



RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS
DE BUCARAMANGA S.A.

Líderes en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

INFORME DE GESTIÓN

ENERO 27 DE 2023

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL..... | 8 |
| 2.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:..... | 8 |
| 2.1.1 Identificación y Naturaleza: | 8 |
| 2.1.2 Misión..... | 8 |
| 2.1.3 Visión | 8 |
| 2.1.4 Políticas Corporativas | 8 |
| 2.1.7 Organigrama | 12 |
| 2.1.8 Junta Directiva | 13 |
| 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LA SOCIEDAD..... | 14 |
| 3.1 ESTADOS FINANCIEROS | 14 |
| 3.1.1 ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL | 14 |
| 3.1.2 ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA | 15 |
| 4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y TERAPEUTICAS..... | 18 |
| 5. GESTIÓN ADMINISTRATIVA..... | 23 |
| 5.1 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 23 |
| 5.1.1 SG-SST PLAN BÁSICO | 23 |
| 5.1.2 PLAN DE TRABAJO ANUAL | 23 |
| 5.1.3 PLAN DE CAPACITACIÓN | 24 |
| 5.1.4 GESTIÓN EPP..... | 25 |
| 5.1.5 PLAN DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES | 25 |
| 5.1.6 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA | 25 |
| 5.1.6.1 Controles de calidad..... | 25 |
| 5.1.6.2 Formación..... | 26 |
| 6. PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA..... | 27 |
| 6.1 ACCIDENTALIDAD, ENFERMEDAD LABORAL Y AUSENTISMO | 27 |

| | |
|--|----|
| 6.2 VERIFICACIÓN, INSPECCIÓN A ENTIDADES TERRITORIALES..... | 28 |
| 6.3 GESTIÓN DE RESIDUOS..... | 29 |
| 7. FARMACOVIGILANCIA..... | 30 |
| 8. TECNOVIGILANCIA..... | 31 |
| 8.1 INDICADORES DEL PROGRAMA..... | 31 |
| 9. SEGURIDAD DEL PACIENTE..... | 32 |
| 9.1 MODULO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE..... | 32 |
| 9.1.1 CONSOLIDADO DE DATOS AÑO 2022..... | 32 |
| 9.1.2 CLASIFICACIÓN REPORTES DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA .. | 33 |
| 9.1.2 SITIOS DE OCURRENCIA..... | 34 |
| 9.1.3 CLASIFICACIÓN GENERAL SEGÚN OMS AÑO 2022..... | 34 |
| 10. GESTION DEL SISTEMA SARLAFT..... | 36 |
| 10.1 EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES..... | 36 |
| 10.2 CUMPLIMIENTO DE REPORTES..... | 37 |
| 10.3 CAPACITACIÓN AL PERSONAL DIRECTIVO, ASISTENCIAL Y A SOCIOS... 39 | |
| 10.3.1 Capacitaciones a personal administrativo, asistencial y cuerpo médico | 39 |
| 10.4 Matriz de Riesgos Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo | 40 |
| 11. PROYECTOS AREA DE LAS TIC | 44 |
| 12. CONTROL DE MEJORA CONTINUA..... | 45 |
| 13. REGISTRO NACIONAL DE BASE DE DATOS..... | 45 |
| 14. CAPACITACIÓN AL PERSONAL..... | 46 |
| 15. TRATAMIENTO DE DATOS..... | 47 |
| 15.1 EVALUACIÓN DE INDICADORES DE DESEMPEÑO..... | 47 |
| 16. PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD..... | 50 |
| 16.1 PLAN DE ACCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS) 2022..... | 50 |
| 16.1 INDICADORES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PRIMER SEMESTRE AÑO 2022..... | 53 |
| 17. PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES Y DENUNCIAS PQRD 55 | |
| 17.1 OPORTUNIDAD EN PQRSD..... | 57 |

| | |
|---|----|
| 17. PROYECTOS AÑO 2023..... | 58 |
| 18. ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES ACAECIDOS DESPUÉS DEL CIERRE DEL EJERCICIO | 59 |
| 19. EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD | 60 |
| 20. OPERACIONES CELEBRADAS CON LOS SOCIOS O ACCIONISTAS Y CON LOS ADMINISTRADORES | 61 |
| 21. ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR POR PARTE DE LA SOCIEDAD | 62 |

Lista de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Estado de Resultado integral | 14 |
| Tabla 2. Análisis del Activo a diciembre 31 de 2022 | 15 |
| Tabla 3. Análisis del Pasivo a diciembre 31 de 2022 | 16 |
| Tabla 4. Principales indicadores financieros con corte a 31 de diciembre comparativos 2022-2021 | 17 |
| Tabla 5. Consolidado de estudios de apoyo diagnostico 2022 | 18 |
| Tabla 6. Consolidado de estudios de apoyo diagnostico por sedes 2022..... | 20 |
| Tabla 7. Análisis de estudios servicio ambulatorio 2022..... | 21 |
| Tabla 8 . Análisis de estudios servicio Hospitalario 2022..... | 22 |
| Tabla 9. Programa Gestión de Riesgos | 27 |
| Tabla 10. Gestión de residuos Generados (KG) | 29 |
| Tabla 11. Indicadores programa farmacovigilancia año 2022 | 30 |
| Tabla 12. Indicadores programa tecnovigilancia | 31 |
| Tabla 13. Reportes realizados área de Cumplimiento..... | 37 |
| Tabla 14. Reporte de operaciones sospechosas | 37 |
| Tabla 15. Reporte de transacciones en efectivo | 38 |
| Tabla 16. Reporte de Operaciones Inusuales | 38 |
| Tabla 17. Total, de personal capacitado en SARLAFT-SICOF | 39 |
| Tabla 18. Matriz de riesgo residual | 41 |
| Tabla 19. Mapa de Riesgo Inherente | 42 |
| Tabla 20. Mapa de Riesgo Residual | 43 |
| Tabla 21. Personal capacitado en Protección de datos y seguridad de la información. 47 | |
| Tabla 22. Total, de consultas atendidas relacionadas con Protección de datos personales | 48 |
| Tabla 23. Total, Reclamos asociados al tratamiento de datos personales..... | 49 |
| Tabla 24. Total, Incidentes de Seguridad Sobre Tratamiento de Datos Personales. | 49 |
| Tabla 25. Plan de Acción en participación social en salud 2022..... | 50 |

| | |
|--|----|
| Tabla 26. Motivos de quejas atendidas y gestionadas en el año 2022 | 56 |
| Tabla 27. Consolidado PQRSD año 2022..... | 57 |

Lista de graficas

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Consolidado de estudios año 2022..... | 19 |
| Gráfico 2. Consolidado de estudios grafico por sedes año 2022 | 20 |
| Gráfico 3. Análisis grafico de estudios en el servicio ambulatorio 2022 | 21 |
| Gráfico 4. Análisis grafico de estudios en el servicio hospitalario 2022 | 22 |
| Gráfico 5. Análisis del ausentismo laboral 2022..... | 28 |
| Gráfico 6. Residuos generados año 2022 | 29 |
| Gráfico 7. Consolidados reportes del año 2022 | 32 |
| Gráfico 8. Clasificación de reportes de atención insegura | 33 |
| Gráfico 9. clasificación de reportes de atención insegura por sedes | 34 |
| Gráfico 10. Clasificación de incidentes de acuerdo con la OMS 2022 | 35 |
| Gráfico 11. Total, de personal capacitado en SARLAFT-SICOF..... | 40 |
| Gráfico 12. Personal capacitado en Protección de datos y seguridad de la información | 47 |

1. INTRODUCCIÓN

Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A presentó a la Asamblea General de Accionistas el informe de gestión en donde se detallan las actividades más significativas realizadas durante el año 2022.

A continuación, se describe lo relacionado con actividad principal mostrando con ello los logros obtenidos a través de su direccionamiento estratégico, procesos de evaluación, análisis de la situación financiera, la gestión administrativa, indicadores y mejora continua.

Los resultados frente al análisis Financiero de la compañía se presentan comparativos con corte a 31 de diciembre del 2022-2021, teniendo en cuenta las normas actuales que rigen los procesos contables y la información en Colombia, determinando el estado de la situación actual financiera de la institución prestadora de servicios de salud.

Así mismo se puede evidenciar un incremento mayor en los exámenes de Rayos x simples, Ecografías, en las tres (3) sedes habilitadas para la prestación del servicio incluyendo pacientes hospitalizados, servicio de urgencias y ambulatorios atendiendo la necesidad de nuestros usuarios en el área de influencia, Bucaramanga, Santander y nuestros departamentos vecinos.

Dentro de la gestión administrativa ejecutada se cumplieron los cronogramas establecidos en el plan de trabajo anual integrando las diferentes áreas de trabajo promoviendo el desarrollo eficaz y la integración empresarial como base fundamental para la realización de las mismas manteniendo los sistemas de prevención del riesgo, plan de capacitación, protección radiológica, control de calidad, ausentismo, enfermedad laboral, verificación de estándares y cumplimiento ante las entidades territoriales, gestión de residuos, cumplimiento programa de farmacovigilancia y tecno vigilancia, seguridad

del paciente y la participación social en salud dando cumplimiento al compromiso con cada uno de nuestros colaboradores, socios y entes gubernamentales.

La organización adopto en este mismo año la circular 20211700000005-5 expedida por el Ministerio de Salud, manteniéndose actualizado frente al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del Terrorismo SARLAFT asumiendo la responsabilidad y el compromiso empresarial mediante el monitoreo de la información tanto de los clientes internos como externos.

Por último, se enmarcan los sistemas de evaluación e indicadores de oportunidad en donde se hace seguimiento oportuno por parte de la institución a la recepción y análisis de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias (PQRSD) con corte a 31 de diciembre de 2022, evidenciadas por medio de los diferentes canales comunicación estableciendo planes de mejora que permitan satisfacer las inconformidades de nuestros usuarios.

Es importante resaltar la importancia de la Junta directiva quienes encaminan el desarrollo de actividades entorno al crecimiento empresarial, el avance tecnológico y el cumplimiento de la normatividad legal vigente, a cada uno de los colaboradores por el apoyo, la efectividad el respeto y la calidad del trabajo dentro de la prestación del servicio.

2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

2.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO:

2.1.1 Identificación y Naturaleza:

RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A. es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad, de carácter privado, que presta servicios en el Departamento de Santander, a través de dos (2) sedes ubicadas en el Municipio de Floridablanca y una (1) sede ubicada en la ciudad de Bucaramanga.

2.1.2 Misión

Somos una empresa privada con proyección a la comunidad, dedicada a la prestación de servicios especializados en imagenología diagnóstica y terapéutica, con tecnología y recurso humano multidisciplinario en constante actualización científica, y excelente gestión administrativa y financiera, para brindar atención integral con altos estándares de oportunidad, seguridad y calidad a los usuarios

2.1.3 Visión

Para el año 2030 seremos líderes en la prestación de servicios de imagenología diagnóstica y de tratamiento en el nororiente colombiano, reconocidos por la excelencia del talento humano y la prestación de servicios con oportunidad, seguridad y calidad al usuario, soportado en tecnología e innovaciones científicas

2.1.4 Políticas Corporativas

Propicia el equilibrio financiero sin sacrificar la calidad de los servicios, la actualización tecnológica permanente. Preservar las labores docente-asistenciales que permiten sostener los mejores niveles de conocimiento.

Busca obtener las utilidades suficientes para financiar el crecimiento de la organización y retribuir en forma razonable a sus socios.

Ofrece servicios de imagenología en forma integral, oportuna y con calidad técnica y humana.

Mantiene los logros de calidad mediante mejoramiento continuo de procesos soportado en un recurso humano comprometido y con competencias definidas alrededor de los principios y valores organizacionales.

Establece un sistema de organización estratégica, innovador y flexible que se adapte a la normatividad técnica y operativa para una optimización de recursos y mejoramiento del servicio.

Garantiza la calidad de la atención en salud a través de un enfoque sistémico de la atención a los usuarios y de mecanismos de control eficientes, eficaces y efectivos.

Trabaja permanentemente para mejorar la satisfacción y la lealtad de sus clientes.

Es una organización abierta a profesionales del sector salud sin comprometer el ejercicio profesional de sus Socios.

Busca que la vivencia de la filosofía corporativa sea responsabilidad y compromiso de todos.

Fortalece el talento humano mediante la capacitación, el mejoramiento de las competencias técnicas; promueve el compromiso, la creatividad, la participación de los colaboradores y la conciliación de su vida laboral y apoya a su grupo médico en iniciativas para la creación de nuevos servicios.

Permite que sus empleados se involucren en el éxito de la empresa, dando estabilidad laboral con base en su desempeño; provee un sitio de trabajo agradable y seguro; y les ayuda a tener un sentido de satisfacción y realización en su trabajo.

Provee los recursos necesarios y suficientes para mantener y mejorar la infraestructura.

Propende por la capacitación permanente de sus colaboradores y de los profesionales.

Principios Corporativos

Ética Profesional: Está orientada a seguir una serie de reglas morales tanto implícitas como explícitas que lleven a realizar la labor sin generar daño a los clientes, la institución o a nosotros mismos, ni a buscar exclusivamente el beneficio propio, siendo solidarios y responsables con todo y con todos.

Trabajo en Equipo: Es la mutua colaboración de todos los funcionarios con el fin de alcanzar la consecución de un o unos resultados determinados por las políticas institucionales. Siendo fundamental que cada funcionario cumpla a cabalidad sus funciones y no entorpecer así la labor de otros.

Proceso de Mejoramiento: Es la identificación y análisis de cada paso de los procesos de la empresa, lo que lleva a identificar las debilidades en estos, haciendo los ajustes necesarios para asegurar el buen desarrollo institucional, el logro de los objetivos y el crecimiento de la organización. Es un ejercicio continuo que brinda cada vez mayores retos.

Manejo Adecuado y Racional de la Tecnología: La empresa brinda los equipos de trabajo requeridos para el desarrollo de las actividades del día a día; se espera que todos los funcionarios hagan un uso respetuoso y responsable de ellos teniendo en cuenta el control del gasto y el cuidado del medio ambiente.

Valores

Responsabilidad: Es asumir y hacerse cargo de sus actos y omisiones, en el ejercicio de sus funciones.

