

Informe de gestión



2025

Fundación clínica del norte

Índice

04	—	PRESENTACIÓN INFORME DE GESTIÓN
11	—	GESTIÓN FINANCIERA
21	—	GESTIÓN ASISTENCIAL
31	—	GESTIÓN AL USUARIO
39	—	GESTIÓN HUMANA
49	—	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS
51	—	GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
64	—	GESTIÓN JURÍDICA
65	—	GESTIÓN AMBIENTAL
67	—	ESTADOS FINANCIEROS



FICHA TÉCNICA

Periodo reportado:

Desde el 01 de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025

Ciclo de elaboración de reportes:

La entidad realiza informes de manera anual y seguimiento de indicadores de forma mensual.

Punto de contacto para preguntas sobre el informe:

liderintnegocios@clinicadelnorte.org

contabilidad@clinicadelnorte.org

juridica@clinicadelnorte.org

PRESENTACIÓN INFORME DE GESTIÓN

En este informe, hemos consolidado los resultados clave de la Organización durante el año 2025 y las acciones realizadas para avanzar en nuestros distintos frentes estratégicos, divididos en nueve secciones: Informe de gestión financiera, gestión asistencial, gestión al usuario, gestión humana, gestión de tecnologías, gestión de calidad y seguridad del paciente, gestión jurídica, gestión ambiental y, estados financieros.

El Informe de Gestión detalla los logros y avances de la estrategia organizacional durante el último año, al tiempo que plantea los desafíos previstos para el próximo periodo. Los resultados financieros han sido elaborados siguiendo las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y han sido auditados por la firma BDO Audit Co SAS. Las notas explicativas de los estados financieros están disponibles en la memoria adjunta al final del informe.

Toda la información presentada está en conformidad con las mejores prácticas de Gobierno Corporativo, siguiendo el Código de Ética y Buen Gobierno de la Organización, así como con la normativa vigente establecida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Nuestro enfoque se fundamenta en una gestión responsable, con elevados estándares de calidad, seguridad y un fuerte compromiso social. Creemos firmemente que este enfoque es esencial para alcanzar nuestros objetivos y constituye un aspecto fundamental de nuestra misión como entidad comprometida con el progreso y el desarrollo social.

PERFIL ORGANIZACIONAL

De conformidad con los estatutos, la Fundación Clínica del Norte, es una persona jurídica de derecho privado, sin ánimo de lucro, la cual se regula por los estatutos en los documentos de constitución y por las normas contenidas en el código civil colombiano, el código de comercio y las demás normas legales que lo complementan y reglamentan; cumple funciones inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como Institución Prestadora de Servicios de Salud en todos los niveles de complejidad y se haya sometida al control y vigilancia del Estado en la forma establecida por la Ley.

La Fundación Clínica del Norte tiene por objeto la prestación de servicios de salud en el norte del valle de aburra, municipio de Bello; ofrece servicios especializados de hospitalización, manejo de cirugías de alta complejidad, enfermedades cardio cerebro, vasculares, todas atendidas de una manera integrales y éticas.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Misión: Prestar servicios de salud de alta complejidad centrados en la persona y su familia, con altos estándares de calidad y seguridad, contribuyendo al bienestar de la población del Norte del Valle de Aburrá.

Visión: En el año 2028 seremos reconocidos a nivel regional en la prestación de servicios de salud con calidad, mediante el modelo de atención institucional centrado en la persona y su familia.

VALORES

Compromiso: Somos comprometidos cuando trabajamos para lograr el mejoramiento continuo, el cuidado del paciente, su familia y la sostenibilidad organizacional.

Responsabilidad: Somos responsables cuando cuidamos de los recursos, cumplimos con los protocolos institucionales y contribuimos al crecimiento organizacional.

Excelencia: Somos excelentes cuando garantizamos la calidad y eficiencia en la ejecución de los procesos.

Confianza: Generamos confianza cuando promovemos la cultura de seguridad del paciente y la atención centrada en la persona y su familia.

Empatía: Somos empáticos nos ponemos en el lugar del otro; comprendiendo y entendiendo sus necesidades y expectativas en la atención.

Respeto: Somos respetuosos cuando aceptamos que todos somos diferentes, con cordialidad y armonía.



POLÍTICAS

Política de Responsabilidad Social: En la Fundación Clínica del Norte nos comprometemos a atender de forma segura a nuestros pacientes, usuarios y público en general. Además, a brindar espacios de crecimiento personal al colaborador y su grupo familiar. Por otro lado, nuestra relación con los proveedores está dentro del más estricto marco ético y legal, aportando al mejor estar de la comunidad inmediata, mediata y nacional, haciendo causa común con los defensores del planeta.

Política de Calidad: Busca dar soporte y cumplimiento a las necesidades básicas normativas, integrando y asesorando las actividades de gestión al interior de la organización, todo esto basado en el esquema del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar).

Política de Seguridad del Paciente: Está enfocada a garantizar una atención con calidad con el mínimo de ocurrencia de eventos adversos en nuestros pacientes.

Política de Humanización: Su objetivo es proporcionar a los pacientes, cuidadores y usuarios el trato con respeto y cuidado igualitario que tienen como derecho por ser personas.

Administración STARLAF Y SICOF: Con la finalidad de mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM y COF, se establecen los lineamientos generales adoptados por LA INSTITUCIÓN, que buscan el desarrollo eficiente, efectivo y oportuno sobre la administración del sistema buscando tomar las mejores decisiones frente a la exposición del mismo.

Política ética y buen gobierno: Establecer los principios básicos, valores, reglas y modelos de conducta y buen gobierno deseables que deben regir la eficiente

prestación del Servicio de Salud con pertinencia, accesibilidad, calidad, oportunidad y seguridad, y el relacionamiento con los diferentes actores del Sistema de Salud, como usuarios y colaboradores de la Fundación Clínica del Norte para alcanzar la misión institucional.

Línea de transparencia: Prevenir o detectar oportunamente la ocurrencia de eventos de Corrupción, Opacidad y/o Fraude (COF) en la FCN, con el fin de implementar controles que eviten o mitiguen la materialización de riesgos.

Código de ética y buen gobierno: Establecer los principios básicos, valores, reglas y modelos de conducta y buen gobierno deseables que deben regir la eficiente prestación del Servicio de Salud con pertinencia, accesibilidad, calidad, oportunidad y seguridad, y el relacionamiento con los diferentes actores del Sistema de Salud, como usuarios y colaboradores de la Fundación Clínica del Norte para alcanzar la misión institucional.

