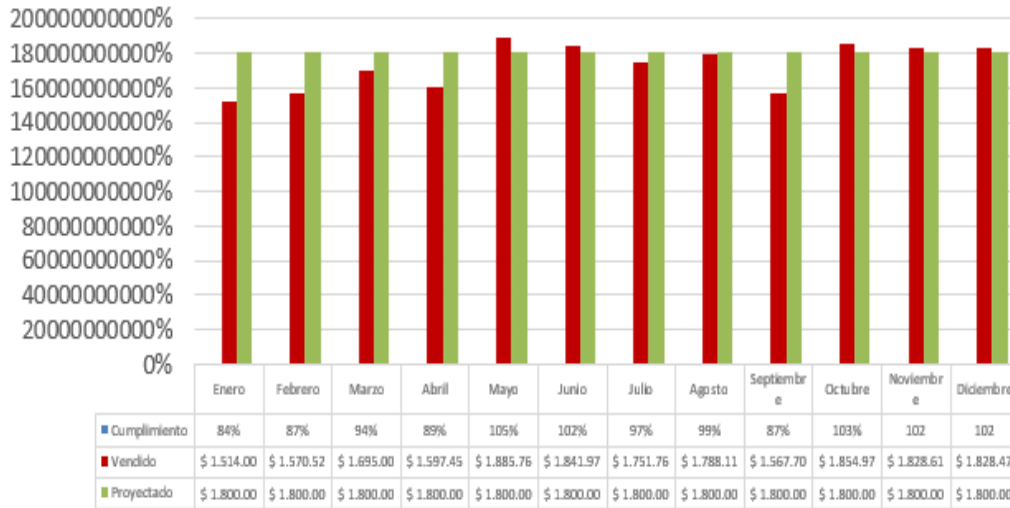
MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Detallado de Ventas Mes a Mes Periodo: Enero a Diciembre 2023		Regresar a Menu Click Aquí		Ir a Graficos											
Nit	Cliente	Promedio Año Anterior	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto					
813001952	MEDILASER NEIVA	\$ 740.000.000	\$ 588.821.960	\$ 611.080.584	\$ 738.925.371	\$ 724.735.540	\$ 918.538.267	\$ 905.738.686	\$ 843.835.281	\$ 879.023.954					
813001952	MEDILASER FLORENCIA	\$ 320.000.000	\$ 290.780.474	\$ 350.385.375	\$ 315.189.175	\$ 272.393.093	\$ 346.506.863	\$ 308.181.100	\$ 293.797.859	\$ 270.330.290					
813001952	MEDILASER TUNJA	\$ 280.000.000	\$ 237.069.990	\$ 227.652.900	\$ 241.482.819	\$ 237.096.420	\$ 220.025.483	\$ 247.139.682	\$ 259.614.577	\$ 263.800.279					
900529056	MEDIFACA	\$ 190.000.000	\$ 163.752.369	\$ 139.903.749	\$ 170.742.464	\$ 180.963.055	\$ 207.171.746	\$ 182.856.310	\$ 158.453.041	\$ 174.603.172					
900622551	JERSALUD BOYACA	\$ 100.000.000	\$ 105.065.349	\$ 102.191.679	\$ 131.450.351	\$ 106.958.475	\$ 118.219.742	\$ 122.756.819	\$ 121.066.579	\$ 119.571.142					
900769549	RED HUMANA	\$ 80.000.000	\$ 57.911.660	\$ 69.007.575	\$ 1.959.865	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -					
900622551	JERSALUD META	\$ 70.000.000	\$ 70.607.140	\$ 70.303.570	\$ 95.257.800	\$ 75.303.570	\$ 75.303.570	\$ 75.303.570	\$ 75.000.000	\$ 80.789.970					
<b>Subtotal</b>		<b>\$ 1.780.000.000</b>	<b>\$ 1.514.008.942</b>	<b>\$ 1.570.525.432</b>	<b>\$ 1.695.007.844</b>	<b>\$ 1.597.450.153</b>	<b>\$ 1.885.765.671</b>	<b>\$ 1.841.976.167</b>	<b>\$ 1.751.767.337</b>	<b>\$ 1.788.118.806</b>					
<b>Subtotal</b>	<b>PACIENTES PARTICULARES</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>					
<b>Subtotal</b>	<b>INGRESOS POR CONVENIO</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>					
<b>TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE LA</b>		<b>\$ 1.780.000.000</b>	<b>\$ 1.514.008.942</b>	<b>\$ 1.570.525.432</b>	<b>\$ 1.695.007.844</b>	<b>\$ 1.597.450.153</b>	<b>\$ 1.885.765.671</b>	<b>\$ 1.841.976.167</b>	<b>\$ 1.751.767.337</b>	<b>\$ 1.788.118.806</b>					