Servicio: Servir con vocación, es sacar los dones y talentos de cada quien y ponerlos al servicio de los demás; es satisfacer las necesidades y superar las expectativas de nuestros pacientes; es dar sentido a la existencia, entregando amor y esperanza a todos nuestros semejantes.

Honestidad: Conducta recta, de acuerdo con la moral y las buenas costumbres, que lleva a observar normas y compromisos con un cumplimiento exigente por parte de todo el equipo humano.

Compromiso: Trabajar para el cumplimiento óptimo de la misión y visión de la institución.

Respeto: Reconocimiento de la dignidad del otro, aptitud de comprensión del ser de los demás que permite entender su actuación y conducirse con cordura y tolerancia frente a ello.

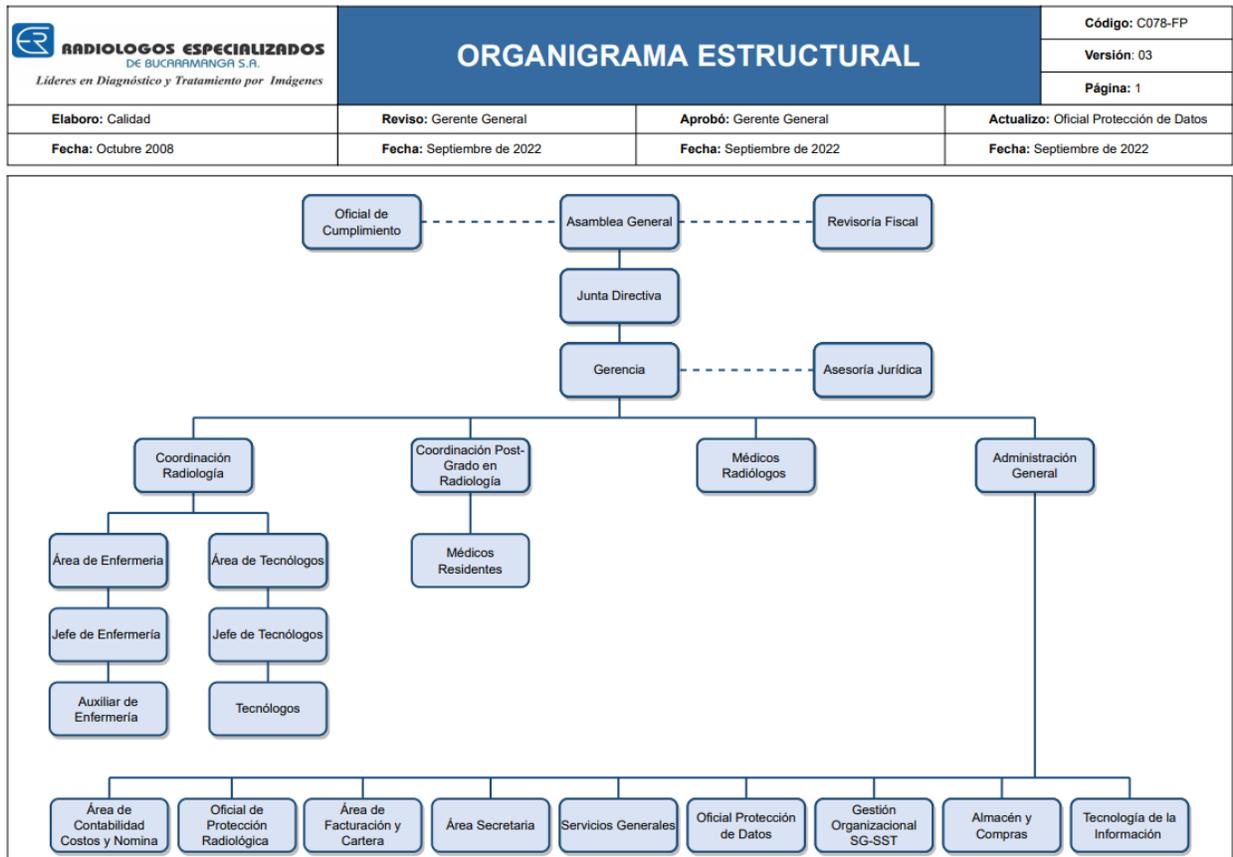
Trabajo en Equipo: Es trabajar juntos para mejorar un proceso. Gracias a su conocimiento y la experiencia que posee cada miembro del equipo, se pueden lograr verdaderas mejoras trabajando en colaboración más que individualmente; es mejorar

continuamente mediante la optimización de los procesos y la eliminación del desperdicio; es crear poder de equipo y desarrollar la actitud de que ninguno es igual de inteligente que todos juntos; y es acentuar lo positivo por medio del reconocimiento permanente.

Competitividad: Satisfacción oportuna de las necesidades y expectativas del cliente lo que implica un compromiso de excelencia en calidad y servicio.

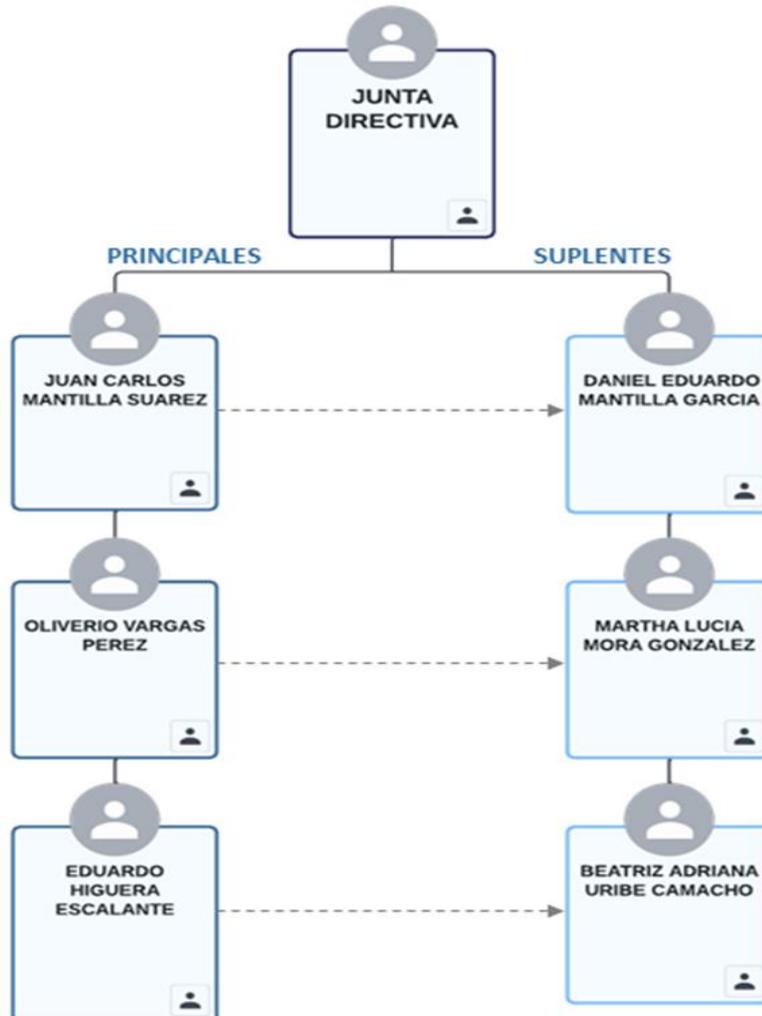
2.1.7 Organigrama

RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A. está ordenada según áreas jerárquicas de acuerdo a su misión y sus objetivos, la estructura organizacional de la empresa se basa en la división del personal en áreas Asistencial y Administrativa.



2.1.8 Junta Directiva

La Junta Directiva está compuesta por tres (3) miembros principales socios de la compañía, con sus respectivos suplentes, designados por la Asamblea General de Accionistas para un periodo de un (1) año.



3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LA SOCIEDAD

Se presentan las cifras de la compañía, comparativas con corte a diciembre 31 de 2022-2021, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera aceptadas en Colombia, las cuales se basan en las Normas Internacionales de Información Financiera para pequeñas y medianas entidades NIIF para las Pymes.

3.1 ESTADOS FINANCIEROS

3.1.1 ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL

Reflejan un aumento en los ingresos operacionales netos en un 33.99% correspondiente a \$10.897.488 los costos se incrementaron en un 30.09% correspondiente a \$7.508.322, la ganancia operacional y antes de impuestos corresponde a \$6.579.949, comparativa con el periodo anterior aumenta en 73.28% equivalente a \$2.782.561.

Tabla 1. Estado de Resultado integral

|  Nit. 800.101.728 - 9 Estado de Resultados Integral por los años terminados el 31 de Diciembre: (Cifras expresadas en miles de pesos) | | | | |
|---|-------------------|-------------------|------------------|---------------|
| | 2022 | 2021 | Var. Absoluta | Var. Real |
| INGRESOS | | | | |
| Ingresos en Actividades Ordinarias | 42.959.345 | 32.061.857 | 10.897.488 | 33,99% |
| TOTAL INGRESOS | 42.959.345 | 32.061.857 | | |
| COSTOS | | | | |
| Costos de venta | 14.917.195 | 9.062.989 | 5.854.206 | 64,59% |
| (-) Descuentos Comerciales | (1.788.035) | (1.017.859) | - 770.175 | 75,67% |
| Dirección Científica | 19.328.108 | 16.903.816 | 2.424.292 | 14,34% |
| TOTAL COSTOS | 32.457.268 | 24.948.946 | 7.508.322 | 30,09% |
| GANANCIA BRUTA EN VENTAS | 10.502.077 | 7.112.911 | 3.389.166 | 47,65% |
| Otros ingresos | 277.063 | 470.045 | - 192.982 | -41,06% |
| De administración | 1.933.096 | 1.631.404 | 301.691 | 18,49% |
| Depreciaciones | 1.410.270 | 1.493.452 | - 83.181 | -5,57% |
| Amortizaciones | 72.826 | 40.707 | 32.119 | 78,90% |
| Deterioros | 114.230 | 0 | 114.230 | 100,00% |
| Otros gastos | 190.298 | 156.897 | 33.402 | 21,29% |
| Costos financieros | 478.471 | 463.108 | 15.363 | 3,32% |
| GANANCIA POR ACTIVIDADES DE OPERACIÓN | 6.579.949 | 3.797.388 | 2.782.561 | 73,28% |
| GANANCIA ANTES DE IMPUESTOS | 6.579.949 | 3.797.388 | | |
| Impuesto a las Ganancias | 2.439.552 | 1.281.172 | 1.158.380 | 90,42% |
| GANANCIA DEL EJERCICIO | 4.140.397 | 2.516.216 | 1.624.181 | 64,55% |

Fuente: Información de ingresos, costos y gastos a 31 de diciembre del 2022-2021
Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A.

3.1.2 ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA

El activo corriente aumenta en un 26.76% correspondiente a \$6.095.388 dentro de sus cifras más representativas se encuentran los deudores y otras cuentas por cobrar que incrementaron en \$6.257.563 equivalente al 36.15%.

El activo no corriente disminuyó en un 10.37% correspondiente a \$1.380.738, dentro de sus cifras más representativas se encuentran las Inversiones con un 32.04%.

El activo total equivale a 40.806.391 incrementando en 4.714.650 que equivale a 13.06%

Tabla 2. Análisis del Activo a diciembre 31 de 2022

|  RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A. <i>Líderes en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes</i> Nit. 800.101.728 - 9 | | | | |
|--|-------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| <u>Estado de Situación Financiera a Diciembre 31 de:</u> | | | | |
| (Cifras expresadas en miles de pesos) | | | | |
| ACTIVO | 2022 | 2021 | Var. Absoluta | Var. Real |
| ACTIVO CORRIENTE | | | | |
| Efectivo y equivalentes | 3.267.088 | 3.541.197 | -274.109 | -7,74% |
| Deudores y otras cuentas por cobrar | 23.568.817 | 17.311.254 | 6.257.563 | 36,15% |
| Inventarios | 220.010 | 193.397 | 26.613 | 13,76% |
| Activos por Impuesto | 1.710.526 | 1.646.293 | 64.233 | 3,90% |
| Otros activos | 108.291 | 87.204 | 21.087 | 24,18% |
| TOTAL ACTIVO CORRIENTE | 28.874.732 | 22.779.344 | 6.095.388 | 26,76% |
| ACTIVO NO CORRIENTE | | | | |
| Propiedad, planta y equipo | 9.424.660 | 10.377.163 | -952.503 | -9,18% |
| Propiedades de Inversión | 1.252.877 | 1.252.877 | 0 | 0,00% |
| Inversiones | 894.592 | 1.316.357 | -421.765 | -32,04% |
| Deudores y otras cuentas por cobrar | 164.757 | 219.577 | -54.820 | -24,97% |
| Intangibles distintos a plusvalía | 194.774 | 146.423 | 48.351 | 33,02% |
| TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE | 11.931.659 | 13.312.397 | -1.380.738 | -10,37% |
| TOTAL ACTIVO | 40.806.391 | 36.091.741 | 4.714.650 | 13,06% |
| CUENTAS DE ORDEN | 0 | 0 | 0 | |

*Fuente: Estado de Situación Financiera a 31 de diciembre del 2022-2021(Activo)
Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A.*

El pasivo corriente incremento en \$2.853.526 que equivale al 35.18% dentro de sus cifras más representativas, pasivos por impuestos con el 88.79%, Cuentas por pagar 31.19% y Obligaciones financieras que representaron el 20.85%.

El pasivo no corriente incremento en \$ 2.847.603 correspondiente 28.45% dentro de sus cifras más representativas están cuentas por pagar con el 39.36% y las Obligaciones financieras con el 24.49%.

El pasivo total equivale a \$18.124.950 que incrementa en \$5.953 equivale a 0.03%.

El patrimonio total es de \$22.681.441, el cual aumenta en \$4.708.726 corresponde a un 26.20%.