MIEMBROS DE JUNTAS Y COMITÉS

MIEMBROS DE ASAMBLEA Y DIRECTIVOS

Tabla 1. Miembros de asamblea

Documento	Nombre	Calidad
71.610.748	Alonso de Jesús Peña	Miembro Fundador y/o adherente
900.612.381	Angiodinamia S.A.S	Miembro Fundador y/o adherente
70.550.824	Carlos Mario Posada Uribe	Miembro Fundador y/o adherente
43.628.033	Carmenza Cuartas Guzmán	Miembro Fundador y/o adherente
900.382.713	Inversiones Salud Antioquia S.A.S	Miembro Fundador y/o adherente
70.552.477	Jorge Iván Penagos Garcés	Miembro Fundador y/o adherente
70.109.396	Oscar Armando Pérez Guerra	Miembro Fundador y/o adherente
800.250.192	Pro-Diagnostico S.A.	Miembro Fundador y/o adherente
1.037.628.254	Catalina Posada Cuartas	Miembro Fundador y/o adherente
1.037.639.663	Camilo Posada Cuartas	Miembro Fundador y/o adherente

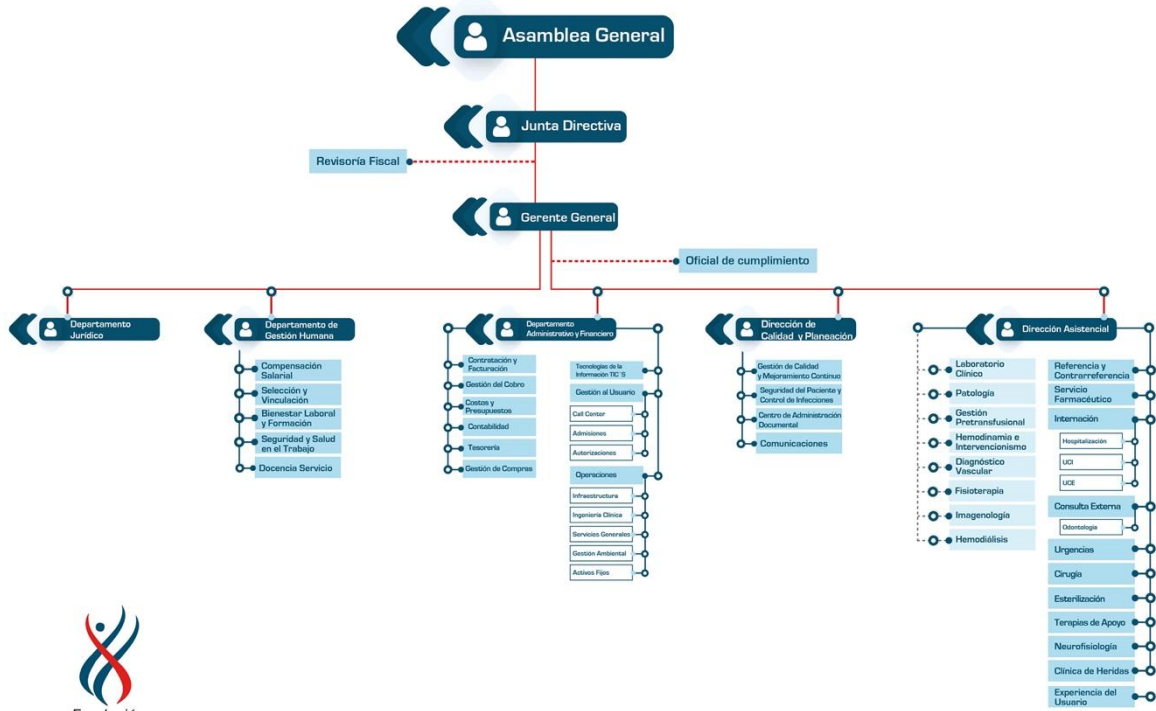
ORGANIGRAMA ESTRUCTURA DE GOBERNANZA Y COMPOSICIÓN

Tabla 2. Equipo Directivo

EQUIPO DIRECTIVO 2025	
Representante Legal	Francisco Javier Lozano Olaya
Representante legal suplente	Cristian David Ríos Orozco
Dirección Asistencial	Jhon Fredy Macías
Oficial de cumplimiento	Juan Felipe Gómez Suarez

INFORME ADMINISTRATIVO GERENCIAL

Figura 1. Organigrama Fundación Clínica del Norte.



GRUPOS DE INTERÉS



Fundación
Clínica del Norte
Cuidando la Vida

Esta información corresponde al año 2025 los datos corresponden a la historia registrada en libros, actas y hechos ocurridos durante la vigencia mencionada.

La Fundación Clínica del Norte da a conocer el informe de gestión correspondiente al año 2025, cuyo principal propósito es proporcionar una evaluación de sus acciones y progresos administrativos.

El año 2025 presentó varios retos para la administración, el los cuales se presento la disminución de aseguradoras que no tenían un comportamiento adecuado financieramente.

La Fundación Clínica del Norte continuo su propósito de ser una institución de tercer nivel de complejidad con énfasis en las especialidades de Cardiología, Neurocirugía, Hemodinamia, Ortopedia, Neurología y Urología entre otros. La rehabilitación igualmente hace parte fundamental de nuestras actividades en salud para el beneficio integral de toda la comunidad.

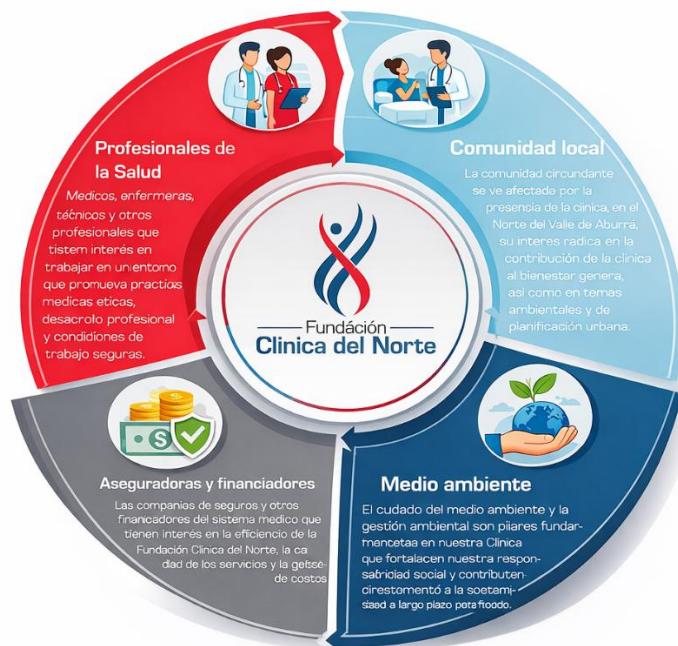
El impacto de la reforma a la salud y las perspectivas del actual gobierno siguen siendo factores clave en la dinámica del sector. La intervención en las principales EPS ha sido un componente determinante en la complejidad operativa y financiera del sector, y continúa marcando la pauta para los próximos años lo cual afectado directamente la operatividad de la Fundación Clínica del Norte en este 2025.

Las dificultades de financiación siguen siendo un desafío central. Las EPS enfrentan serios problemas de liquidez, y el creciente número de pacientes no siempre se corresponde con la capacidad de respuesta de los prestadores de servicios de salud, lo que afecta la sostenibilidad financiera de la institución, por lo cual se buscaron alternativas de crecimiento en fortalecimiento de aseguradoras como ARL, Medicina particular.

VALOR SOCIAL

El valor social de la Fundación Clínica del Norte está estrechamente relacionado con su capacidad para proporcionar atención médica de calidad, centrados en el adecuado diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de los pacientes, abordando las necesidades específicas de la comunidad contribuyendo al bienestar. La creación de empleo en el ámbito de la salud también es uno de nuestros objetivos brindamos oportunidades de empleo en la comunidad y contribuimos al desarrollo económico local; manteniendo altos estándares éticos y prácticas de responsabilidad social.

Figura 2. Grupos de interés Fundación Clínica del Norte.



Fuente: Elaboración propia

Nuestro grupo de interés para el 2025 siguen en caminado en nuestra ruta de visión al 2028.