MioMed SAS Nit. 900.973.064-0 Dirección Financiera Detallado de Ventas Mes a Mes Periodo: Enero a Diciembre 2023		Regresar a Menu Click Aquí											
Nit	Cliente	Promedio Año Anterior	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total	% Acumulado	Promedio	Ppto Vigente			
813001952	MEDILASER NEIVA	\$ 740.000.000	\$ 703.098.465	\$ 909.634.573	\$ 923.421.353	\$ 839.052.124	\$ 9.585.906.158	53%	\$ 798.825.513,17	\$ 750.000.000			
813001952	MEDILASER FLORENCIA	\$ 320.000.000	\$ 250.665.910	\$ 304.433.948	\$ 239.557.011	\$ 271.600.136	\$ 3.513.821.234	19%	\$ 292.818.436,17	\$ 300.000.000			
813001952	MEDILASER TUNJA	\$ 280.000.000	\$ 245.069.946	\$ 260.889.433	\$ 265.039.978	\$ 242.905.354	\$ 259.549.049	1%	\$ 245.632.238,25	\$ 300.000.000			
900529056	MEDIFACA	\$ 190.000.000	\$ 174.052.111	\$ 179.895.919	\$ 201.192.892	\$ 173.628.726	\$ 2.107.215.554	12%	\$ 175.601.296,17	\$ 200.000.000			
900622551	JERSALUD BOYACA	\$ 100.000.000	\$ 119.816.385	\$ 125.321.688	\$ 124.405.885	\$ 225.233.299	\$ 1.522.057.393	8%	\$ 126.838.116,08	\$ 100.000.000			
900769549	RED HUMANA	\$ 80.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 128.879.100	0%	\$ 10.739.925,00	\$ 80.000.000			
900622551	JERSALUD META	\$ 70.000.000	\$ 75.000.000	\$ 75.000.000	\$ 75.000.000	\$ 76.058.500	\$ 918.927.690	0%	\$ 76.577.307,50	\$ 70.000.000			
<b>Subtotal</b>		<b>\$ 1.780.000.000</b>	<b>\$ 1.567.702.817</b>	<b>\$ 1.854.975.561</b>	<b>\$ 1.828.617.119</b>	<b>\$ 1.828.478.139</b>	<b>\$ 18.036.356.178</b>	<b>95%</b>	<b>\$ 1.727.032.832,33</b>	<b>\$ 1.800.000.000,00</b>			
<b>Subtotal</b>	<b>PACIENTES PARTICULARES</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>0%</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>			
<b>Subtotal</b>	<b>INGRESOS POR CONVENIO</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>100%</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>			
<b>TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE LA</b>		<b>\$ 1.780.000.000</b>	<b>\$ 1.567.702.817</b>	<b>\$ 1.854.975.561</b>	<b>\$ 1.828.617.119</b>	<b>\$ 1.828.478.139</b>	<b>\$ 18.036.356.178</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 1.727.032.832,33</b>	<b>\$ 1.800.000.000,00</b>			



GRÁFICA: VENTAS (DATO)