Tabla 3. Análisis del Pasivo a diciembre 31 de 2022

|  Nit. 800.101.728 - 9 Estado de Situación Financiera a Diciembre 31 de: (Cifras expresadas en miles de pesos) | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| PASIVO | 2022 | 2021 | | |
| PASIVO CORRIENTE | | | | |
| Obligaciones financieras | 2.411.634 | 1.995.604 | 416.030 | 20,85% |
| Cuentas por pagar | 5.030.543 | 3.834.571 | 1.195.972 | 31,19% |
| Pasivos por impuesto | 2.486.392 | 1.317.036 | 1.169.356 | 88,79% |
| Obligaciones por Beneficios a Empleados | 1.025.102 | 956.623 | 68.479 | 7,16% |
| Diferidos | 10.571 | 6.882 | 3.689 | 53,60% |
| TOTAL PASIVO CORRIENTE | 10.964.243 | 8.110.716 | 2.853.526 | 35,18% |
| PASIVO NO CORRIENTE | | | | |
| Obligaciones financieras | 5.203.429 | 6.890.614 | -1.687.185 | -24,49% |
| Cuentas por pagar | 1.591.549 | 2.624.749 | -1.033.200 | -39,36% |
| Pasivos por impuesto | 365.729 | 492.947 | -127.218 | -25,81% |
| TOTAL PASIVO NO CORRIENTE | 7.160.707 | 10.008.310 | -2.847.603 | -28,45% |
| TOTAL PASIVO | 18.124.950 | 18.119.027 | 5.923 | 0,03% |
| PATRIMONIO | | | | |
| Capital Autorizado | 3.424.690 | 3.300.000 | 124.690 | 3,78% |
| Capital por Suscribir | (422.420) | (422.420) | 0 | 0,00% |
| Capital Suscrito y Pagado | 3.002.270 | 2.877.580 | 124.690 | 4,33% |
| Reservas y Fondos | 11.696.568 | 9.008.255 | 2.688.313 | 29,84% |
| Ganancia del periodo | 4.140.397 | 2.516.216 | 1.624.181 | 64,55% |
| Resultados de ejercicios anteriores | 2.188.994 | 1.672.778 | 516.216 | 100,00% |
| Ajustes por reexpresión NIIF/IFRS | 1.653.212 | 1.897.886 | -244.674 | -12,89% |
| TOTAL PATRIMONIO | 22.681.441 | 17.972.714 | 4.708.726 | 26,20% |
| TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO | 40.806.391 | 36.091.741 | 4.714.650 | 13,06% |
| CUENTAS DE ORDEN POR CONTRA | 0 | 0 | 0 | |

*Fuente: Estado de Situación Financiera a 31 de diciembre del 2022-2021 (Pasivo)
Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A.*

Los principales indicadores financieros con corte a 31 de diciembre comparativos 2022-2021 son los siguientes:

Tabla 4. Principales indicadores financieros con corte a 31 de diciembre comparativos 2022-2021

| INDICADOR | 2022 | 2021 | Variación absoluta |
|---|-------------|-------------|---------------------------|
| CAPITAL DE TRABAJO | 17.910.489 | 14.668.628 | 22,10% |
| LIQUIDEZ | 2,63 | 2,81 | -6,41% |
| SOLVENCIA | 2,25 | 1,99 | 13,07% |
| PRUEBA ACIDA | 0,46 | 0,65 | -29,23% |
| NIVEL DE ENDEUDAMIENTO A CORTO PLAZO | 0,27 | 0,22 | 22,73% |
| APALANCAMIENTO TOTAL | 0,8 | 1,01 | -20,79% |
| APALANCAMIENTO A CORTO PLAZO | 0,48 | 0,45 | 6,67% |
| APALANCAMIENTO FINANCIERO TOTAL | 0,34 | 0,49 | -30,61% |
| MARGEN BRUTO DE GANANCIA | 24,45% | 22,18% | 10,23% |
| MARGEN OPERACIONAL DE GANANCIA | 15,32% | 11,84% | 29,39% |
| MARGEN NETO DE GANANCIA | 15,32% | 11,84% | 29,39% |
| GANANCIA NETA DESPUÉS DE IMPUESTO | 9,64% | 7,85% | 22,80% |
| RENDIMIENTO DEL PATRIMONIO | 29,01% | 21,13% | 37,29% |
| GANANCIA DESPUÉS DE IMPUESTO | 18,25% | 14,00% | 30,36% |

| | | | |
|--|-------|------|--------|
| RENDIMIENTO POR ACCION | 14,39 | 8,74 | 64,65% |
| SUFICIENCIA PATRIMONIAL | 755% | 625% | 20,80% |
| OBLIGACIONES MERCANTILES DE MÁS DE 360 DÍAS | 0% | 0% | 0,00% |
| OBLIGACIONES LABORALES DE MÁS DE 360 DÍAS | 0% | 0% | 0,00% |

*Fuente: Principales Indicadores Financieros a 31 de diciembre del 2022-2021
Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A.*

4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y TERAPEUTICAS

La prestación de los servicios de imágenes diagnosticas durante este año 2022, se realizó a través las modalidades de atención ambulatoria y hospitalaria para un total de 315.414 estudios distribuidos en las diferentes unidades de atención donde los Rayos X Simples fueron los de mayor volumen con un 43% que corresponden a 136.802 exámenes y las Ecografías con un 32% como se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 5. Consolidado de estudios de apoyo diagnostico 2022

| CONSOLIDADO ESTUDIOS AÑO 2022 | | |
|--------------------------------------|--------------------|----------|
| EXAMEN | Nº Exámenes | % |
| RX SIMPLES | 136.802 | 43% |
| ECOGRAFIAS | 101.342 | 32% |
| DOPPLER | 20.157 | 6% |
| MAMOGRAFIAS | 16.776 | 5% |
| INTERVENCIONISMO | 8.098 | 3% |
| CONSULTAS | 7.514 | 2% |
| PORTATILES | 7.019 | 2% |
| BIOPSIAS - DRENAJES | 6.067 | 2% |
| RX ESTUDIOS ESPECIALES | 3.777 | 1% |
| INTENSIFICADORES | 3.103 | 1% |
| PORTATIL X ECO | 1.760 | 1% |
| BIOPSIAS MAMARIAS | 1.554 | 0% |
| TOMOSINTESIS | 1.445 | 0% |
| TOTAL | 315.414 | |

Fuente: Consolidado de estudios 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A.

Gráfico 1. Consolidado de estudios año 2022



Fuente: Análisis gráfico consolidado de estudios 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

Para la prestación de los exámenes diagnósticos y terapéuticos se realizaron a través de las sedes de atención ubicadas dos (2) en la ciudad de Floridablanca y una (1) en Bucaramanga:

Sede Centro Médico CAL: 216.730 exámenes que corresponde al 69% del total de los estudios se cuenta con: siete (7) salas de ecografía distribuidas en Modulo 15 tres (3), Modulo 20 una (1); Modulo 26 una (1); Modulo 44 dos (2). *Salas de Rayos x cinco (5) Modulo 15 cuatro (4), Modulo 44 una(1), Sala de Intervencionismo una (1) Modulo 35 una(1).

Sede FOSUNAB: 54,384 que equivalen al 17% con dos (2) salas de ecografía y una(1) de intervencionismo,

Sede Cabecera: 44,300 representa el 14% en esta sede se cuenta con dos (2) salas de ecografía y una (1) sala de Rayos X.

Tabla 6. Consolidado de estudios de apoyo diagnostico por sedes 2022

| CONSOLIDADO ESTUDIOS POR SEDE DE ATENCIÓN AÑO 2022 | | | | |
|--|----------------|---------------|---------------|----------------|
| EXAMEN | CENTROCAL | FOSUNAB | CABECERA | TOTAL |
| BIOPSIAS - DRENAJES | 6.013 | 54 | - | 6.067 |
| BIOPSIAS MAMARIAS | 34 | 1520 | - | 1.554 |
| CONSULTAS | 2.516 | 4998 | - | 7.514 |
| DOPPLER | 14.007 | 2888 | 3.262 | 20.157 |
| ECOGRAFIAS | 68.317 | 15870 | 17.155 | 101.342 |
| INTENSIFICADORES | 1.215 | 1888 | - | 3.103 |
| INTERVENCIONISMO | 5.179 | 2919 | - | 8.098 |
| MAMOGRAFIAS | - | 16776 | - | 16.776 |
| PORTATIL X ECO | 1.292 | 468 | - | 1.760 |
| PORTATILES | 4.428 | 2591 | - | 7.019 |
| RX ESTUDIOS ESPECIALES | 3.777 | 0 | - | 3.777 |
| RX SIMPLES | 109.952 | 2967 | 23.883 | 136.802 |
| TOMOSINTESIS | 0 | 1445 | - | 1.445 |
| | 216.730 | 54.384 | 44.300 | 315.414 |

Fuente: consolidado de estudios por sedes año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

Gráfico 2. Consolidado de estudios grafico por sedes año 2022



Fuente: consolidado de estudios por sedes año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

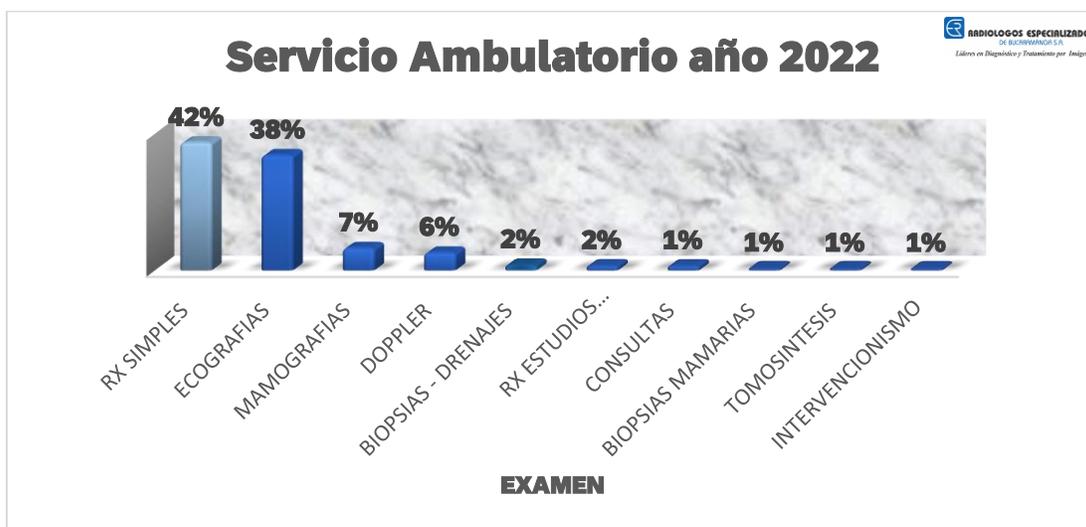
El servicio ambulatorio representó un 72% que corresponden a 227.417 exámenes realizados, los Rayos X simples fueron los de mayor cantidad con 95.870 estudios que equivalen al 42,16%, y las ecografías que aportaron 86.372 exámenes para un 37.98%.

Tabla 7. Análisis de estudios servicio ambulatorio 2022

| SERVICIO AMBULATORIO 2022 | | |
|---------------------------|----------------|-----|
| EXAMEN | N° Estudios | % |
| RX SIMPLES | 95.870 | 42% |
| ECOGRAFIAS | 86.372 | 38% |
| MAMOGRAFIAS | 16.750 | 7% |
| DOPPLER | 13.315 | 6% |
| BIOPSIAS - DRENAJES | 4.054 | 2% |
| RX ESTUDIOS ESPECIALES | 3.423 | 2% |
| CONSULTAS | 3.333 | 1% |
| BIOPSIAS MAMARIAS | 1.518 | 1% |
| TOMOSINTESIS | 1.445 | 1% |
| INTERVENCIONISMO | 1.337 | 1% |
| TOTAL EXAMENES | 227.417 | |

Fuente: consolidado de estudios servicio ambulatorio año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

Gráfico 3. Análisis grafico de estudios en el servicio ambulatorio 2022



Fuente: consolidado de estudios servicio ambulatorio año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

En la unidad de atención hospitalaria con un 28% para un total de 87.997 exámenes donde los Rayos X simple aportan el 47% y las ecografías el 17%, Portátiles, Doppler, Intervencionismo, con el 24%, Consultas 5%, intensificadores 4% y los demás estudios 3 %.

Tabla 8 . Análisis de estudios servicio Hospitalario 2022

| SERVICIO HOSPITALARIO 2022 | | |
|----------------------------|---------------|-----|
| EXAMEN | N° Estudios | % |
| RX SIMPLES | 40.932 | 47% |
| ECOGRAFIAS | 14.970 | 17% |
| PORTATILES | 7.019 | 8% |
| DOPPLER | 6.842 | 8% |
| INTERVENCIONISMO | 6.761 | 8% |
| CONSULTAS | 4.181 | 5% |
| INTENSIFICADORES | 3.103 | 4% |
| BIOPSIAS - DRENAJES | 2.013 | 2% |
| PORTATIL X ECO | 1.760 | 2% |
| RX ESTUDIOS ESPECIALES | 354 | 0% |
| BIOPSIAS MAMARIAS | 36 | 0% |
| MAMOGRAFIAS | 26 | 0% |
| TOTAL | 87.997 | |

Fuente: consolidado de estudios servicio hospitalario año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

Gráfico 4. Análisis grafico de estudios en el servicio hospitalario 2022



Fuente: consolidado de estudios servicio hospitalario año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

5. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Se desarrollaron las diferentes actividades de acuerdo a los cronogramas establecidos para cada uno de las áreas según la estructura jerárquica de la empresa.

5.1 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1.1 SG-SST PLAN BÁSICO

Actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.

Realización Perfil sociodemográfico 2022.

Revisión y aprobación de los objetivos del SG-SST.

Revisión y actualización de las políticas: Seguridad y Salud en el Trabajo, Prevención del acoso laboral y Prevención de sustancias psicoactivas.

Revisión del reglamento de higiene y seguridad industrial.

Actualización de la matriz legal donde se defina la normatividad vigente y aplicable a la empresa.

Realización de 25 inducciones en el sistema de gestión y la reinducción anual para todos los trabajadores.

Se programan exámenes médicos ocupacionales de ingreso y egreso para evaluar las condiciones de salud de la población trabajadora.