GESTIÓN FINANCIERA

FACTURACIÓN

Durante la vigencia 2025, la institución registró unos ingresos de \$97.654 millones, lo que equivale al 79% del total facturado en 2024, representando una variación anual negativa del 21%.

Tabla 3. Ingresos actividades ordinarias 2024-2025.

PERIODO	2025	2024	VARIACIÓN
ENERO	8,479,044,966	9,975,548,431	18%
FEBRERO	8,900,533,090	10,532,495,185	18%
MARZO	8,969,386,656	10,452,547,150	17%
ABRIL	8,096,111,112	9,399,525,256	16%
MAYO	9,332,369,819	10,800,481,612	16%
JUNIO	8,709,979,886	9,061,791,099	4%
JULIO	6,019,551,173	9,767,928,658	62%
AGOSTO	7,752,904,086	9,997,660,849	29%
SEPTIEMBRE	9,242,136,789	9,460,280,302	2%
OCTUBRE	8,285,537,997	9,232,849,165	11%
NOVIEMBRE	7,615,544,183	9,451,111,608	24%
DICIEMBRE	6,251,454,941	10,257,422,908	64%
TOTAL	97,654,554,699	118,389,642,223	21%

Fuente: Elaboración propia.

Este comportamiento obedece principalmente a:

- Cambios en la composición contractual con algunas Entidades Responsables de Pago (ERP).
- Disminución en el volumen de servicios autorizados y facturados.
- Impacto de procesos administrativos derivados de intervenciones en algunas EPS.
- Ajustes estratégicos en ocupación y priorización de líneas de servicio.

Si bien la variación refleja una disminución frente al año anterior, es importante señalar que el comportamiento no estuvo asociado a una pérdida de capacidad operativa, sino a factores externos del sistema de aseguramiento.

Participación por ERP

La variación en la facturación institucional durante 2025 estuvo explicada, en gran medida, por la disminución en la producción asociada a Nueva EPS, históricamente el principal cliente de la institución. Aunque esta entidad continúa teniendo un peso relevante dentro de la facturación, el comportamiento de pago presentó una tendencia desfavorable durante la vigencia, consolidándose como la Entidad Responsable de Pago con el mayor saldo de cartera acumulada para la institución.



Tabla 4. Principales ERP 2024-2025

Aseguradora	Ingresos de Actividades Ordinarias Salud		Variación
	2025	2024	
NUEVA EPS	38,473,790,047	66,476,924,614	-42%
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	18,767,969,900	19,379,300,949	-3%
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A.	20,440,231,284	10,322,958,748	98%
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	-214,165,718	2,916,111,288	-107%
SUMIMEDICAL S.A.S	464,397,041	2,336,399,133	-80%
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	1,614,729,819	2,260,232,352	-29%
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	588,244,641	1,997,306,393	-71%
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO SA	815,457,081	1,208,305,544	-33%
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SA	2,379,284,189	1,135,791,893	109%
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	2,314,465,139	1,108,496,474	109%

Fuente: Elaboración propia.

En respuesta a este contexto, la institución implementó ajustes estratégicos en la asignación de capacidad instalada y en la priorización de servicios, orientados a mitigar el riesgo financiero y preservar la sostenibilidad operativa. De manera paralela, se fortalecieron las estrategias comerciales y contractuales con otros aseguradores, buscando diversificar el portafolio de clientes y reducir la concentración del riesgo asociado a una sola ERP.

Importante el proceso realizado al ADRES en la refacturación para poder obtener las cartas de superación de tope, para poder radicar las cuentas al ADRES

Al cierre de la vigencia 2025, la cartera bruta se ubicó en \$149.351 millones, registrando un incremento de \$18.201 millones (13%) respecto al cierre de 2024. Este crecimiento estuvo directamente asociado a las dificultades en la oportunidad del flujo de recursos por parte de algunas ERP, particularmente aquellas bajo procesos de intervención administrativa, lo cual impactó el capital de trabajo institucional.

Tabla 6. Cartera por tipo de entidad responsable de pago comparativo 2024-2025.

Descripción	2025	2024
Nueva Promotora de Salud - NUEVA EPS	63.247.397	50.104.077
Coosalud Entidad Promotora de Salud S.A.	14.423.899	14.267.154
Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S.	17.813.216	12.051.982
Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud	10.105.412	11.119.065
Cruz Blanca SA	5.775.822	5.774.644
EPS Suramericana SA	5.569.176	5.091.343
Coomeva SA EPS	4.965.552	4.965.552
Cafesalud EPS	2.652.426	2.683.705
Pro-diagnóstico SA	-	2.642.837
Compañía Mundial De Seguros S.A.	3.376.134	2.633.641
La previsorora SA Compañía de seguros	1.379.670	2.182.905
Consortio SAYP 2011	1.878.550	1.896.945
Departamento de Antioquia	1.674.431	1.695.451
Medimás EPS	1.655.044	1.655.044
Axa Colpatría Seguros S.A.	1.921.508	1.111.074
Fideicomisos Patrimonio Autónomos Fiduciaria la Previsorora S.A.S	1.158.266	
Otros deudores (4252)	11.754.850	11.274.185
Total, Deudores Comerciales	149.351.354	131.149.606

Fuente: Elaboración propia.

Los principales incrementos de cartera se concentraron en Nueva EPS y Savia Salud, entidades que durante la vigencia 2025 permanecieron bajo procesos de intervención administrativa. Esta situación estuvo acompañada de cambios frecuentes en los equipos directivos y operativos, así como de periodos de

transición y empalme que afectaron la continuidad en la toma de decisiones y en los procesos de auditoría y pago.

En este contexto, se presentaron bloqueos y represamientos en los giros mientras las Entidades Responsables de Pago intervenidas adelantaban procesos internos de validación, lo que impactó de manera significativa la oportunidad en el flujo de recursos hacia la institución. Este comportamiento fue recurrente a lo largo de la vigencia, generando una mayor presión sobre el capital de trabajo, incrementando la exposición financiera y ampliando el saldo acumulado de cartera.

No obstante, es importante resaltar el comportamiento positivo presentado por SURA EPS, donde se logró una disminución en los valores de cartera mediante el fortalecimiento de mesas de conciliación, seguimiento a compromisos de pago y gestión activa de recaudo.

Cartera Afectada por Objeciones y Glosas

Durante la vigencia 2025, la cartera afectada por objeción (glosa inicial y reiterada) presentó una disminución del 26% frente al año 2024, pasando de \$13.836 millones a \$10.207 millones. Este comportamiento evidencia una mejora significativa en la calidad del proceso de facturación, auditoría concurrente y respuesta oportuna a glosas.

Tabla 7. Cartera afectada por objeción (glosa inicial y reiterada) 2024 vs 2025.

TIPO DE ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	CARTERA GLOSADA 2025	CARTERA GLOSADA 2024	VARIACIÓN
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	5.632.672.386	9.707.567.247	-42%
ASEGURADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO	2.728.161.115	1.718.667.669	59%
COMPAÑÍA DE SEGUROS SOAT	807.504.955	1.873.752.140	-57%
REGIMEN ESPECIAL	692.567.811	16.026.627	4221%
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	229.508.601	126.560.864	81%
MEDICINA PREPAGADA	108.166.111	75.230.913	44%
ESTADO	8.535.624	290.636.371	-97%
OTROS	-	27.677.312	-100%
Total general	10.207.116.603	13.836.119.143	-26%

Fuente: Elaboración propia.