■ Cumplimiento ■ Vendido ■ Proyectado

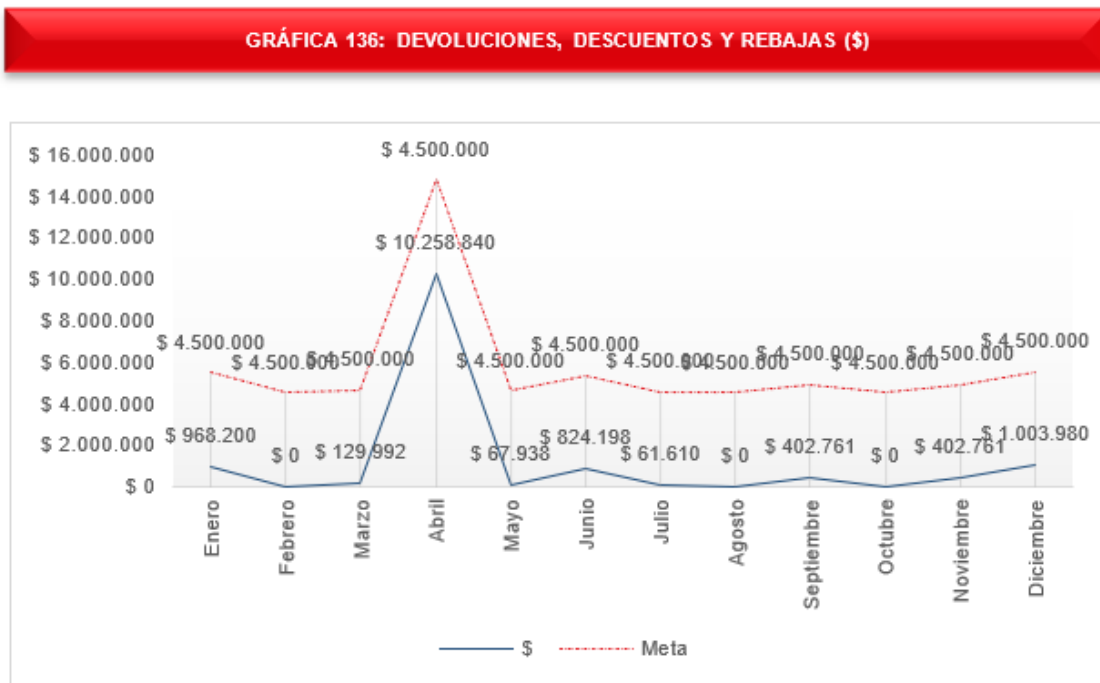
Fuente del Dato: Índigo Vie

**Análisis:** Miomed SAS en el año la meta de \$1.800.000.000 en ventas. Se describen las ventas con respecto al cumplimiento en dato porcentual:

- Enero: 84%
- Febrero: 87%
- Marzo: 94%
- Abril: 89%
- Mayo: 105%
- Junio: 102%
- Julio: 97%
- Agosto: 99%
- Septiembre: 87%
- Octubre: 103%
- Noviembre: 102%
- Diciembre: 102%



### 7.3 Devoluciones, descuentos y rebajas



Fuente del Dato: Índigo Vie

### Análisis:

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

### 7.4 Estado de Resultados

MioMed SAS NIT. 900.973.064-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Periodo: Enero a Diciembre 2023		2		3		4		5		6		7			
Indicador	PPTO	Indicador	ENE	Indicador	FEB	Indicador	MAR	Indicador	ABR	Indicador	MAY	Indicador	JUN		
INGRESOS OPERACIONALES		100,00%	1.800.000.000	100,00%	1.514.011.842	100,00%	1.570.525.432	100,00%	1.695.007.844	100,00%	1.597.450.153	100,00%	1.885.765.671	100,00%	1.841.976.167
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES		100,00%	1.800.000.000	100,00%	1.514.011.842	100,00%	1.570.525.432	100,00%	1.695.007.844	100,00%	1.597.450.153	100,00%	1.885.765.671	100,00%	1.841.976.167
DESCUENTOS GLOSAS (Prov) + RECO		0,25%	4.500.000	0,06%	968.200	0,00%	0	0,01%	129.992	0,64%	10.258.840	0,00%	67.938	0,04%	824.198
INGRESOS NETOS OPERACIONALES		99,75%	1.795.500.000	99,94%	1.513.043.642	100,00%	1.570.525.432	99,99%	1.694.877.852	99,36%	1.587.191.313	100,00%	1.885.697.733	99,96%	1.841.151.969
COSTOS MEDICOS VARIABLES		37,72%	677.343.000	41,12%	622.197.231	40,10%	629.703.682	36,54%	619.306.308	39,48%	626.672.610	37,46%	706.432.320	38,89%	716.090.747
TOTAL COSTOS VARIABLES		37,72%	677.343.000	41,12%	622.197.231	40,10%	629.703.682	36,54%	619.306.308	39,48%	626.672.610	37,46%	706.432.320	38,89%	716.090.747
CONTRIBUCION MARGINAL		62,28%	1.118.157.000	58,88%	890.846.411	59,90%	940.821.750	63,46%	1.075.571.544	60,52%	960.518.703	62,54%	1.179.265.413	61,11%	1.125.885.422
COSTOS MEDICOS FIJOS		19,88%	357.009.000	23,04%	348.666.502	21,71%	341.010.062	20,22%	342.782.819	20,80%	330.162.552	17,91%	337.660.526	18,44%	339.576.193
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS		42,39%	761.148.000	35,83%	642.179.909	38,19%	599.811.888	43,24%	732.788.728	39,72%	630.356.151	44,63%	941.604.887	42,66%	785.485.029
MARGEN BRUTO OPERACIONAL		8,39%	159.315.000	8,39%	126.825.221	8,72%	137.015.712	7,35%	124.622.821	8,52%	135.298.849	7,33%	138.102.716	7,50%	138.086.159
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS		11,22%	201.525.000	11,42%	172.723.970	11,67%	183.251.463	11,13%	188.256.366	11,66%	185.054.632	9,83%	179.711.739	10,89%	195.000.610
SUBTOTAL GASTOS NOMINALES		1,29%	23.135.000	1,43%	21.666.389	1,34%	21.021.276	1,46%	24.678.726	1,34%	21.258.066	1,11%	20.963.179	1,14%	20.968.600
TOTAL GASTOS		21,39%	383.975.000	21,23%	321.215.580	21,73%	341.288.450	19,94%	337.927.912	21,52%	341.611.446	17,97%	338.807.633	19,23%	354.055.368
MARGEN NETO OPERACIONAL		41,27%	740.984.000	44,27%	689.882.082	43,44%	682.288.512	40,16%	680.710.731	42,32%	671.773.988	35,67%	676.468.159	37,67%	693.631.561
MARGEN NETO OPERACIONAL		21,01%	377.173.000	14,60%	220.984.329	16,46%	258.523.238	23,30%	394.880.812	18,19%	288.744.704	26,66%	502.797.254	23,43%	431.429.661
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS		20,04%	359.852.084	13,58%	205.481.419	15,35%	241.083.556	22,35%	378.738.032	17,09%	271.283.169	25,66%	483.794.915	22,36%	411.650.836