5.1.2 PLAN DE TRABAJO ANUAL

Se elabora Plan de Trabajo Anual donde incluya, objetivo, meta, responsabilidades, actividades por cada uno de los componentes descritos a continuación:

- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Condiciones de Salud en el Trabajo
- Investigación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades de Origen Laboral
- Vigilancia de las Condiciones de Salud de los Trabajadores
- Identificación De Peligros Evaluación Y Valoración De Riesgos
- Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST

- Comité de Convivencia Laboral
- Capacitación, Entrenamiento, Inducción Y Reinducción
- Gestión EPP
- Programa de Inspecciones
- SVE biológico
- SVE biomecánico
- SVE psicosocial
- Programa Estar bien
- SVE Físico - Radiaciones Ionizantes
- Plan de gestión del Riesgo de Desastres
- Compras y contratación
- Gestión del cambio
- Conservación de Documentos
- Reincorporación Laboral
- Gestión de Resultados SG-SST
- Auditoria
- Revisión por la Dirección
- Indicadores

Acciones Preventivas y Correctivas con base a los resultados del SG-SST.

Departamento de Gestión Ambiental

| | | | |
|----------|-------------|-----|------|
| P | Programado | 281 | 100% |
| E | Ejecutado | 281 | 100% |
| R | Reprogramar | 0 | 0% |

5.1.3 PLAN DE CAPACITACIÓN

Se fortalecen las competencias del personal en materia de promoción y prevención de la salud mediante el cumplimiento del Plan de Capacitación Anual con formaciones específicas que permitan prevenir, intervenir y controlar los diferentes riesgos identificados según el cargo y área de trabajo.

| | | | |
|----------|-------------|----|------|
| P | Programado | 65 | 100% |
| E | Ejecutado | 65 | 100% |
| R | Reprogramar | 0 | 0% |

5.1.4 GESTIÓN EPP

Se realiza revisión de los Elementos de Protección Personal requeridos para hacer frente a la pandemia, garantizando la seguridad de los trabajadores.

Se suministran 2350 tapabocas quirúrgicos, 123 batas y 68 cajas de guantes en promedio por mes. En mayo se realiza actualización del Protocolo de Bioseguridad conforme a los lineamientos permitidos por el Ministerio de Salud y en concordancia con la clínica FOSCAL, en el cual se retira el uso permanente de respiradores N95, batas y gorros desechables en el personal asistencial, quedando estos elementos de protección a en disposición permanente para las áreas asistenciales para uso exclusivo en tiempos de exposición.

5.1.5 PLAN DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES

Capacitación Brigada de emergencias de febrero a noviembre, en las cuáles se abordan los siguientes temas:

- Plan de gestión del riesgo de desastres
- Inducción a los primeros auxilios
- Lesiones de tejido blando
- Lesiones óseas, articulares y musculares
- Emergencias cardiorrespiratorias
- Emergencias médicas, picaduras y mordeduras
- Control de incendios
- Técnicas básicas de rescate
- Primera respuesta a incidentes con materiales peligrosos
- Gestión del riesgo de desastres, sistema comando de incidentes
- Se realiza simulacro de emergencia el 28 de octubre en las sedes FOSUNAB y Centro Médico Carlos Ardila Lulle.

5.1.6 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

El principal objetivo de la protección radiológica es presentar, normas, reglamentos y procedimientos de obligatorio cumplimiento para el uso de radiaciones ionizantes con fines médicos en la Institución. A los usuarios y los colaboradores para lograr un adecuado manejo y control de la protección radiológica, incluyendo la seguridad tecnológica de las fuentes de radiación y protección del medio ambiente.

5.1.6.1 Controles de calidad

- Equipo de Angiografo INFINIX-I INFX-8000V

- Equipo Rayos X IME 100L Serie W3B1332019
- Equipo Rayos X IME 100L Serie W3B1332018
- Equipo Rayos X Clearscope SXT-1000A
- Equipo Rayos X RAFFINE
- Equipo Rayos X Siregraph-B-946012
- Equipo Rayos X Winscope Plessart
- Equipo Rayos X DXS 550
- Equipo Rayos X RADREX
- Equipo Rayos X BRIVO OEC 785
- Equipo Rayos X Clearscope 1000
- Equipo Rayos X IME-100L/W1
- Equipo Rayos X AMX-3
- Equipo Rayos X BRIVO OEC 850
- Equipo Rayos X RAD-2

5.1.6.2 Formación

- Formación Uso y recambio de la dosimetría personal
- Formación Magnitudes básicas en protección radiológica
- Formación Efectos sobre la salud por la exposición a radiaciones ionizantes
- Socialización Procedimiento de inspección inicial y calentamiento de los equipos emisores de radiaciones ionizantes
- Procedimientos y métodos para reducir la exposición y uso adecuado de EPP
- Procedimiento a seguir en caso de incidente o emergencia radiológica

6. PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Tabla 9. Programa Gestión de Riesgos

| PROGRAMA DE GESTIÓN DE RIESGOS | % CUMPLIMIENTO | ANÁLISIS |
|--|----------------|--|
| Programa de vigilancia epidemiológica Biomecánico | 100% | Se evidencia el cumplimiento de las actividades planeadas en el programa de riesgo biomecánico. |
| Programa de vigilancia epidemiológica Psicosocial | 95% | Se da cumplimiento a las actividades programadas para prevención del riesgo psicosocial, se aplicó la batería de riesgo psicosocial. |
| Programa de estilos de vida saludable, Estar Bien | 100% | se continua con las actividades de estilos de vida saludable, bienestar, prevención de riesgo cardiovascular y consumo de sustancias psicoactivas. |
| Programa de gestión del riesgo biológico para la prevención del COVID 19 | 95% | Se da cumplimiento con el protocolo de bioseguridad y todas las medidas sanitarias establecidas para el sector salud. |
| Programa Radiaciones | 100% | La empresa cuenta con la asesoría permanente de un médico físico, quien se encarga del apoyo al programa de Radiaciones. |

Fuente: Programa Gestión de Riesgos y % de cumplimiento año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

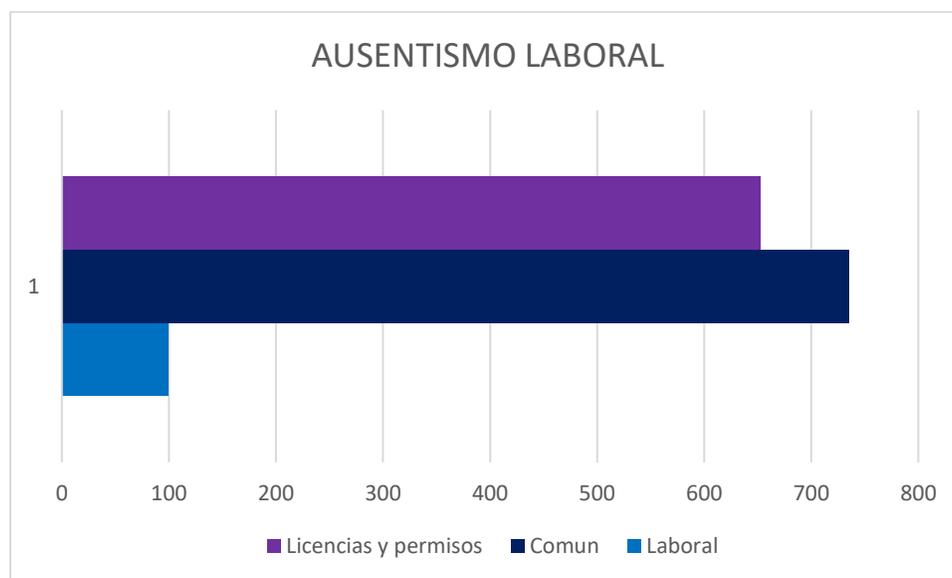
6.1 ACCIDENTALIDAD, ENFERMEDAD LABORAL Y AUSENTISMO

En el periodo se registraron 10 Accidentes de Trabajo, de los cuales 7 fueron por COVID-19, 1 punción y 2 mecánicos, todos investigados y con plan de acción cerrados a la fecha de este informe.

Durante el año 2022 se presentó un ausentismo de 1487 días, de los cuales 99 fueron de origen laboral entre los que predominan los días de aislamiento por COVID-19, 735 de origen común evidenciándose 200 días por enfermedad osteomusculares, 206

respiratorias, 75 gastrointestinales, 19 cerebrovasculares, entre otras. Finalmente, se presentan 653 días de ausentismo por licencias y permisos como se ilustra en la gráfica.

Gráfico 5. Análisis del ausentismo laboral 2022



Fuente: Análisis de ausentismo laboral año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

6.2 VERIFICACIÓN, INSPECCIÓN A ENTIDADES TERRITORIALES

El día 25 de febrero la Secretaría de Salud Municipal realizó inspección de la actualización anual del PGIRASA, verificando el cumplimiento de las medidas de vigilancia y control de residuos, diligenciamiento de formato RH1, canecas e indicadores de gestión de residuos internos, con un resultado favorable para el concepto sanitario para las sedes Centro médico y FOSUNAB.

El día 4 de octubre la Secretaría de Salud Departamental realizó inspección de la actualización anual del PGIRASA, verificando el cumplimiento de las medidas de vigilancia y control de residuos, diligenciamiento de formato RH1, canecas e indicadores de gestión de residuos internos, con un resultado favorable para el concepto sanitario para la sede Cabecera del Llano.

El día 31 de mayo, 1 y 2 de junio la Secretaría de Salud Departamental realizó visita para la verificación del cumplimiento de los parámetros establecidos en la Resolución 482 de 2018 con el objetivo de emitir las licencias de práctica médica a los equipos emisores de radiaciones ionizantes de las tres sedes de la institución.

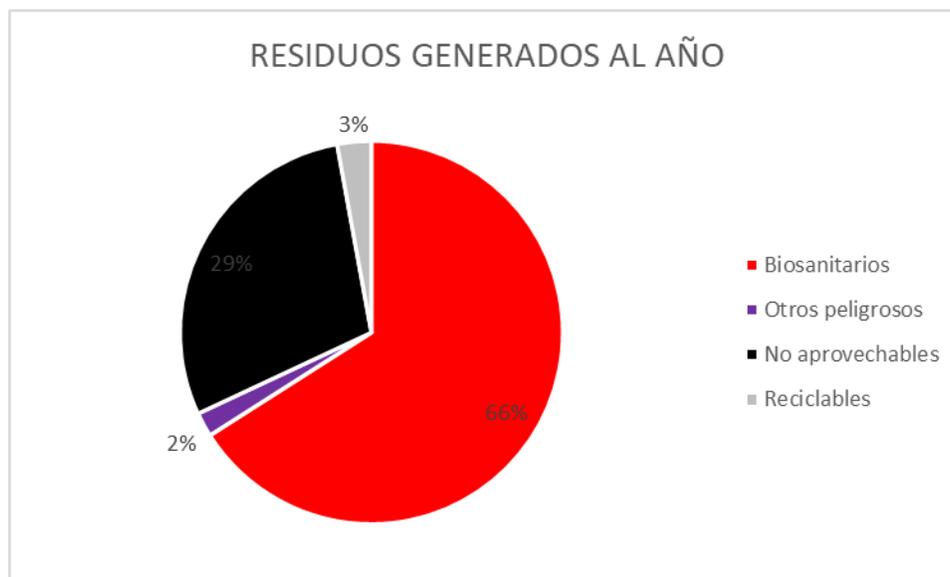
6.3 GESTIÓN DE RESIDUOS

Tabla 10. Gestión de residuos Generados (KG)

| RESIDUOS GENERADOS (Kg) | | | | |
|-------------------------|------------------|------------------|-------------|-------|
| Biosanitarios | Otros peligrosos | No aprovechables | Reciclables | Total |
| 10814 | 338 | 4766 | 471 | 16389 |

Fuente: Residuos generados año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

Gráfico 6. Residuos generados año 2022



Fuente: Residuos generados año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

7. FARMACOVIGILANCIA

Considerando la importancia en el seguimiento de los medicamentos post-comercialización, se ejecutaron las siguientes actividades asistenciales y administrativas con la participación de los colaboradores de la institución:

- Auditorias del carro de paros del módulo 35, modulo 15.
- Semaforización, señales de alerta de las próximas fechas a vencer.
- Medicamentos LASA, identificación de similitud física de medicamentos.
- Reportes de informe al INVIMA en la plataforma VIGIFLOW al momento de suceder el evento y/o incidente.
- Se realiza actualización de documentación (manuales, procedimientos, programa)
- Realizar lista de verificación de procedimientos en administración de medicamentos en el servicio, aplicando los 11 correctos:
 - Antes de Preparar y Administrar medicamentos lávese las manos.
 - Verifique si el usuario corresponde a la orden médica del procedimiento.
 - Verifique que el medicamento sea el correcto.
 - Informe al Usuario sobre el medicamento que le va a administrar
 - Pregunte o Indague sobre alergias.
 - Verifique la dosis correcta.
 - Verifique la vía correcta de administración.
 - Verifique la fecha de caducidad del medicamento y presentación del mismo.
 - Administre el medicamento a la velocidad correcta.
 - Compruebe que el paciente no tome el medicamento prescripto.
 - Registre cada medicamento que se administra
 - Revisión de las alertas emitidas en la plataforma del INVIMA de los medicamentos fraudulentos, engañosos con registro sanitario falso.

Tabla 11. Indicadores programa farmacovigilancia año 2022

| INDICADORES DE FARMACOVIGILANCIA AÑO 2022 | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------------|-----------|
| INDICADOR | NUMERADOR | # EVENTOS REPORTADOS | # EXAMENES CON MEDICAMENTO | RESULTADO |
| Eventos Farmacovigilancia | Numero Total de Eventos de Farmacovigilancia | 0 | 11.875 | 0 |
| Eventos Serios de Farmacov | Numero Total de Eventos Serios de Farmacovigilancia | 0 | 11.875 | 0 |
| Eventos No Serios de Farmacov | Numero Total de Eventos No Serios de Farmacovigilancia | 0 | 11.875 | 0 |
| Complicaciones de Farmacov | Numero Total de Complicaciones de Farmacovigilancia | 0 | 11.875 | 0 |
| Numero Total Eventos Reportados | | 0 | | |

Fuente: Informe programa farmacovigilancia, año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

8. TECNOVIGILANCIA

Realización de controles de calidad, cálculos de blindaje, a los equipos biomédicos emisores de radiación ionizante.