La reducción más representativa se observó en las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo (-42%) y en las aseguradoras del ramo SOAT (-57%), reflejando un fortalecimiento en la pertinencia médica, la correcta aplicación tarifaria

y la consolidación de soportes clínicos y administrativos desde el origen de la cuenta.

Asimismo, se evidenció una disminución considerable en el rubro correspondiente al Estado (-97%), lo que indica cierre y depuración efectiva de cuentas históricas.

No obstante, se registraron incrementos en algunas categorías como el régimen subsidiado (+59%) y las Administradoras de Riesgos Laborales (+81%), asociados principalmente a mayores niveles de auditoría y ajustes en criterios de validación por parte de las aseguradoras. Estos comportamientos requieren seguimiento permanente para evitar que impacten la rotación de cartera en futuras vigencias.

En términos generales, el comportamiento de la cartera objetada durante 2025 demuestra un avance estructural en los procesos internos de control, revisión médica y gestión de glosas, contribuyendo a la disminución del riesgo financiero y a la mejora en la calidad del ingreso institucional.

INFORME DE COSTOS, PRESUPUESTOS

Los costos acumulados en el mes de diciembre de 2025 fueron \$ 80.032.842, los cuales presentaron una reducción \$ 16.685 Millones comparado con el año 2024 lo cual nos da una disminución del 17.3%; para el 2025 la eficiencia del costo representa el 80.2%, en el 2024 la eficiencia del costo fue del 80.9%, en lo cual nos da una disminución del 0.1%, lo cual para el proceso inflacionario del país (IPC 5.1%) y el aumento del 9.54% del salario mínimo, el incremento del dólar, es un indicador positivo debido a la contención del costo en la institución.

Esta reducción se atribuye a varias medidas estratégicas implementadas durante el año. Entre ellas se destaca la disminución del 42.0% en la compra de material de osteosíntesis, equivalente a aproximadamente \$4.466 millones, principalmente relacionada con la atención de pacientes cubiertos por aseguradoras SOAT. Esta disminución fue consecuencia de cambios en la normativa que dificultaron el recaudo de estas facturas, por lo cual, como parte de la estrategia institucional, se ajustaron los criterios de aceptación de pacientes bajo esta cobertura.

Adicionalmente, se optimizó la estructura del personal de las áreas asistenciales, ajustando tanto la nómina asistencial como los honorarios de los especialistas de acuerdo con los niveles de ocupación y demanda de servicios.

De igual forma, se implementaron estrategias de eficiencia en compras, priorizando la adquisición de material médico-quirúrgico y medicamentos genéricos de menor

costo, los cuales cumplían con las especificaciones técnicas requeridas para garantizar la calidad y continuidad en la prestación del servicio.

Estas acciones contribuyeron de manera significativa a la reducción de los costos operativos de la institución durante el periodo analizado.

Tabla 8. Total de Costos 2025

CONCEPTO	2025
Costos (80.2%)	\$ 80.032.842
Ingresos totales	\$ 99.807.550

Fuente: Elaboración propia

Los gastos acumulados de la clínica fueron de \$ 19.678.709, los cuales presentaron una disminución comparada con el año 2024, para el año 2025 la eficiencia del gasto representa el 19.7%, para el año 2024 la eficiencia del gasto fue de un 19,03%, un aumento del 0.7%, en el cual se conserva una estructura de gastos similar, para lo cual el gasto mas importante es el deterioro de cartera.

Tabla 9. Total Gastos 2025

CONCEPTO	2025
Gastos (19.7%)	\$ 19.678.709
Ingresos totales	\$ 99.807.550

Fuente: Elaboración propia.

Presupuesto

Ingresos:

El presupuesto proyectado para los ingresos fue de \$ 125.671.520 y la ejecución presupuestal cerró en \$ 99.807.550, para un porcentaje de cumplimiento de 79% con una desviación del 21% debido al proceso de reestructuración, disminución de camas hospitalarias lo que genera una menor venta de medicamentos, dispositivos y material de osteosíntesis, adicional la contención de todos los servicios de ayudas diagnosticas asociadas a neurología, y terapéuticas (fisioterapias).

Tabla 10. Presupuesto de ingresos 2025.

CONCEPTO	2025
Ingresos presupuestados	\$ 125.671.520
Ingresos ejecutados	\$ 99.807.550

Fuente: Elaboración propia.

Costos y gastos:

El presupuesto proyectado para los costos y gastos fue de **\$ 124.593.498** y la ejecución presupuestal cerró en **\$ 99.711.551**, arrojando un porcentaje de cumplimiento de **80%**, Durante la vigencia 2025 se evidenció una ejecución del gasto inferior a lo presupuestado en los principales rubros operativos de la institución. Dentro de los más representativos se encuentran la adquisición de servicios de salud (82%), honorarios médicos (76%), material médico quirúrgico (75%), medicamentos (81%) y material de osteosíntesis (57%). Esta menor ejecución se explica principalmente por la optimización de los recursos asistenciales, el ajuste de la contratación de especialistas acorde con los niveles de ocupación y la disminución en la demanda de procedimientos quirúrgicos, especialmente aquellos asociados a pacientes cubiertos por aseguradoras SOAT. Adicionalmente, se implementaron estrategias de eficiencia en la adquisición de insumos y medicamentos, priorizando alternativas que cumplieran con los estándares técnicos requeridos a un menor costo. Estas medidas contribuyeron de manera significativa al control del gasto operativo y a la optimización del uso de los recursos institucionales.

Tabla 11. Presupuesto de egresos 2025.

CONCEPTO	2025
Egresos presupuestados	\$ 124.593.498
Egresos ejecutados	\$ 99.711.551

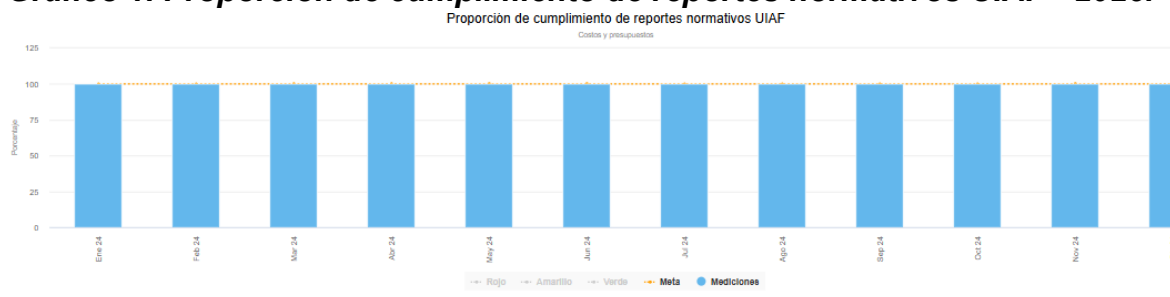
Fuente: Elaboración propia.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante las Circulares Externas 000009 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021, estableció la obligación para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de implementar un Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT), así como un Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno (SICOF) como herramientas de gestión organizacional.

Como Oficial de Cumplimiento Principal de SARLAFT y SICOF, se presenta el informe de gestión correspondiente al año 2025. Hasta la fecha, se han realizado de manera mensual todos los reportes ante la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) a través de la plataforma SIREL, con un cumplimiento del 100%. Estos reportes incluyen operaciones sospechosas, proveedores y procedimientos, adicionalmente se cuenta con la capacitación en el ingreso de los funcionarios a la institución del sistema de gestión integral del riesgo.