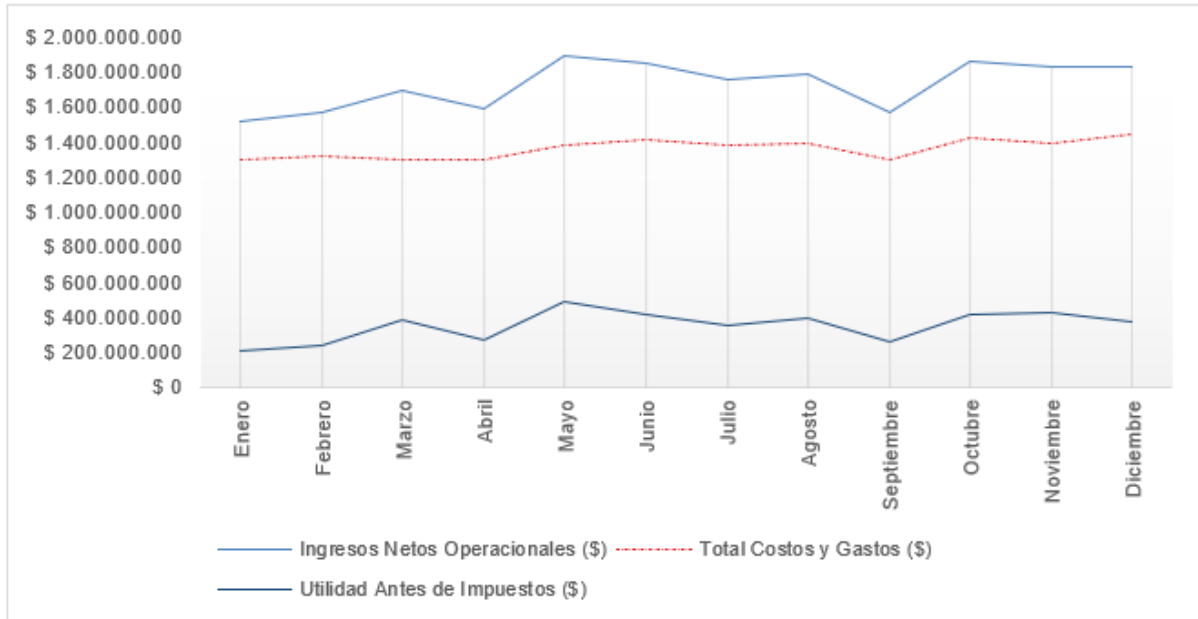
[www.laboratoriosmiomed.com](http://www.laboratoriosmiomed.com)



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



**GRÁFICA. ESTADO DE RESULTADOS (\$)**



Fuente del Dato: Índigo Vie

**Análisis:**

Miomed se proyectó a obtener una utilidad del 20.04% por lo cual en el año esta meta se cumple.