- Equipos de rayos x portátiles
- Equipos de rayos x convencional
- Equipos de rayos x arco en c
- Equipos de mamografía

8.1 INDICADORES DEL PROGRAMA

Tabla 12. Indicadores programa tecnovigilancia

| INDICADOR DE TECNOVIGILANCIA AÑO 2022 | | | | |
|--|--|----------------------|-----------------------|-----------|
| INDICADOR | NUMERADOR | # EVENTOS REPORTADOS | # EXAMENES REALIZADOS | RESULTADO |
| Eventos Serios de Tecnovigilancia | Numero Total de Eventos Serios de Tecnovigilancia | 0 | 315.414 | 0,00% |
| Eventos No Serios de Tecnovigilancia | Numero Total de Eventos No Serios de Tecnovigilancia | 0 | 315.414 | 0,00% |
| Falla de calidad | Numero Total de Eventos por falla de calidad | 9 | 315.414 | 0,29% |
| Error en el uso | Numero Total de Eventos por error en el uso | 0 | 315.414 | 0,00% |
| Complicaciones de Tecnovigilancia | Numero Total de complicaciones de Tecnovigilancia | 0 | 315.414 | 0,00% |
| Incidentes Tecnovigilancia | Numero Total de Incidentes de Tecnovigilancia | 0 | 315.414 | 0,00% |
| Numero Total Eventos Reportados | | 9 | | |

Fuente: Informe programa tecnovigilancia, año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

9. SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa de seguridad del paciente tiene como objetivo principal la evaluación permanente y pro activa de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias para prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la salud del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos en Salud.

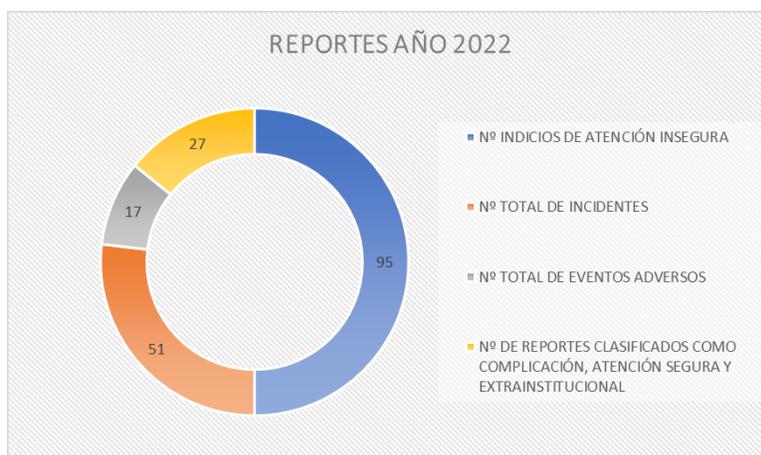
9.1 MODULO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El módulo de seguridad del paciente se encuentra en medio virtual (Plataforma Google-Drive) donde se realiza el análisis y seguimiento de los reportes de indicios de atención insegura y plan de mejoramiento de los incidentes y eventos adversos. El formato de reporte de indicio de atención insegura se encuentra en formato de PDF en una carpeta compartida en los computadores de la empresa el cual es accesible a todo el personal para realizar el registro de forma digital.

9.1.1 CONSOLIDADO DE DATOS AÑO 2022

En el año 2022 se analizaron 95 reportes en total, de los cuales 51 fueron clasificados como incidentes, 17 como eventos adversos y 27 como complicación, atención segura y Extrahospitalaria.

Gráfico 7. Consolidados reportes del año 2022



Fuente: Consolidado reportes, año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

Se presentaron 3 eventos relacionados con caídas, 0 lesiones de piel, 0 relacionadas con medicamentos, 9 exámenes mal tomados, 17 exámenes mal marcados por nombre, 14 exámenes mal marcados por lateralidad, 10 exámenes con resultado equivocado.

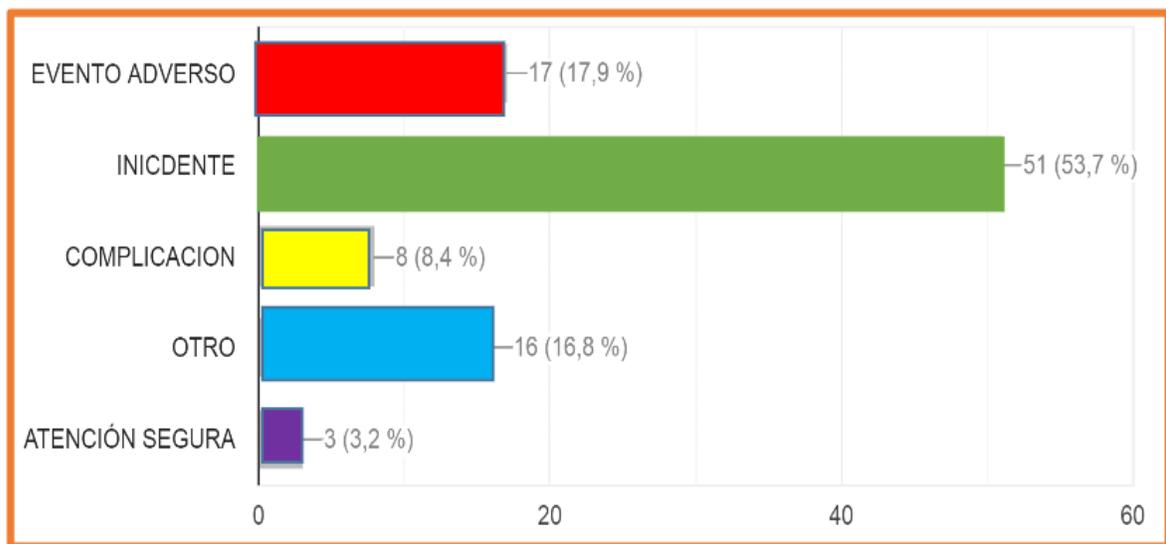
Dentro de la revisión de cada uno de los incidentes y eventos adversos se pudo establecer que una de las principales causas que favorecen para que se presente el error es la omisión de la verificación de los datos de identificación del paciente y revisión de la orden médica para la realización del estudio por lo que se realizaron las siguientes actividades:

Implementación de un desarrollo en el sistema SAP que permite que el personal asistencial (Tecnólogo, enfermero, médico y transcriptor) al momento de iniciar cada estudio deba visualizar la orden médica tanto para el paciente ambulatorio como hospitalizado.

9.1.2 CLASIFICACIÓN REPORTES DE INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA

En el año 2022 se analizaron 95 reportes en total, de los cuales 51 fueron clasificados como incidentes, 17 como eventos adversos y 8 como complicación, 3 atención segura y 16 Extra institucional.

Gráfico 8. Clasificación de reportes de atención insegura

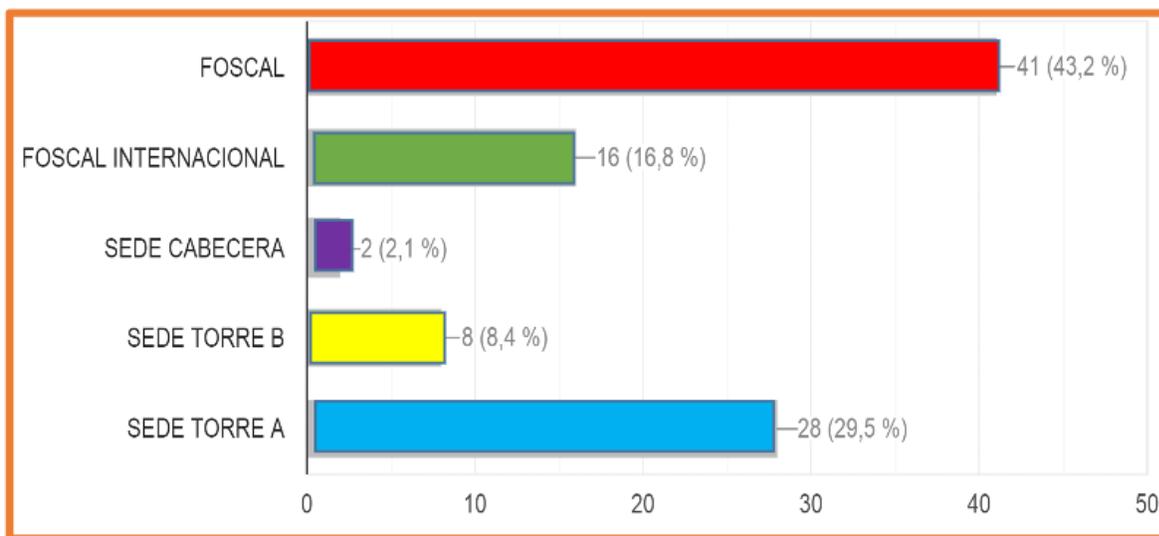


Fuente: Consolidado reportes de acuerdo a su clasificación, año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

9.1.2 SITIOS DE OCURRENCIA

Los módulos donde se presentó la mayor ocurrencia de los reportes fueron en la sede de FOSCAL con un el 43.2%, es de resaltar que en esta sede se encuentra la mayor concentración de los servicios que se prestan en la IPS, Foscál Internacional con un 16%, Sede Cabecera con un 2%, Sede Torre B con un 8.4% y Sede Torre A con un 29.5%

Gráfico 9. clasificación de reportes de atención insegura por sedes



Fuente: Consolidado reportes de atención insegura por sedes, año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

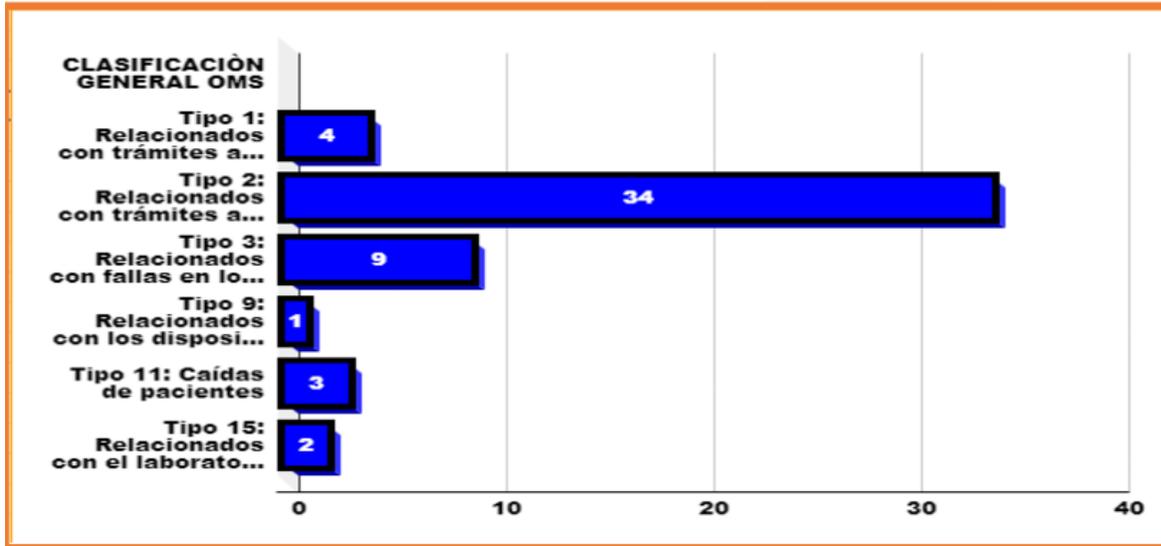
9.1.3 CLASIFICACIÓN GENERAL SEGÚN OMS AÑO 2022

El comportamiento según la clasificación de la OMS, se presentaron las siguientes fallas:

- Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en Salud: 4.
- **Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales: 34.**
- Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos: 9.
- Tipo 11: Caídas de pacientes: 3.
- Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología: 2.

Donde se determina que la mayor causa está relacionada con falla en los procesos de mano de obra en la asistencia de los pacientes con un total de 34 fallas.

Gráfico 10. Clasificación de incidentes de acuerdo con la OMS 2022



Fuente: Clasificación de incidentes de acuerdo con la OMS, año 2022 Radiólogos Especializados de Bucaramanga S.A

10. GESTION DEL SISTEMA SARLAFT

La empresa desde el 2022 adaptó la circular 2021170000005-5 de septiembre de 2021 expedida por MINSALUD y cuenta con:

Actualización de sus Políticas y manuales de procedimientos para el sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT.

El manual de Sarlaft con sus respectivos procedimientos fueron aprobados por la junta directiva.

Mediante la presente circular, se actualizan los criterios de clasificación de las IPS y se deroga la Circular Externa 018 de 2015. De igual forma, se actualiza la Circular Externa 009 de 2016 incluyendo instrucciones precisas a vigilados que no les aplicaba, para lo cual se actualizan las Circulares Externas 007 de 2017 y 003 de 2018, en lo que tiene que ver con el gobierno corporativo, siendo este la base de una buena gestión de riesgos.

Para dar aplicación a la circular externa 202117000000-5-5 en su numeral **5.2** se actualizó el manual de políticas de SARLAFT y se creó el **SICOF**.

Creación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF). El cual incluye sus propias políticas y manual de procedimientos con su respectiva matriz de riesgos y mapa de procesos.

En el segundo semestre del año 2022, continuó ejecutando controles y reportes que permiten manejar adecuadamente los riesgos asociados a SARLAFT/FPADM que maneja la organización, entre ellos los siguientes:

10.1 EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES.

El oficial de cumplimiento como parte de su trabajo de revisión y control realizó renovación en el monitoreo de la información de los clientes internos, como son la consulta en las listas oficiales por medio de su aplicativo web INFOLAFT.

En el segundo semestre de 2022, no se presentó ninguna operación sospechosa ni inusual la cual tuviere lugar a reporte positivo a la UIAF.

10.2 CUMPLIMIENTO DE REPORTES

El Oficial de Cumplimiento realizó los siguientes reportes a la **UIAF**, de acuerdo con las características y plazos fijados por la SNS.