La única lista internacional restrictiva vinculante para Colombia es la del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (artículo 20 de la Ley 1121 de 2006). Sin embargo, como buenas prácticas la Fundación Clínica del norte también consulta diferentes listas incluida en el aplicativo de Risk international, se validaron todas las personas en el cual no se obtuvieron coincidencias de listas restrictivas

Grafico 1. Proporción de cumplimiento de reportes normativos UIAF - 2025.



La Fundación clínica del norte tiene a disposición en la página web, el canal de denuncias, relacionado con corrupción, opacidad o fraude, en el cual no se presentaron denuncias para el año 2025

GESTIÓN ASISTENCIAL

Durante la vigencia 2025, el Área Asistencial desarrolló sus actividades enfocadas en la prestación oportuna, segura y eficiente de los servicios de salud, garantizando el uso adecuado de los recursos disponibles.

El servicio de hospitalización alcanzó un porcentaje promedio de ocupación del 78,00 %, manteniéndose dentro de un rango óptimo para una institución de III nivel de complejidad. Este resultado evidencia una adecuada utilización de la capacidad instalada y una gestión eficiente del recurso cama.

Por su parte, la Unidad de Cuidados Especiales registró un porcentaje de ocupación promedio del 84,91 %, lo que representó una reducción de 8,85 puntos porcentuales frente al año 2024. Este comportamiento refleja una mejora en la gestión del flujo de pacientes críticos, contribuyendo a la disminución de escenarios de sobreocupación y al fortalecimiento de las condiciones de seguridad y calidad en la atención.

En cuanto al servicio de Urgencias, se presentó un porcentaje de ocupación promedio del 81,34 %, evidenciando un incremento de 19,13 puntos porcentuales frente al año anterior. Este aumento refleja una mayor demanda asistencial y una creciente complejidad en los casos atendidos.

Las actividades desarrolladas estuvieron orientadas a optimizar los procesos de admisión, referencia, contrarreferencia y egreso de pacientes, fortaleciendo la articulación entre los diferentes servicios.

CAPACIDAD

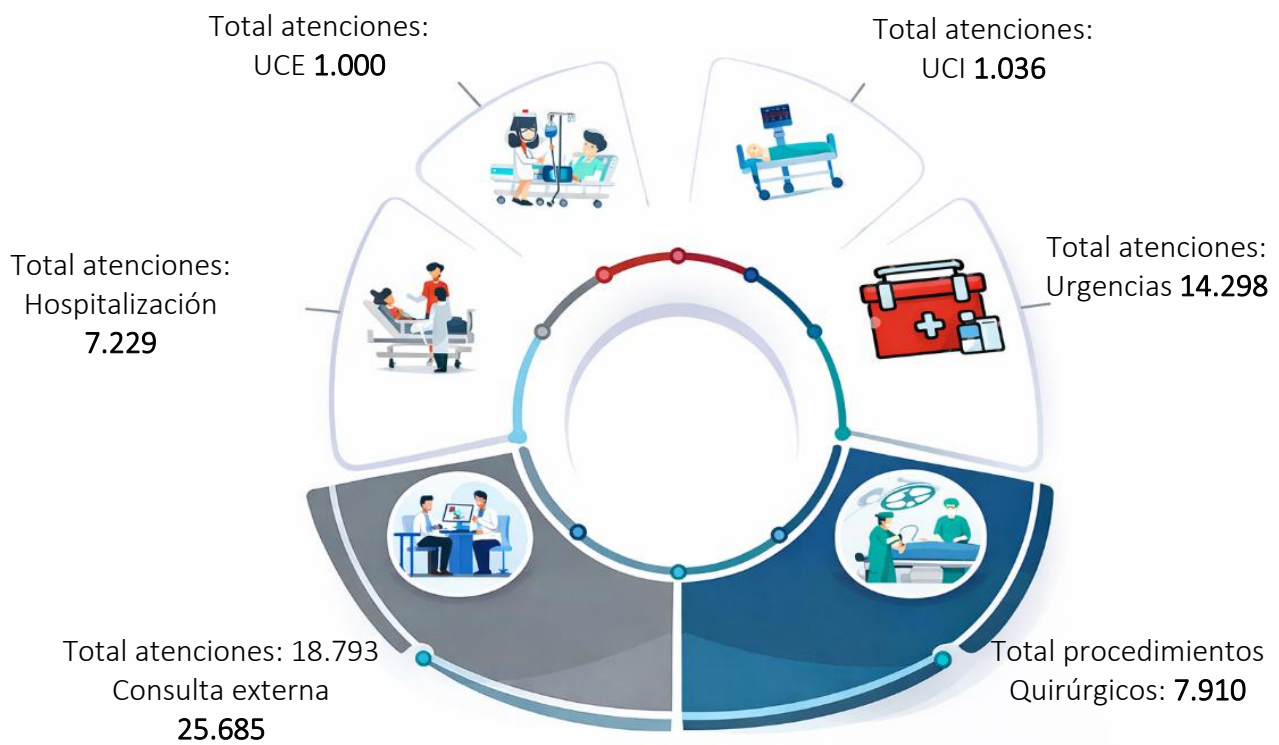
Figura 3: capacidad instalada 2025



Fuente: Elaboración propia.

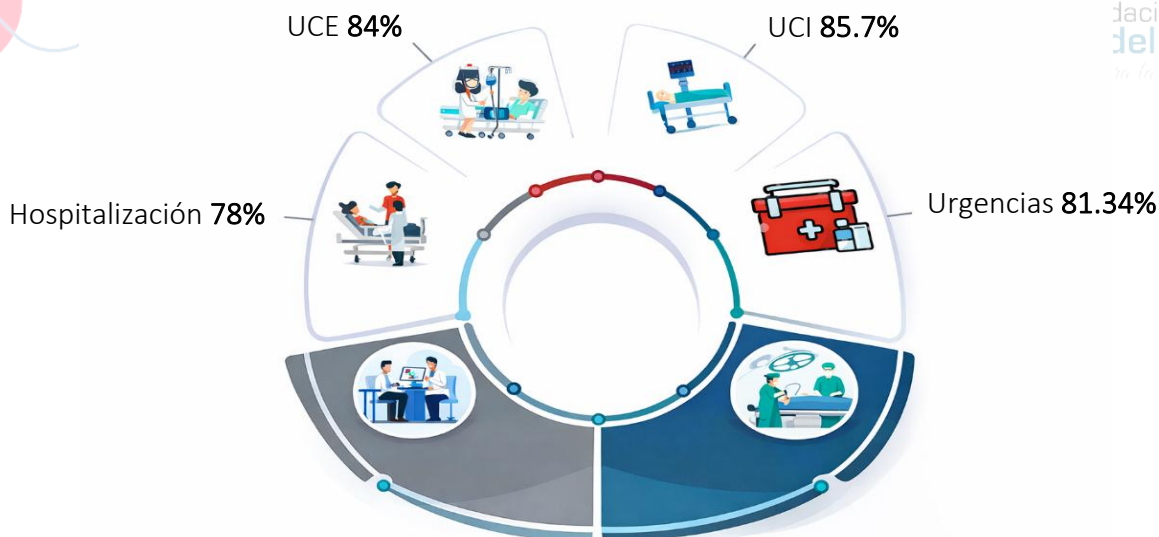
PRODUCCIÓN POR SERVICIO

Figura 4. Producción por servicio 2025.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5: Porcentaje promedio de ocupación por servicio 2025