**7.5 Recaudo**

Tabla 2: Recaudo

RECAUDO		
ENERO	100%	1.057.988.279
FEBRERO	130%	1.473.018.897
MARZO	100%	1.101.058.616
ABRIL	99%	1.175.263.498
MAYO	101%	1.228.061.120
JUNIO	96%	1.286.527.010
JULIO	96%	1.240.712.356
AGOSTO	101%	1.487.266.868
SEPTIEMBRE	100%	1.443.349.305
OCTUBRE	10%	137.956.201
NOVIEMBRE	57%	1.380.265.724
DICIEMBRE	60%	1.950.857.826
<b>TOTAL</b>		<b>14.962.325.700</b>

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

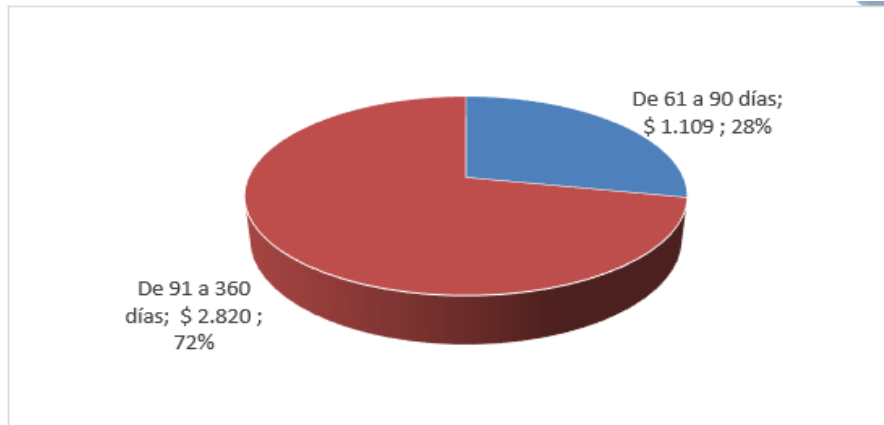








GRÁFICA 140: CUENTAS POR PAGAR (\$ Y %)



Fuente del Dato: Índigo Vie

### Análisis:

Miomed a la fecha cuenta con un 72% de cuentas por pagar mayores a 91 días que equivale a \$2.820 millones de pesos, y un 28% entre 0 y 90 días por valor de \$1.109 millones de pesos.