Tabla 13. Reportes realizados área de Cumplimiento

| No | NOMBRE DEL REPORTE |
|----|---|
| 1 | Reporte de Operaciones Sospechosas (Mensual) |
| 2 | Reporte de Transacciones en efectivo Procedimientos (Mensual) |
| 3 | Reporte de Transacciones en efectivo Proveedores (Mensual) |

Fuente: Características y plazos fijados por el Sistema Nacional de Salud

Dichos reportes se presentaron teniendo en cuenta lo indicado en la Circular 009 de 2016 en el capítulo 8. Y según lineamientos de la C.E. 2021170000005-5 de 21 de septiembre 2021.

Reportes De Operaciones Sospechosas (ROS) A UIAF

Tabla 14. Reporte de operaciones sospechosas

| Indicador | Reportes de operaciones Sospechosas (ROS) a UIAF | | |
|-----------------------------|--|---|----|
| Responsable de la Medición | Oficial de Cumplimiento | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 100,0 % | Nota: No se presentaron reportes de operaciones sospechosas. | |
| Se cumplió | SI | X | NO |
| Valor Meta | 100% | | |

Fuente: Reportes de operaciones Sospechosas (ROS) a UIAF, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

Reportes De Transacciones En Efectivo

Tabla 15. Reporte de transacciones en efectivo

| Indicador | Reportes por transacciones recibidas en efectivo iguales o mayores a 5 Millones de pesos | | |
|-----------------------------|--|--|----|
| Responsable de la Medición | Oficial de Cumplimiento | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 100,0 % | Nota: No se presentaron reportes de operaciones en efectivo iguales o superiores a cinco millones de pesos. | |
| Se cumplió | SI | X | NO |
| Valor Meta | 100% | | |

Fuente: Reporte de transacciones en efectivo, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

Reportes De Operaciones Inusuales

Tabla 16. Reporte de Operaciones Inusuales

| Indicador | Reportes de operaciones inusuales durante el año 2022 | | |
|-----------------------------|---|---|----|
| Responsable de la Medición | Oficial de Cumplimiento | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 100,0 % | Nota: No se presentaron reportes de operaciones inusuales durante el año 2022. | |
| Se cumplió | SI | X | NO |
| Valor Meta | 100.0 % | | |

Fuente: Reporte de Operaciones Inusuales, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

10.3 CAPACITACIÓN AL PERSONAL DIRECTIVO, ASISTENCIAL Y A SOCIOS

10.3.1 Capacitaciones a personal administrativo, asistencial y cuerpo médico

Se realizaron capacitaciones presenciales y virtuales a todo el personal de la IPS, cubriendo las tres sedes, distribuidas en tres turnos para que todos pudieran asistir.

Se evaluaron las capacitaciones a través del siguiente link

<https://forms.gle/8XCUv1JC3Rj4fpvw9>

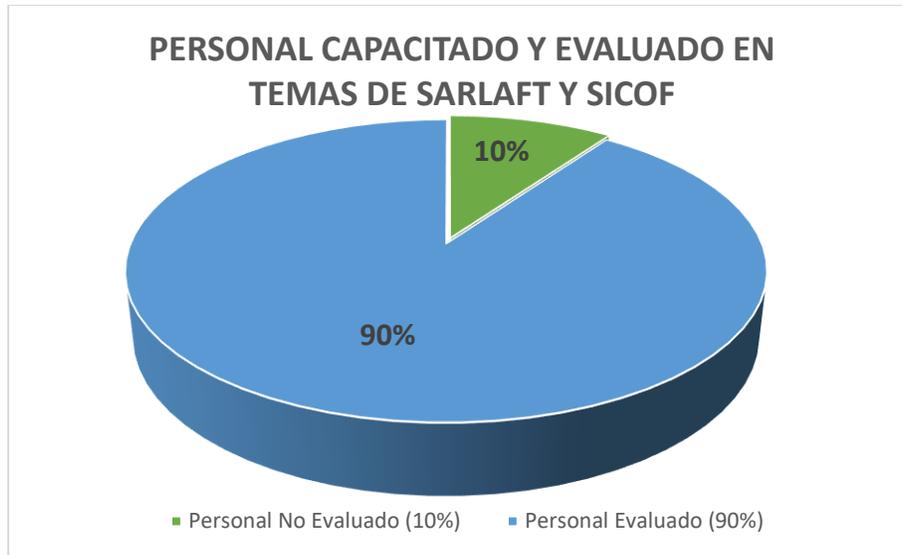
Personal Capacitado

Tabla 17. Total, de personal capacitado en SARLAFT-SICOF

| Indicador | Personal Capacitado en SARLAFT-SICOF y código de conducta y buen gobierno. | | | |
|-----------------------------|--|---|----|--|
| Responsable de la Medición | Oficial de Cumplimiento | | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 90,0 % personal capacitado (137 Colaboradores) | | | |
| Se cumplió | SI | X | NO | |
| Mejora | Se realizo folleto sobre actualización de circular 009 de 2016 por la C.E. 20211700000005-5 sobre prevención sobre LA/FT/FPADM y recomendaciones a seguir. | | | |
| Valor Meta | 100% | | | |

Fuente: Cumplimiento de capacitaciones año SARLAFT-SICOF y código de conducta y buen gobierno 2022.

Gráfico 11. Total, de personal capacitado en SARLAFT-SICOF



Fuente: Cumplimiento de capacitaciones año SARLAFT-SICOF y código de conducta y buen gobierno 2022.

10.4 Matriz de Riesgos Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

El Oficial de Cumplimiento durante este periodo veló por el efectivo y eficiente cumplimiento de las etapas que componen el SARLAFT; no se observaron cambios sustanciales en los procesos o procedimientos que derivaran a un ajuste a la matriz de riesgos del SARLAFT.

Sin embargo, al adquirir el aplicativo web de consultas en listas restrictivas de INFOLAFT se realiza una mejora a controles de conocimiento de clientes, proveedores, colaboradores y accionistas de la IPS. Por lo anterior los riesgos de conocimiento de terceros se mitigaron considerablemente pasando de riesgo moderado a bajo. Por lo tanto, se siguen contemplando, 5 Riesgos Residuales de LA/FT para la Entidad y la distribución de criticidad es la siguiente:

Tabla 18. Matriz de riesgo residual

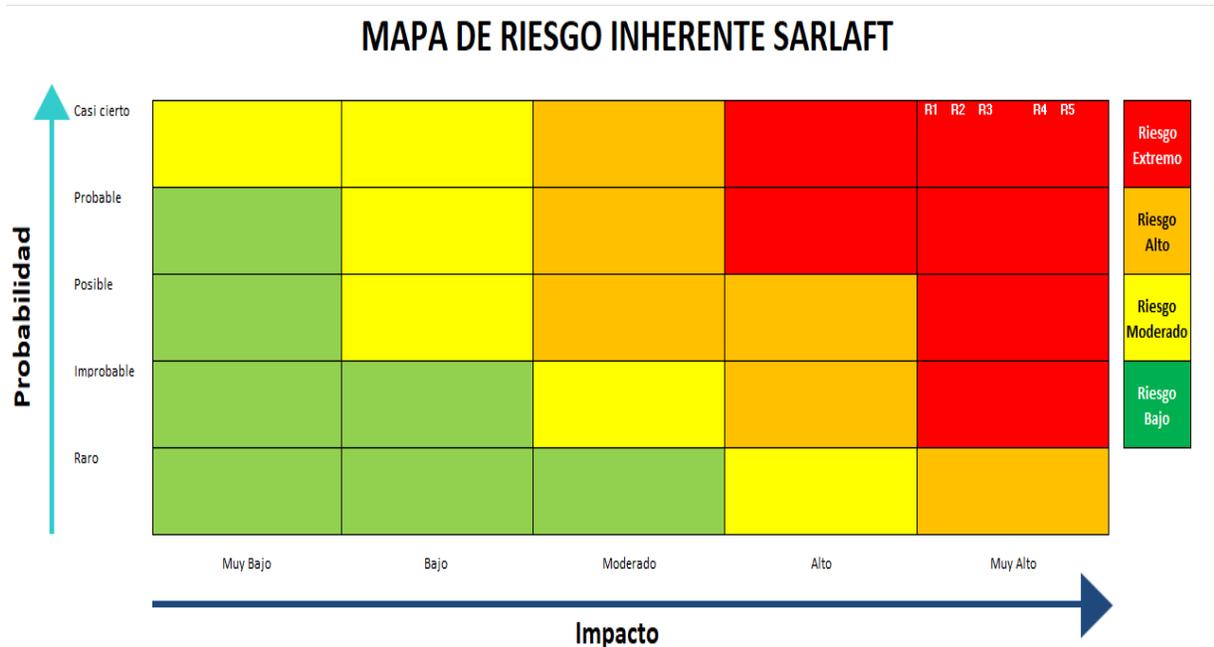
| | | Riesgo Residual Actual | |
|--|-----|------------------------|---|
| | | | |
| Total, riesgos LA/FT de RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS BUCARAMANGA S.A. | DE5 | Riesgo LA/FT Extremo | 0 |
| | | Riesgo LA/FT Alto | 0 |
| | | Riesgo LA/FT Moderado | 0 |
| | | Riesgo LA/FT Bajo | 5 |

Fuente: Matriz de riesgo residual Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022.

Teniendo en cuenta la efectividad de los controles sobre los riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y en concordancia con la dinámica de la Entidad, el perfil de riesgo residual actual sigue estando ubicado a un nivel bajo.

En la siguiente tabla se describen los riesgos y el proceso asociado a cada uno:

Tabla 19. Mapa de Riesgo Inherente



Fuente: Mapa de Riesgo Inherente, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022.

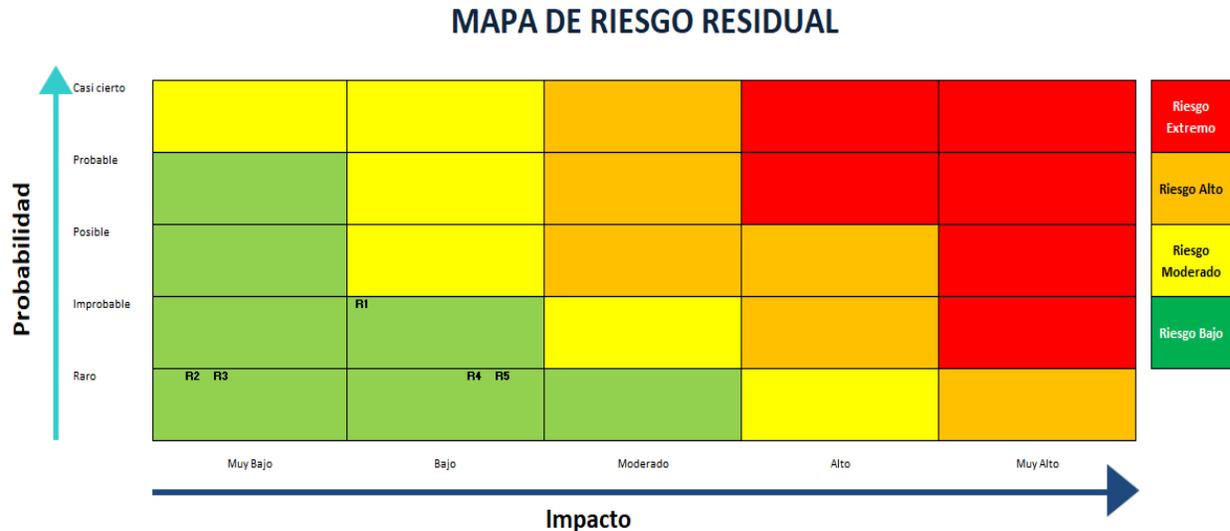
- **Control**

Se ha venido aplicando medidas de auditoria mensual a pagos recibidos en efectivo, valores iguales o superiores a cinco millones de pesos, de igual forma partidas de un mismo usuario recibidas en el mismo mes que puedan haber sido fraccionadas para evitar el seguimiento por igualar o superar el máximo de cinco millones de pesos.

Se realiza la consulta en listas restrictivas y vinculantes a proveedores nuevos.

De esta manera se ha podido ubicar en riesgo bajo los que se recibieron en alto y moderado.

Tabla 20. Mapa de Riesgo Residual



| ID RIESGO | DESCRIPCION DEL RIESGO |
|-----------|--|
| R1 | Riesgo generado por vinculación o existencia de empleados incluidos en listas restrictivas vinculantes |
| R2 | Ser objeto de LA/FT por falta de conocimiento de los clientes externos o proveedores |
| R3 | Proveedores que facturen fraccionadas sus facturas para evadir el reporte de cuantía mínima establecida en la Circular 009 de 2016 |
| R4 | Establecer una relación comercial con empresas "fachada" o de "papel" |
| R5 | No realizar e implementar las políticas LA/FT |

Fuente: Mapa de Riesgo Residual, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

- **Monitoreo**

El oficial de cumplimiento es el responsable de realizar el seguimiento al funcionamiento del sistema de autocontrol y gestión del riesgo LA/FT. Los resultados de su evaluación se documentarán y se presentan semestralmente al Representante Legal de la institución. Así mismo es importante indicar que **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** tiene definido los siguientes mecanismos de monitoreo:

| |
|--|
| Consulta en listas restrictivas periódicamente. |
| Revisión de formatos utilizados para conocimiento de terceros y conocimiento origen de fondos. |

Revisión anual de los riesgos definidos en el sistema para determinar si su impacto y probabilidad siguen siendo los identificados y si existen nuevos riesgos no incluidos.

Con el resultado de esta verificación se toman las medidas correspondientes para mitigar el riesgo de LA/FT/FPADM.

11. PROYECTOS AREA DE LAS TIC

Tiene como objetivo evidenciar la ejecución e implementación del Sistemas de Gestión de Seguridad de Datos Personales, para dar cumplimiento a la normativa de protección de datos personales ley 1581 de 2012, su decreto 1074 de 2015 y las directrices que imparte la Superintendencia de Industria y Comercio en la materia.

Para el tratamiento de los datos personales **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** ha implementado diferentes procedimientos, políticas, protocolos, guías, formatos, entre otros, para manejar y controlar adecuadamente los riesgos inherentes al tratamiento de los datos que maneja la organización como:

- Atención a los Derechos del Titular.
- Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información.
- Vinculación y Desvinculación Laboral.
- Controles Criptográficos, de Redes y Accesos a las Bases de Datos.
- Código Malicioso.
- Gestión de Sistemas de Información.
- Eliminación Documental.
- Continuidad de Negocio.
- Gestión de Vulnerabilidades.
- Tratamiento de Datos Personales.
- Gestión de Archivos Físicos.
- Seguridad de Base de Datos.
- Gestión de Activos y Seguridad Física.
- Responsabilidad Demostrada – Accountability.
- Copias de Seguridad.
- Registro Nacional Base de Datos.