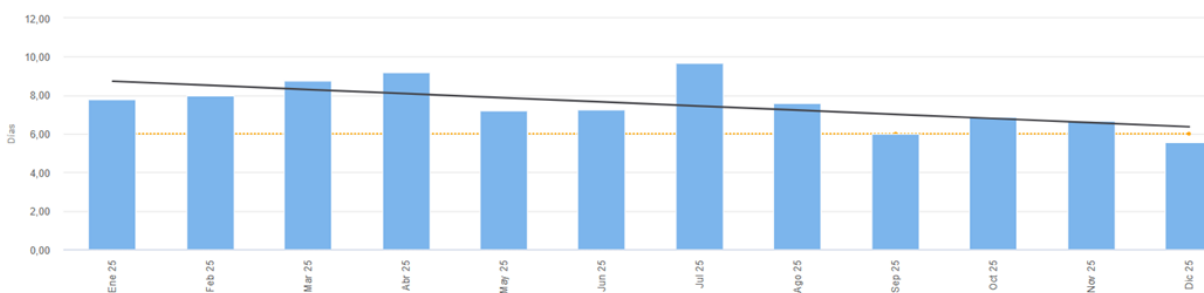


Fuente: Elaboración propia.

ESTANCIA CLÍNICA

Los promedios estancia clínica de las principales especialidades fueron las siguientes: Cirugía general: 4,43 Medicina interna: 6,31, Neurocirugía: 6.42, Ortopedia: 4.63

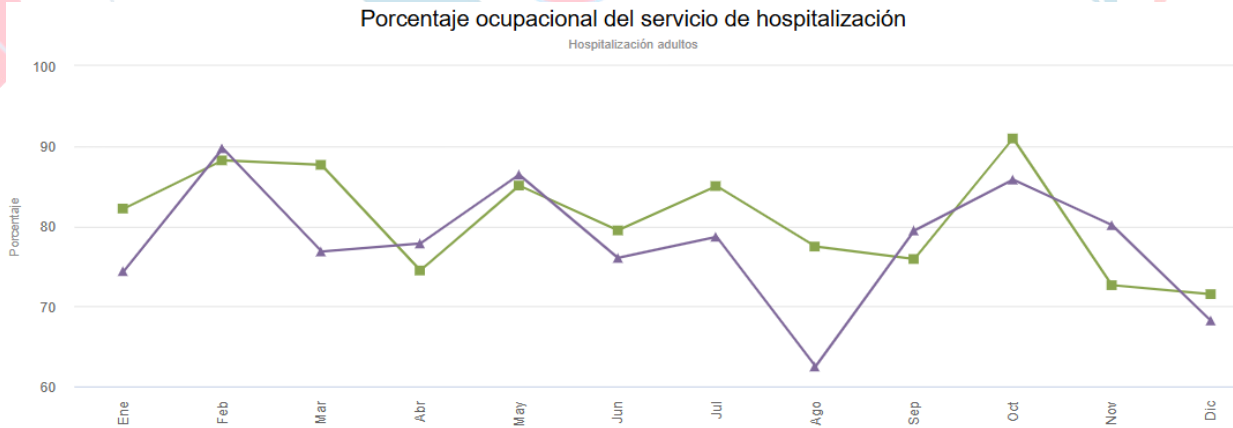
Grafico 2. Promedio día estancia clínica 2025.



Fuente: Almera

El promedio de estancia hospitalaria en adultos durante 2025 presenta un comportamiento variable con una tendencia lineal decreciente al cierre del año, evidenciando una mejora progresiva en la eficiencia del proceso asistencial.

Grafico 3. Porcentaje de ocupación del servicio de hospitalización 2025.

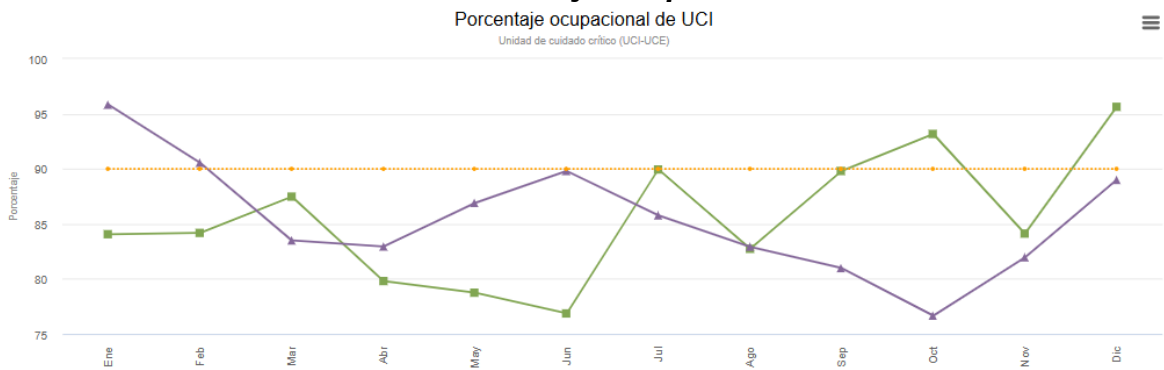


Fuente: Almera

Durante la vigencia 2025, el porcentaje de ocupación del servicio de hospitalización alcanzó un promedio anual del 78,00 %, manteniéndose dentro de un rango óptimo para una institución de III nivel de complejidad. Este resultado evidencia una adecuada utilización de la capacidad instalada y una gestión eficiente del recurso cama, permitiendo garantizar la oportunidad y continuidad en la atención.

En comparación con el año 2024, se presentó una disminución de 2,87 puntos porcentuales, lo cual contribuyó a reducir escenarios de sobreocupación, fortalecer la seguridad del paciente y mejorar la capacidad de respuesta ante picos de demanda asistencial.

Grafico 4. Porcentaje ocupación de UCI.

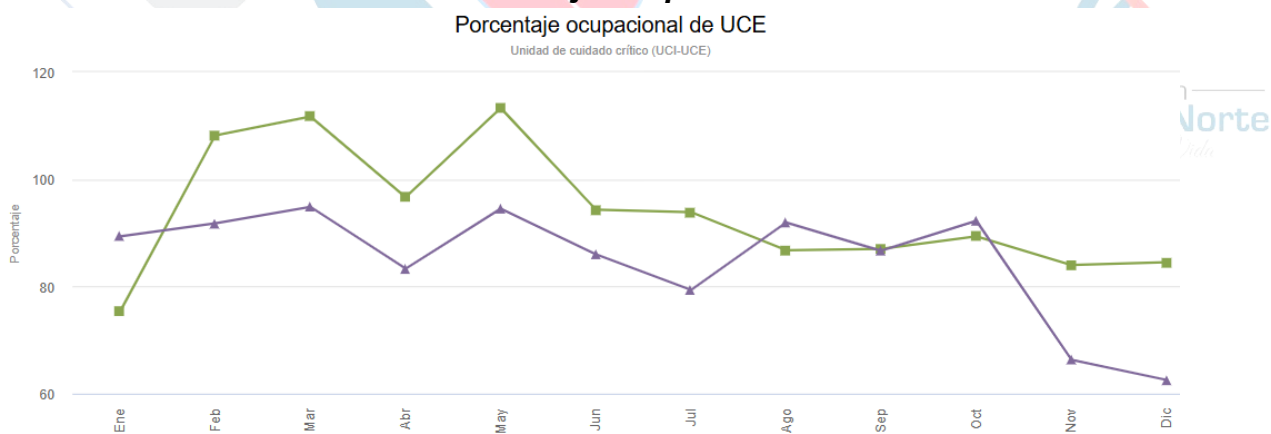


Fuente: Almera

Durante la vigencia 2025, la Unidad de Cuidados intensivos presentó un porcentaje de ocupación promedio del 85.7%. Este comportamiento refleja una mejora en la gestión del flujo de pacientes críticos, disminuyendo escenarios de sobreocupación y fortaleciendo las condiciones de seguridad y calidad en la atención.