## 7.8 Flujo de Caja

Flujo de caja Miomed SAS 2023	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general	%	PROMEDIO	
SALDO INICIAL	4.408.150	5.660.933	4.155.325,07	1.525.128,81	3.310.663,57	10.943,90	748.855,11	76.718.845,43	11.305.125,43	1.302.026.912,44	57.944.590,75	30.318.858,29	-	20.450,621	0,10%	1.859,147
FUENTES																
INCAPACIDADES	384.422	6.610.362	951.619	-	1.752.675	-	1.370.836	-	464.000	1.041.825	2.325.702	-	20.450,621	0,10%	1.859,147	
OBLIGACIONES FINANCIERAS	20.000,000	-	-	-	-	-	175.000,000	-	474.000,000	760.000,000	30.000,000	-	1.459.000,000	7,25%	121.583,333	
RECAUDO	1.133.422,779	1.753.305,577	1.431.730,161	1.802.294,799	2.107.858,084	2.006.527,010	1.441.480,256	1.647.266,868	1.444.087,238	190.367,553	1.731.657,095	1.957.298,109	18.647.295,529	92,65%	1.553.941,294	
TOTAL INGRESOS FLUJO DE CAJA	1.133.807,201	1.759.915,939	1.432.681,780	1.804.047,474	2.108.277,640	2.102.897,846	1.446.609,880	2.121.730,868	2.204.087,238	221.409,378	1.733.982,797	1.957.298,109	20.126.746,150	100,00%	1.801.561,763	
USOS																
PROVEEDORES	526.683,576	575.771,749	537.599,140	547.471,986	744.039,492	439.679,002	619.024,873	744.703,182	37.506,527	612.871,473	623.932,585	749.835,375	6.758.898,960	33,84%	563.241,580	
NOMINA	361.910,585	584.133,876	323.703,418	326.936,334	320.181,075	489.719,287	-	334.456,095	669.427,340	2.988,200	334.685,530	840.051,126	4.588.192,866	22,97%	382.349,406	
GASTOS GENERALES	79.133,133	832.706,702	270.043,798	284.755,769	396.931,474	441.896,045	304.803,258	342.483,740	86.625,082	299.180,374	269.582,530	225.344,855	3.335.466,762	16,70%	277.955,563	
OBLIGACIONES FINANCIERAS	55.000,000	338.000,000	185.000,000	500.000,000	500.000,000	500.000,000	650.000,000	285.000,000	398.000,000	-	403.000,000	340.000,000	3.812.000,000	18,18%	302.666,667	
IMPUESTOS	37.324,000	26.251,000	32.668,000	40.389,000	40.149,000	42.827,000	51.395,000	54.604,000	1.301,000	-	46.413,000	87.262,334	-	460.583,334	2,31%	38.381,945
SEGURIDAD SOCIAL	87.403,400	97.327,300	94.980,800	92.871,200	95.735,200	95.758,300	96.349,000	97.254,600	98.328,800	95.229,100	95.942,700	1.574,000	1.048.754,400	5,25%	87.396,200	
GASTOS DE VIAJE	1.001,600	1.300,000	3.386,000	1.906,800	4.610,269	6.419,000	6.136,509	7.732,120	12.245,852	6.009,553	2.272,000	4.841,604	57.861,307	0,29%	4.821,776	
HONORARIOS ADMINISTRATIVOS	4.118,164	7.930,850	7.930,850	7.930,850	7.930,850	15.861,700	7.930,850	7.930,850	7.930,850	-	7.930,850	7.930,850	91.357,514	0,46%	7.613,126	
ANTICIPOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL EGRESOS FLUJO DE CAJA	1.152.554,458	1.761.421,477	1.455.312,006	1.802.261,939	2.111.577,360	2.182.160,334	1.370.639,490	2.187.144,587	913.365,451	1.465.491,700	1.761.608,529	1.825.577,810	19.973.115,142	100,00%	1.657.381,900	
SALDO FINAL FLUJO DE CAJA	5.660,893	4.155,355	1.525,129	3.310,664	10,943	748,455	76.718,845	11.305,125	1.302.026,912	57.944,591	30.318,858	158.039,158	-	-	-	

Fuente del Dato: Índigo Vie

**Análisis:** En el flujo de caja se relacionan las cuentas bancarias de Miomed SAS que son BBVA y Colpatría, los recaudos se han proporcionado de la manera adecuada según lo presupuestado y los usos son las obligaciones que debe cumplir mensualmente la empresa.