Igualmente, frente a los formatos y/o Política de recolección de datos de los diferentes procesos de la organización, cuenta con la información referente a protección de datos personales (autorización de tratamiento de datos y aviso de privacidad), los cuales son:

- Autorización del Tratamiento de Datos Personales del Paciente.
- Formato de Buzón de sugerencias del Paciente
- Formato de Diligenciamiento de los datos Personales del paciente.
- Página Web.
- Llamadas Telefónicas Call Center.
- Correos electrónicos Corporativos.
- Entre Otros Formatos que Manejan las Diferentes Áreas de la Organización.

Talento Humano

- Formato de Autorización del Tratamiento de Datos Personales del Colaborador.
- Cláusula de Protección de Datos Personales del Colaborador.
- Formatos de Asistencia de Capacitaciones a los Colaboradores.
- Autorización del Tratamiento de Datos del Proveedor
- Otros Formatos que Manejan las Diferentes Áreas de la Organización

12. CONTROL DE MEJORA CONTINUA

Para el segundo semestre del año 2022 se implementaron controles de mejora continua en varios procesos del Sistema de Gestión de Seguridad de Datos Personales, dando cumplimiento a la ley 1581 de 2022, sus respectivos decretos y siguiendo las recomendaciones de la Superintendencia de Industria y Comercio.

13. REGISTRO NACIONAL DE BASE DE DATOS

RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A. cuenta con un inventario de bases de datos de las cuales tiene de calidad de **RESPONSABLE**, en el cual se identificaron inicialmente diez (11) bases de datos y posteriormente en la actualización de inventario se consolidaron trece (13) bases de datos, las cuales son:

- PQRS Digital
- Audios de Llamadas al Call Center
- Imágenes
- Portal Colaboradores
- Resultados Médicos

- Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo
- Colaboradores Física
- Investigación Medica
- Plataforma en la Nube
- SAP
- Portal Citas
- Proveedores Física
- Infolaft

Las bases de datos registradas por **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** se pueden consultar en la página web de la Superintendencia de Industria y Comercio (www.sic.gov.co/).

14. CAPACITACIÓN AL PERSONAL

Los colaboradores de la organización son capacitados en temas de protección de datos personales y seguridad de la información a través de:

Inducción: Todo el personal administrativo y/o asistencial nuevo que ingresa a laborar a **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** es capacitado y evaluado por el Oficial de Protección de Datos. Esta actividad se realiza presencial o virtual cubriendo las tres (3) sedes de la organización.

Reinducción: El Oficial de Protección de Datos realizó actividades presenciales y virtuales de capacitación y evaluación a todo el personal administrativo, asistencial y cuerpo médico de **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** en materia de seguridad de la información y ley 1581 de 2012 con sus respectivos decretos. Distribuidas en tres (3) turnos para dar cobertura a todo el personal de las tres sedes.

Folleto: Para capacitar al total de los colaboradores de **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** se realizó un folleto como reinducción sobre la ley 1581 de 2012 y recomendaciones para salvaguardar la información sensible que maneja la organización. Ver **Anexo B.**

VINCULACIÓN LABORAL DEL PERSONAL

Se actualizó el procedimiento de vinculación laboral del personal.

INFORME

Junto con la Administración y las áreas de Calidad, Tecnología de la Información, Cumplimiento y Protección de Datos se envió informe a la Procuraduría de General de la Nación sobre Índice de transparencia y acceso a la Información (ITA). Dando cumplimiento a la ley 1712 de 2014 y decreto 1081 de 2015.

15. TRATAMIENTO DE DATOS

Se actualizó formato de Buzón de Sugerencias con su respectiva información de tratamiento de datos e inventario de control del personal que tiene acceso a las bases de datos de **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** Ver **Anexo D.**

15.1 EVALUACIÓN DE INDICADORES DE DESEMPEÑO

Monitoreando los controles implementados en **RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.** se recopila los valores de los indicadores de desempeño de las actividades realizadas del Sistema de Gestión de Seguridad de Datos Personales.

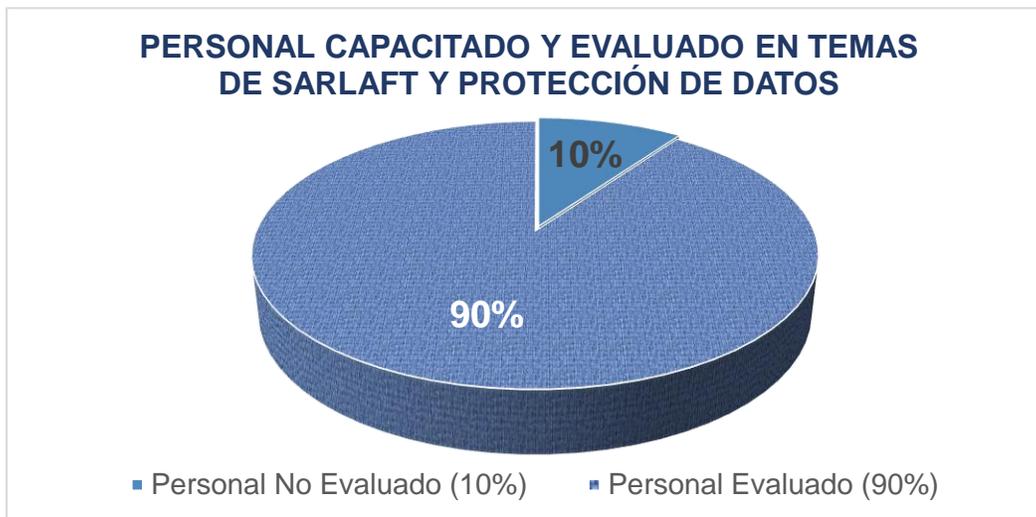
PERSONAL CAPACITADO

Tabla 21. Personal capacitado en Protección de datos y seguridad de la información

| Indicador | Personal Capacitado en Protección de Datos y Seguridad de la Información. | | |
|-----------------------------|--|---|----|
| Responsable de la Medición | Oficial de Protección de Datos | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 90,0 % personal capacitado (137 Colaboradores) | | |
| Se cumplió | SI | X | NO |
| Mejora | Se realizo folleto sobre la ley 1581 de 2012 y recomendaciones para salvaguardar la información sensible | | |
| Valor Meta | 100% | | |

Fuente: *Personal capacitado en Protección de datos y seguridad de la información, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022*

Gráfico 12. Personal capacitado en Protección de datos y seguridad de la información



Fuente: *Personal capacitado en Protección de datos y seguridad de la información, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022*

CONSULTAS ATENDIDAS

Tabla 22. Total, de consultas atendidas relacionadas con Protección de datos personales

| Indicador | Consultas Atendidas Relacionadas con Datos Personales. | | |
|-----------------------------|--|--|----|
| Responsable de la Medición | Oficial de Protección de Datos | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 100,0 % | Nota: No se presentaron consultas relacionadas con datos personales | |
| Se cumplió | SI | X | NO |
| Valor Meta | 100% | | |

Fuente: *Total, de consultas atendidas relacionadas con Protección de datos personales Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022*

RECLAMOS DE TRATAMIENTO DE DATOS

Tabla 23. Total, Reclamos asociados al tratamiento de datos personales

| Indicador | Reclamos Asociados al Tratamiento de Datos Personales. | | |
|-----------------------------|--|---|----|
| Responsable de la Medición | Servicio al Cliente y Oficial de Protección de Datos | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 100,0 % | Nota: No se presentaron reclamos relacionadas con datos personales | |
| Se cumplió | SI | X | NO |
| Valor Meta | 0,0 % | | |

Fuente: Total, Reclamos asociados al tratamiento de datos personales, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

INCIDENTES DE SEGURIDAD

Tabla 24. Total, Incidentes de Seguridad Sobre Tratamiento de Datos Personales.

| Indicador | Incidentes de Seguridad Sobre Tratamiento de Datos Personales. | | |
|-----------------------------|--|--|----|
| Responsable de la Medición | TI – Sistemas y oficial Protección de datos | | |
| Valor Total de Cumplimiento | 100,0 % | Nota: No se presentaron incidentes de seguridad relacionadas con datos personales | |
| Se cumplió | SI | X | NO |
| Mejora | Se implemento SOPHOS que funciona como firewall y antivirus en todos los dispositivos de la organización. | | |
| Valor Meta | 0,0 % | | |

Fuente: Total, Incidentes de Seguridad Sobre Tratamiento de Datos Personales, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

16. PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

La participación social en salud, definida como derecho y deber del individuo, establece una serie de mecanismos institucionales para la participación colectiva de los usuarios y el Estado en la protección y promoción de la salud, constituyendo una estrategia de empoderamiento. Ese informe tiene como objetivo mostrar las evidencias que fueron programadas en el año 2022, enmarcadas dentro de la resolución 2036 del 2017, en donde se definieron 5 ejes estratégicos que marcan la ruta a seguir en términos de acciones efectivas, los cuales se desarrollan bajo tres estrategias operativas (gestión, comunicación y educación) y que tiene como finalidad garantizar el derecho a la participación social en salud.

16.1 PLAN DE ACCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS) 2022

Tabla 25. Plan de Acción en participación social en salud 2022

| EJES | ACTIVIDADES | EVIDENCIA |
|--|--|---|
| EJE 1 fortalecimiento institucional para la garantía del derecho a la participación | Elección junta de alianza de usuarios por periodo del 24 feb de 2022 hasta 24 febrero de 2024 |  |
| | Inscripción seminario liderazgo control social en salud | |
| | Se socializa a los miembros de la Alianza de Usuarios la ubicación de las diferentes sedes y los servicios que se prestan en nuestra IPS para que multipliquen esta información a la comunidad |  |

| | | |
|---|---|--|
| <p>EJE2 empoderamiento de la ciudadanía y de las instituciones línea e2la</p> | <p>Publicación en la página web los exámenes de diagnóstico que se realizan</p> <p>Entrega a los miembros de la Alianza de usuarios los botones de identificación</p> <p>socializó a los miembros de la Alianza de Usuarios el proceso de entrega virtual de resultados y agendamiento de citas con el fin que multipliquen esta información a la comunidad</p> <p>formato el cual es entregado a los usuarios que solicitan la información</p> |   |
| <p>EJES</p> | <p>ACTIVIDADES</p> | <p>EVIDENCIA</p> |
| <p>EJE 3 cultura de la salud línea e3la: definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades actividad: capacitar a la alianza de usuarios en comunicación asertiva</p> | <p>página web se tiene una pestaña en donde se ofrece información general de la IPS y las funcionalidades con que se cuenta como por ejemplo descarga de resultados</p> <p>Resocialización de derechos y deberes al personal de atención al usuario</p> <p>19 de octubre día mundial del ca de mama. Este día fue entregado a las pacientes a quienes se les realizó el examen de mamografía</p> |   |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>un folleto explicando los síntomas del ca de mama y cómo realizar el autoexamen.</p> | |
| <p>Eje 4 control social línea e4la: impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud en temas relacionados con la gestión pública actividad: asistir a las capacitaciones dirigidas por los diferentes entes de salud en cuanto a gestión pública el personal del SIAU</p> | <p>El área de servicio al cliente asistió a diferentes capacitaciones realizadas por la secretaria de Salud</p> |  |
| | <p>En la página web de la IPS se tiene divulgado los requisitos para ser miembro de la Alianza de Usuarios, así como también las funciones y su organización interna</p> |  |
| | <p>En la página web se hace reconocimiento a los miembros de la Alianza de Usuarios</p> | |
| | <p>A los miembros de la Alianza de Usuarios se les socializó los indicadores de las PQRSD y las respuestas enviadas por la IPS a cada uno de los pacientes y/o familiares quienes interpusieron las PQRSD</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Eje 5 gestión y garantía en salud línea e5lb: implementar los dispositivos que le permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales actividad: tener un canal de chat abierto en la página web para toda la comunidad y así garantizar la comunicación efectiva con los usuarios que utilizan este medio</p> | <p>La página web cuenta con un link en donde el paciente ingresa el nombre, el correo y la información necesaria para la cual necesita una respuesta. Una vez admisionada por la IPS se gestiona su petición</p> |  |
| | <p>En el mes de diciembre se realizó la última reunión del año de la Alianza de Usuarios, en donde se contó con la participación de la alta gerencia de la IPS</p> |  |

Fuente: Plan de Acción en participación social en salud, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

16.1 INDICADORES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PRIMER SEMESTRE AÑO 2022

- Mediante el programa de seguridad del paciente se registró 1 caída de usuario dentro del servicio.
- El tiempo de oportunidad en la toma de ecografía se registró el siguiente indicador

| | |
|---|-----------------------------|
| Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud de la cita (Ecografía) hasta la asignación de la cita | Numerador 664450 |
| Total, de exámenes de ecografía solicitados ambulatoriamente | Denominador 43729 |

Con un resultado de 15.19 días promedio para la asignación de la cita, proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

De los 356 pacientes encuestados, el 9.6% (34) dice que su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS es muy buena y el 90.4% (322) dice que es buena

Proporción de usuarios que recomiendan su IPS a un familiar o amigo

De los 356 pacientes encuestados, el 98.3% (350) dice que definitivamente si recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS y el 1.7 (6) dice que probablemente si lo recomendaría.

SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2022

- Mediante el programa de seguridad del paciente se registraron 2 caídas de usuario dentro del servicio.
- El tiempo de oportunidad en la toma de ecografía se registró el siguiente indicador

| | |
|---|------------------------------|
| Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud de la cita (Ecografía) hasta la asignación de la cita | Numerador 1016938 |
| Total, de exámenes de ecografía solicitados ambulatoriamente | Denominador 48.030 |

Con un resultado de 21.17 días promedio para la asignación de la cita

- Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

De los 890 pacientes encuestados, el 100% dice que su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS es muy buena

Proporción de usuarios que recomiendan su IPS a un familiar o amigo

De los 890 pacientes encuestados, el 100% dice que definitivamente si recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS

17. PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES Y DENUNCIAS PQRD

La institución efectuó la implementación del sistema de recepción, análisis y gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias (PQRSD) con corte a 31 de diciembre de 2022, presentadas por los usuarios a través de los siguientes canales de comunicación de conformidad con lo estipulado en el capítulo primero del título VII de la circular única 000008 14 septiembre de 2018 emitida por la Supersalud:

Canal Web de servicios en línea: El usuario puede presentar sus peticiones a través de la plataforma de PQRSF implementada por la IPS <https://www.radiologosespecializados.com.co/#>. Estas peticiones son recibidas por la colaboradora de atención del usuario, con el fin de hacer el seguimiento, respuesta y gestión.

Correo electrónico: Los usuarios podrán enviar sus las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias (PQRSD) servicioalcliente@radiologosespecializados.com.co mediante comunicación escrita y respuesta dentro de los términos legales a que haya lugar.

Oficina física de atención: A través de este canal los usuarios pueden exponer sus Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias (PQRSD) de manera física en el módulo 15 torre A del centro médico Carlos Ardila lulle.

Buzón de Sugerencias: Los usuarios pueden tramitar sus Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias (PQRSD) relacionada con la prestación de los servicios de imagenología, el cual se encuentra ubicado en la sala de espera donde se presta el servicio.

Queremos resaltar que el número de exámenes realizados fue de 315.414 en los servicios de Radiología General y Especializada, Mamografía digital-Tomosíntesis, Biopsias de mama por estereotaxia y ecografía, biopsias de próstata, Eco Doppler vascular, Ecografía General y Especializada, Procedimientos Intervencionistas de Diagnóstico y Tratamiento. Los datos corresponden a un total de 176 Quejas de enero a diciembre de 2022. Los motivos de las Quejas, atendidos y gestionados son los que se ilustran en la tabla.

Tabla 26. Motivos de quejas atendidas y gestionadas en el año 2022

| CONSOLIDADO PQRSD AÑO 2022 | | |
|---|--------------|----------|
| MOTIVO | TOTAL | % |
| Demora para acceder a la toma del examen | 36 | 20% |
| Insatisfacción por los servicios recibidos en el área administrativo | 28 | 16% |
| Atención inadecuada por parte del personal administrativo | 19 | 11% |
| Demora en la atención de los servicios administrativos | 19 | 11% |
| Demora en entrega de resultados | 17 | 10% |
| Información insuficiente y/o inadecuada por parte del personal administrativo | 13 | 7% |
| Insatisfacción por los servicios recibidos en el área asistencial | 11 | 6% |
| Poca accesibilidad a la solicitud de asignación de citas | 9 | 5% |
| Demora para el agendamiento de citas | 8 | 5% |
| Solicitud de lectura | 7 | 4% |
| Atención inadecuada por parte del personal asistencial | 2 | 1% |
| Información insuficiente y/o inadecuada por parte del personal asistencial | 2 | 1% |
| Demora en la atención de los servicios asistenciales | 1 | 1% |
| Mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales | 1 | 1% |
| Objetos perdidos dentro de la institución | 1 | 1% |
| Recursos insuficientes y/o inadecuados en la parte asistencial | 1 | 1% |
| Solicitud de información | 1 | 1% |
| Total | 176 | |

Fuente: Motivos de quejas atendidas y gestionadas, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

Los motivos más frecuentes de queja son: **DEMORA PARA ACCEDER A LA TOMA DEL EXAMEN:** El 20% de los usuarios refieren inconformidad por la demora generada para la toma del examen, este se debe a la sobre oferta en el servicio ambulatorio.

INSATISFACCIÓN POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS EN EL ÁREA ADMINISTRATIVO: En el año 2022 el 16% de los usuarios manifestaron que la atención brindada, no cumplió con las expectativas, considerando que no se realizaron las

gestiones pertinentes, por la baja adherencia del personal administrativo a los procedimientos, instructivo y guías.

ATENCIÓN INADECUADA POR PARTE DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO: En el año 2022 el 11% de los usuarios consideraron que la atención no fue la adecuado por el personal administrativo, debido a las expresiones corporales y verbales poco adecuadas durante la prestación del servicio.

DEMORA EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS: En el año 2022 el 11% de los usuarios se refiere inconformidad por la demora generada en la asignación de citas y por las fallas presentadas con el sistema de información.

En las solicitudes presentadas por parte de los usuarios se observa que los meses de abril, mayo, junio y diciembre son los de mayor número de Quejas durante esta vigencia.

Tabla 27. Consolidado PQRSD año 2022

| CONSOLIDADO PQRSD AÑO 2022 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|------------|-----|
| MOTIVO | ENR | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGT | SEP | OCT | NOV | DICI | TOT | % |
| Demora para acceder a la toma del examen | 1 | 2 | 4 | 6 | 8 | | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 5 | 36 | 20% |
| Insatisfacción por los servicios recibidos en el área administrativo | | 1 | | 10 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | | 3 | 28 | 16% |
| Atención inadecuada por parte del personal administrativo | 5 | | 2 | 1 | 1 | 2 | | | 5 | | 2 | 1 | 19 | 11% |
| Demora en la atención de los servicios administrativos | 2 | | | 5 | 1 | 5 | 3 | 1 | | | 1 | 1 | 19 | 11% |
| Demora en entrega de resultados | 2 | 4 | 3 | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 17 | 10% |
| Información insuficiente y/o inadecuada por parte del personal administrativo | 1 | | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 1 | 1 | 13 | 7% |
| Insatisfacción por los servicios recibidos en el área asistencial | 1 | | 1 | 3 | 3 | | | 1 | | 1 | | 1 | 11 | 6% |
| Poca accesibilidad a la solicitud de asignación de citas | | | 2 | | | 6 | 1 | | | | | | 9 | 5% |
| Demora para el agendamiento de citas | | 1 | | | | 2 | | 3 | 1 | 1 | | | 8 | 5% |
| Solicitud de lectura | | | | | | | 3 | 1 | 3 | | | | 7 | 4% |
| Atención inadecuada por parte del personal asistencial | | | | | 1 | | | | | 1 | | | 2 | 1% |
| Información insuficiente y/o inadecuada por parte del personal asistencial | | | | 1 | | | | | | | 1 | | 2 | 1% |
| Demora en la atención de los servicios asistenciales | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 1% |
| Mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 1% |
| Objetos perdidos dentro de la institución | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1% |
| Recursos insuficientes y/o inadecuados en la parte asistencial | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | 1% |
| Solicitud de información | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1% |
| Total | 12 | 8 | 14 | 29 | 19 | 17 | 12 | 13 | 17 | 9 | 9 | 17 | 176 | |

Fuente: Consolidado PQRSD, Radiólogos especializados de Bucaramanga 2022

17.1 OPORTUNIDAD EN PQRSD

La proporción de quejas respondidas oportunamente frente al número total de quejas recibidas durante año 2022. Se evidencia una capacidad oportuna de respuesta de aproximadamente 98.29%.

| | |
|----------------------------------|-----|
| Quejas Recibidas | 176 |
| Quejas Respondidas oportunamente | 173 |
| Quejas fuera del tiempo oportuno | 3 |

| GESTION PQRDS 2022 | | | | | |
|-----------------------------------|------------|-------------|------------|-----------|----------|
| División | Oportunos | Inoportunos | En Tramite | Devueltos | |
| SECRETARIAS ASIGNACIÓN DE CITAS | 42 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| RAYOS X | 48 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ECOGRAFIA | 16 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| SECRETARIAS ADMISIONES | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SECRETARIAS ENTREGA DE RESULTADOS | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 173 | 3 | 0 | 0 | 0 |

17. PROYECTOS AÑO 2023

Se proyecta la renovación tecnológica del equipo de rayos x ubicada sala 2 piso 5 modulo 15 torre A Centro Médico Carlos Ardila Lulle, por un equipo digital directo; el modelo se determinará de acuerdo a la necesidad y el crecimiento del servicio en la modalidad de atención Hospitalaria y ambulatoria de la empresa. Analizaremos el tipo de equipo necesario (mesa tubo o telecomandado) de acuerdo a los compromisos contractuales y al tipo de exámenes a realizar.

Migración del proyecto y actualización SAP-HANA para el mes de mayo de 2023, para lograr un sistema actualizado, migrado a la nueva infraestructura totalmente estable y funcional.

Se elaborarán los flujos de caja para la instalación de un equipo de mamografía con tomosíntesis, para la sede ubicada en la Carrera 33 # 51-33 cabecera del llano, para mejorar la accesibilidad a los usuarios que viven en la meseta de Bucaramanga. Estamos pendientes en las nuevas reformas de salud en lo referente a los programas de PGP.

Se evaluará la posibilidad de adquirir una estereotáxica basada en la tomosíntesis para el equipo de Mamografía marca General Electric modelo Pristina ubicado en la sede de FOSCAL Internacional del piso 0 del consultorio 007.

Se proyecta Integrar con la plataforma online de entrega de resultados diagnósticos QuePasa con el fin de crear el código QR para descarga de imágenes desde la admisión del usuario para dar mayor agilidad en el proceso de entrega de resultados.

Se continuará analizando otros proyectos de crecimiento propios o en conjunto para la prestación de servicios en el área metropolitana y el departamento de Santander.

Continuará con los programas de Capacitación, recurso humano, médico especializado, tecnológico y administrativo necesario para la prestación de los servicios que ofertamos.

Se analizarán los escenarios adecuados para la ampliación de la prestación de los servicios de intervencionismo mayor y menor cada vez solicitados con mayor frecuencia, pertinencia de exámenes por las patologías, orientados a la posibilidad de hacerlo con las áreas y equipos actuales con horarios extendidos o la necesidad de nuevas áreas o nuevos equipos.

18. ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES ACAECIDOS DESPUÉS DEL CIERRE DEL EJERCICIO

Después del cierre del ejercicio no se presentaron acontecimientos relevantes que requieran ser revelados.

19. EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD

Empresa en funcionamiento:

La administración de la Entidad declara que no tiene la intención de disolver liquidar la sociedad, vender la sociedad, del cese de actividades que afecten que afecten el desarrollo de su objeto social de negocio en marcha, que los accionistas a la fecha no tienen la intención de vender sus acciones con las que cuenta en la compañía, que a pesar de la situación actual de acuerdo a su capacidad económica es continuar como empresa en marcha, los activos y pasivos se registran partiendo de la base de que la entidad será capaz de realizar sus activos y de liquidar sus pasivos en el curso normal de sus negocios. La compañía cuenta con el apoyo de sus clientes, proveedores y entidades financieras, para continuar con la prestación de sus servicios.

La administración de la sociedad periódicamente trimestral se reúne con sus accionistas para analizar: los estados financieros de periodos intermedios, la situación económica de la compañía, con el fin de identificar factores que coloquen en riesgo el normal funcionamiento administrativo de la entidad, haciendo monitoreo de sus estados financieros, proyecciones, identificando posibles deterioros patrimoniales, riesgos de insolvencia, conforme a indicadores pertinentes según el modelo de negocio y los sectores en los cuales la sociedad desarrolla su objeto social, que conlleven a una causal por disolución por no cumplimiento de negocio en marcha.

**20. OPERACIONES CELEBRADAS CON LOS SOCIOS O ACCIONISTAS Y CON
LOS ADMINISTRADORES**

CUENTAS POR PAGAR AÑO 2022

| ACCIONISTA | Honorarios | Dividendos | Préstamos |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| Dr. Eduardo Alberto Higuera Escalante | - | 579.352.333 | 3.428.733 |
| Dr. Oliverio Vargas Pérez | - | 328.109.975 | 43.142.998 |
| Mantilla García Ltda. | 148.123.504 | 357.619.146 | - |
| Vargas Mora Y Cia. Ltda. | 146.997.426 | 251.391.979 | - |
| Dr. Juan Carlos Mantilla Suárez | - | 220.875.850 | 297.330.195 |
| Total | 295.120.930 | 1.737.349.283 | 343.901.926 |

PAGOS EFECTUADOS AÑO 2022

| ACCIONISTA | Honorarios | Salarios y prestaciones | Dividendos | Intereses |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------|
| Dr. Eduardo Alberto Higuera Escalante | - | 68.777.200 | 340.765.920 | - |
| Dr. Oliverio Vargas Pérez | - | 69.304.200 | 204.480.000 | 5.125.896 |
| Mantilla García Ltda. | 357.583.280 | - | 204.480.000 | - |
| Vargas Mora Y Cia. Ltda. | 331.301.790 | - | 136.285.920 | - |
| Dr. Juan Carlos Mantilla Suárez | - | 118.873.601 | 136.388.160 | 35.326.356 |
| Total | 688.885.070 | 256.955.001 | 1.022.400.000 | 40.452.252 |

| ADMINISTRADORES | Pago Salarios y prestaciones |
|------------------------|-------------------------------------|
| Luz Dary Díaz | 217.619.100 |

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

En cumplimiento del artículo 47 de la Ley 222 /95 modificada con la Ley 603 de Julio 2.000, me permito informar el estado de cumplimiento de normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor por parte de la sociedad, garantizo ante los accionistas y ante autoridades que los productos protegidos por derecho de propiedad intelectual están siendo utilizados en forma legal, con el cumplimiento de las Normas respectivas y con las debidas autorizaciones; y en el caso específico del Software de acuerdo con la licencia de uso que viene con cada programa; y que las adquisiciones de equipos es controlada de tal manera que nuestros proveedores satisfagan a la empresa con todas las garantías que estos son importados legalmente.

De acuerdo con lo estableció en la ley 222 de 1995 copia de este informe de Gestión fue entregado oportunamente a la Revisoría Fiscal para que en su dictamen informe sobre su concordancia con los Estados Financieros.

LIBRE CIRCULACIÓN DE FACTURAS

Circulación de Facturas:

En cumplimiento de lo indicado en el artículo 87 de la Ley 1676 de agosto 20 de 2013, La administración no entorpeció la libre circulación de las facturas de sus proveedores de bienes y servicios.

AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias por su confianza y apoyo.

JUAN CARLOS MANTILLA SUAREZ

Representante Legal