Gráfico 5. Porcentaje ocupación de UCE.

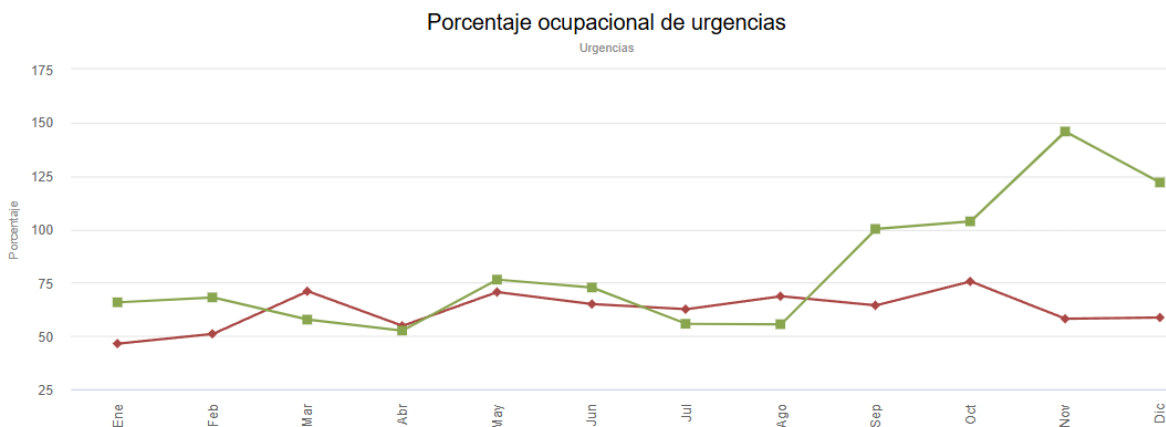


Fuente: Almera

Durante la vigencia 2025, la Unidad de Cuidados Especiales presentó un porcentaje de ocupación promedio del 84,91 %, evidenciando una reducción de 8,85 puntos porcentuales frente al año 2024. Este comportamiento refleja una mejora en la gestión del flujo de pacientes críticos, disminuyendo escenarios de sobreocupación y fortaleciendo las condiciones de seguridad y calidad en la atención

URGENCIAS

Gráfico 6. Porcentaje ocupación de Urgencias.



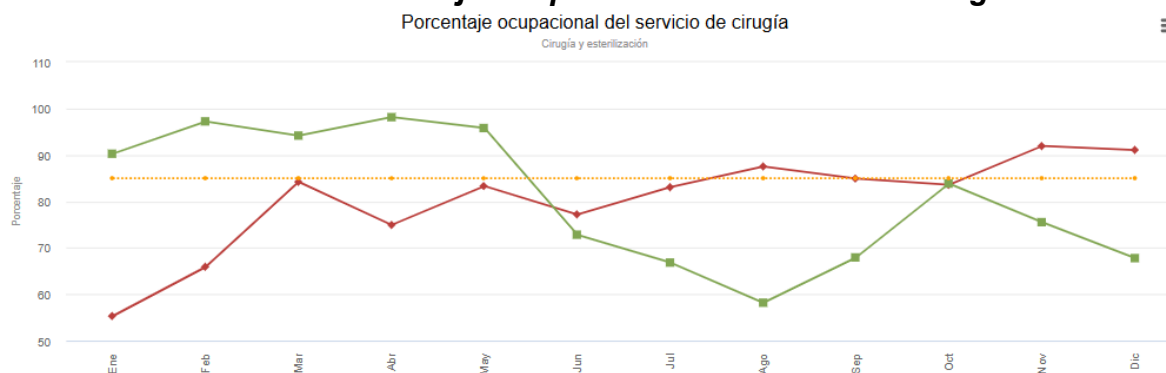
Fuente: Almera

Durante la vigencia 2025, el servicio de Urgencias presentó un porcentaje de ocupación promedio del 81,34 %, evidenciando un incremento de 19,13 puntos

porcentuales frente al año 2024. Este comportamiento refleja un aumento significativo en la demanda asistencial y en la complejidad de los casos atendidos. En algunos periodos se presentaron niveles de ocupación superiores al 100 %, generando escenarios de congestión que fueron abordados mediante estrategias de gestión de flujo, priorización clínica y articulación con los servicios de hospitalización y cuidados especiales, garantizando la continuidad y seguridad de la atención.

CIRUGÍA

Gráfico 7. Porcentaje ocupacional de servicio de cirugía



Fuente: Almera

Durante el año 2025 se evaluó el porcentaje de ocupación del servicio de cirugía, comparando la capacidad disponible del quirófano con su utilización efectiva mensual. La meta institucional establecida para este indicador fue del 85% de ocupación.

El análisis evidencia un comportamiento heterogéneo a lo largo del año, con un desempeño favorable durante el primer semestre y una disminución significativa en el segundo semestre.

Entre los meses de enero y mayo, el porcentaje de ocupación se mantuvo por encima de la meta institucional, alcanzando valores entre 90,3% y 98,1%, lo que refleja una adecuada planificación quirúrgica y un uso eficiente de la capacidad instalada. Destaca el mes de abril, que presentó el mejor resultado del período evaluado.

A partir del mes de junio, se observa una caída sostenida en el nivel de ocupación, situándose por debajo del estándar esperado. Los valores más bajos se registraron

en agosto (58,2%), seguido de julio, septiembre y diciembre. En octubre se identifica una recuperación parcial del indicador (83,8%).

SERVICIO FARMACÉUTICO

El servicio farmacéutico de la Fundación Clínica del Norte presta sus servicios de manera integral las 24 horas de los 7 días de la semana en todas sus áreas. Está conformado por: áreas asistenciales, con cuatro satélites ubicadas en (Unidad de cuidados especiales UCE/ unidad de cuidados intensivos UCI), Cirugía, Angiodinamia, Urgencias; encargados de suministrar todas las tecnologías de salud que requiera cada una de las atenciones en los diferentes servicios. Además, cuenta con una farmacia central (punto de recepción, almacenamiento y distribución de los diferentes insumos tanto medicamentos como dispositivos médicos) y un área administrativa. El servicio farmacéutico de la Fundación Clínica del Norte cuenta con personal calificado y capacitado para desarrollar sus funciones en cada una de las áreas y procesos. También se cuenta con un área de producción de aire medicinal en sitio por compresor, este es un proceso que se lleva a cabo y es compartido con el área de bioingeniería. El servicio farmacéutico también tiene como proceso el manejo de los medicamentos de control o que son de monopolio del estado, es un proceso que se lleva a cabo de acuerdo a la normatividad vigente. Se tienen establecidos diferentes mecanismos de comunicación de carácter institucional que permiten el flujo e intercambio de información en las áreas administrativas y asistenciales.