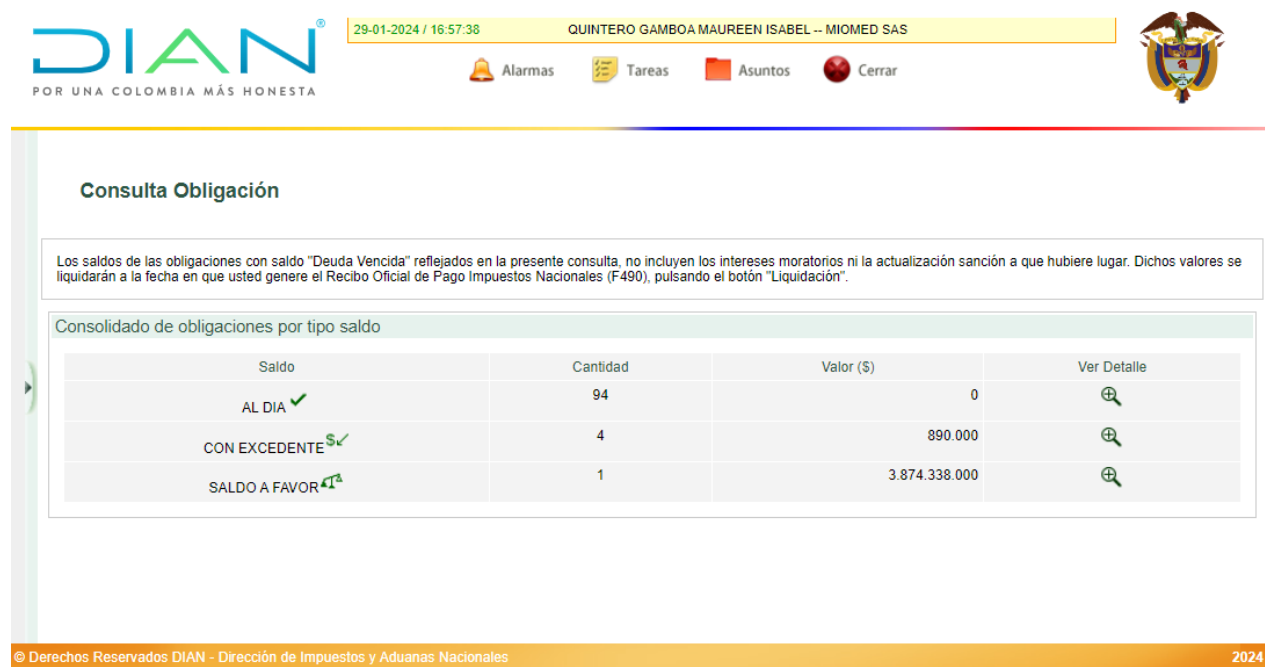
## 7.9 Partes relacionadas

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

Fuente del Dato: Estados Financieros



## 7.10 Pago de impuestos con el Estado



**DIAN** POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

29-01-2024 / 16:57:38 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

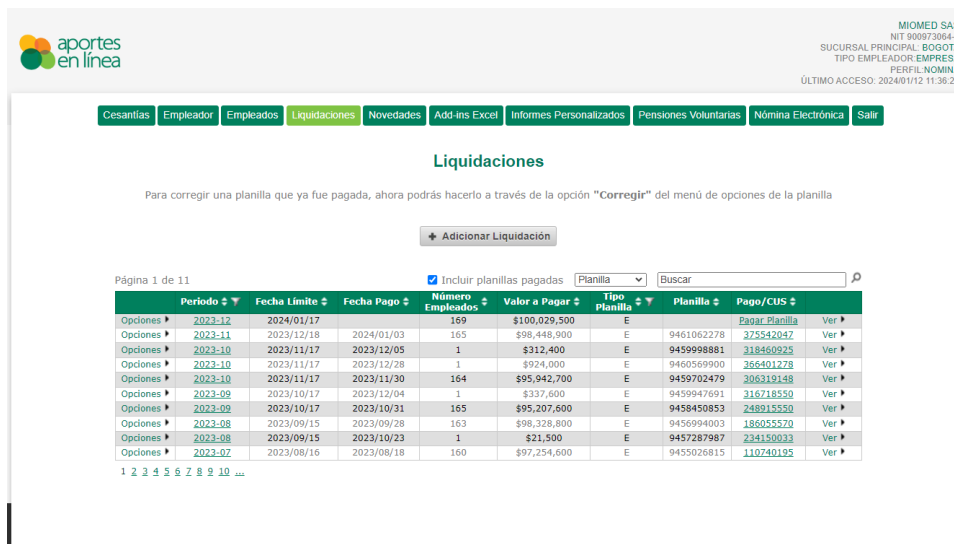
Saldo	Cantidad	Valor (\$)	Ver Detalle
AL DÍA ✓	94	0	
CON EXCEDENTE S✓	4	890.000	
SALDO A FAVOR A✓	1	3.874.338.000	

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

Fuente del Dato: DIAN

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

## 7.11 Sistema de Seguridad Social



aportes en línea

MIOMED SAS  
NIT 900973064-0  
SUCURSAL PRINCIPAL BOGOTÁ  
TIPO EMPLEADOR EMPRESA  
PERFIL NOMINA  
ÚLTIMO ACCESO: 2024/01/12 11:36:28

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

### Liquidaciones

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

[+ Adicionar Liquidación](#)

Página 1 de 11  Incluir planillas pagadas

Opciones	Periodo	Fecha Límite	Fecha Pago	Número Empleados	Valor a Pagar	Tipo Planilla	Planilla	Pago/CUS	Ver
	2023-12	2024/01/17		159	\$100,029,500	E		Pagar Planilla	Ver
	2023-11	2023/12/18	2024/01/03	165	\$98,448,900	E	9461062278	32552042	Ver
	2023-10	2023/11/17	2023/12/05	1	\$312,400	E	9459998881	318460925	Ver
	2023-10	2023/11/17	2023/12/28	1	\$924,000	E	9460566900	366401278	Ver
	2023-10	2023/11/17	2023/11/30	164	\$95,942,700	E	9459702470	306319148	Ver
	2023-09	2023/10/17	2023/12/04	1	\$337,600	E	9459947691	316718550	Ver
	2023-09	2023/10/17	2023/10/31	165	\$95,207,600	E	9458450853	248915550	Ver
	2023-08	2023/09/15	2023/09/28	163	\$98,328,800	E	9456994003	186055570	Ver
	2023-08	2023/09/15	2023/10/23	1	\$21,500	E	9457287987	234150033	Ver
	2023-07	2023/08/16	2023/08/18	160	\$97,254,600	E	9455026815	110740195	Ver

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

Fuente del Dato: Aportes en Línea

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

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



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



## 7.12 Reporte de Nómina Electrónica

← Consultar documentos enviados
Miomed Sas  
Quintero Gamboa Maureen Isabel

Código único	Prefijo y folio	NIT receptor	Rango de fechas
<input type="text" value="Código único"/>	<input type="text" value="Prefijo y folio"/>	<input type="text" value="NIT receptor"/>	<input type="text" value="2024/01/01 - 2024/01/29"/>
Tipo de documento	Resultado	Estado RADIAN	Tipo de referencia
<input type="text" value="Nomina individual electrónica"/>	<input type="text" value="Todos..."/>	<input type="text" value="Todos..."/>	<input type="text" value="Todos..."/>

Buscar

**Resultados de búsqueda**

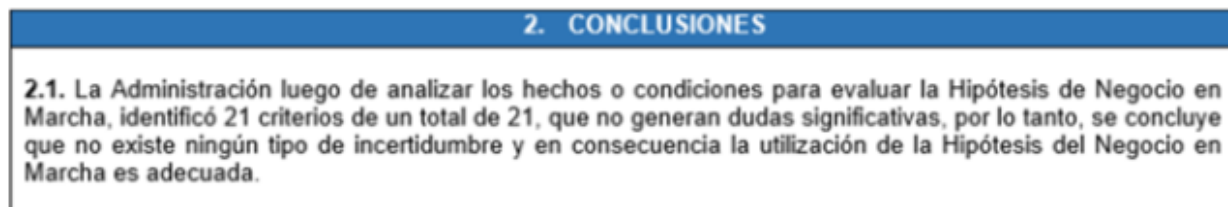
Mostrar **10 registros** ▾

Recepción	Fecha	Prefijo	Nº documento	Tipo	NIT Emisor	Emisor	NIT Receptor	Receptor	Resultado	Estado RADIAN	Valor Total
	16-01-2024	16-01-2024	4472	Nomina Individual	900973064	MIOMED SAS	17423297	JHON ALEXANDER P...	Aprobado	<span style="color: green;">●</span> No Aplica	\$1,314,654
	16-01-2024	16-01-2024	4434	Nomina Individual	900973064	MIOMED SAS	40329514	SONIA CONSUELO B...	Aprobado	<span style="color: green;">●</span> No Aplica	\$1,316,333

**Fuente del Dato:** DIAN

**Análisis:** A la DIAN la última nómina electrónica reportada fue la de diciembre, sin presentar novedades, estando al día con la obligación.

## 7.13 Evaluación de Hipótesis de negocio de puesta en marcha



**Fuente del Dato:** Estados Financieros

**Análisis:** Miomed SAS no genera dudas significativas sobre el Negocio en marcha a corte a la fecha evaluada.



## 8 SEGUIMIENTO A PROYECTOS

- **Proyecto Laboratorio IPS Miomed**

Se elabora plan de trabajo para la habilitación de apertura de Miomed como IPS en la ciudad de Neiva, con inicio en mayo 2023; se encuentra en proceso de liberación de la licencia de construcción para el proceso de radicación ante la secretaria de Salud.

- Certificación ISO 9001:2015 se recibe visita de certificación en Sistema de Gestión de Calidad del laboratorio clínica a las sedes de Medilaser Neiva Centro, Medilaser Neiva Abner Lozano, Medilaser Florencia, Medifaca, y renovación de certificado para Medilaser Tunja.

### ANEXOS.

Anexo 1. Ninguno