Las actividades desarrolladas en el Servicio Farmacéutico se ejecutan conforme a los principios de accesibilidad, oportunidad, calidad y mínima variabilidad, garantizando la seguridad del paciente y la mitigación de riesgos sanitarios. Cada proceso debe estar documentado y sustentado en el Manual de Funciones del Servicio Farmacéutico o en el Manual de Gestión Farmacéutica, en concordancia con la normatividad vigente: Decreto 2200 de 2005, Resolución 1403 de 2007, Resolución 1478 de 2006, Resolución 1604 de 2013, Resolución 3100 de 2019, Resolución 0371 26 de febrero de 2009, Política Farmacéutica Nacional (PFN) de agosto de 2012, Acuerdo 441 de 2022, Resolución 4410 de 2009, Resolución 2011012580 de 2011. De esta forma, el servicio farmacéutico asegura la conformidad regulatoria, la seguridad del paciente y la eficiencia institucional, enmarcando todas sus actividades dentro de la normatividad.

Logros

Eficiencia institucional (Costos).

Fortalecer la gestión de inventario a través de la implementación del módulo GHIPS para garantizar trazabilidad y confiabilidad, como estrategia se optó por Modernizar herramientas tecnológicas para la gestión del inventario.



Actividades ejecutadas:

- Actualizar información necesaria en GHIPS para el manejo del módulo de inventario.
- Capacitar al personal del servicio farmacéutico y asistencial en los cambios del módulo de inventario.
- Implementar el módulo de inventario.

Estandarizar el proceso de gestión y reporte de medicamentos desabastecidos para fortalecer la planeación de compras y la toma de decisiones. Como estrategia se realizan reportes de desabastecidos y novedades en la adquisición. Como objetivo de busca asegurar el abastecimiento y la continuidad en la atención.

Actividades ejecutadas:

- Reporte y control del porcentaje de desabastecidos.
- Comunicados vía correo a los líderes y áreas sobre el estado de insumos.
- Se incluyó en GHIPS, la opción de adjuntar la carta de desabastecidos de la institución, de esta manera cualquier servicio puede enterarse de estado de los insumos. Se debe documentar el proceso.

Implementar sistema de evaluación del cumplimiento de entregas por parte de los proveedores para mejorar la gestión logística. Se evalúa mediante el análisis del % de cumplimiento de entregas según contrato o pedido.

Actividades ejecutadas:

- Seguimiento y control de proveedores.
- Implementar medición de cumplimiento a entregas por parte de proveedor.
- Se evalúa el % de cumplimiento de los pedidos solicitados, de acuerdo a la cantidad entregada por el proveedor.
- Se implementa en el formato MI-AD-SF-F-43 V2 BASE DE DATOS SEGUIMIENTO A PEDIDO SOLICITADOS Y ENTREGADOS DE MEDICAMENTOS, para la gestión de pedidos, en el mismo se evalúa el % de cumplimiento de las entregas del pedido solicitado. Se debe fortalecer la actividad.

Servicio farmacéutico, proveedor.

Optimizar los costos aumentando la confiabilidad del inventario realizando un correcto manejo de este en todas las áreas del servicio farmacéutico, para garantizar la trazabilidad de cada producto desde que ingresa al servicio hasta que se ve reflejado en la factura del paciente.

Actividades ejecutadas:

- Realizar los inventarios cíclicos según cronograma y consolidar información. saldos conteo cíclico / saldos sistema x 100. Control inventario.
- Identificar el número de items sin movimiento de larga duración. Porcentaje de items sin movimiento en 6 meses. Rotación de inventario.
- Cronograma de inventarios y de auditorías a carros de paro.

Atención con calidad y seguridad.

Fortalecer el proceso de preparación de dosis unitaria para medicamentos inyectables, garantizando trazabilidad, oportunidad y seguridad. Se evalúa % de cumplimiento de preparaciones solicitadas. Estrategia de seguridad del paciente y uso racional de medicamentos.

Actividades ejecutadas:

- Socializar medicamentos sujetos a preparación de dosis unitaria en COFYTE.

Establecer procedimientos estandarizados para la gestión de programas especiales y el monitoreo de errores de medicación en el servicio farmacéutico. Se evalúa la proporción de errores de medicación por cada 1000 egresos. Programas de seguridad del paciente desde el servicio farmacéutico, seguimiento farmacoterapéutico, detección de errores de medicación.

Actividades ejecutadas:

- Realizar procedimiento de programas especiales del servicio farmacéutico.
- Realizar Indicadores de errores de medicación y clasificación por categoría del error.
- Se tiene el indicador proporción de problemas relacionados con el uso de medicamentos PRUM

Implementar un procedimiento estandarizado y sistemático para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados. Se realiza por medio de programas de seguridad del paciente desde el servicio farmacéutico como seguimiento farmacoterapéutico:

Actividades ejecutadas:

- Realizar procedimiento para el seguimiento farmacoterapéutico.
- Realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados según criterios de inclusión en el programa.

Medicamentos de control especial y monopolio del estado:

En el año 2025 se consolidó la migración del libro físico al libro virtual de medicamentos de control especial. Lo que permite un mejor manejo y control de estos medicamentos. Se optimizan tiempo en los procesos o actividades implicadas.

GESTIÓN AL USUARIO

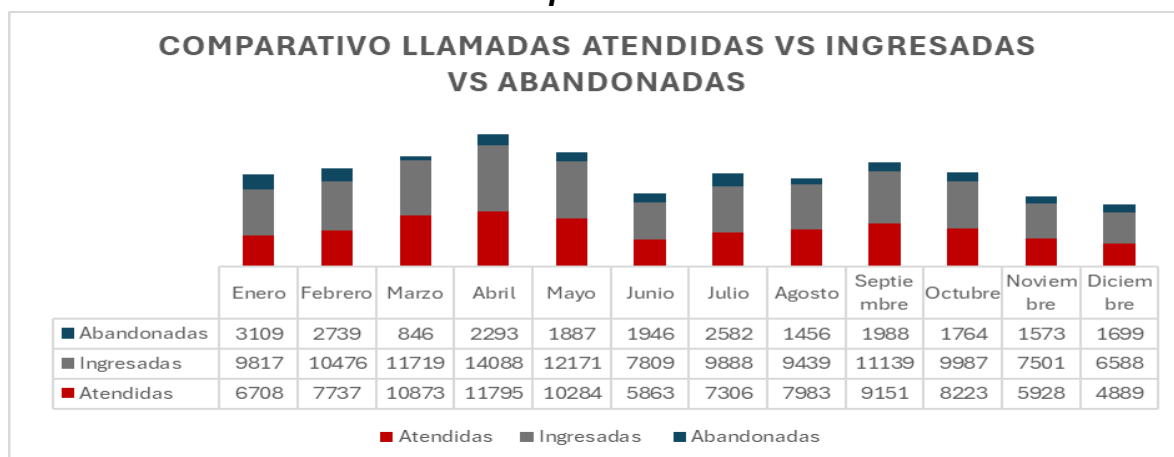
ADMISIONES Y PROGRAMACIÓN

El presente informe pretende relacionar información de ejecución de actividades desarrolladas en el área, reunir los avances en nuestro proceso e identificar los retos con el fin de garantizar a nuestros usuarios una atención oportuna y de calidad durante 2025 se evidencia una disminución en el desempeño frente a 2024.

El nivel promedio de atención pasó de 86% en 2024 a 80% en 2025, acompañado de un aumento significativo del abandono (de 17.807 a 20.773 llamadas).

Aunque en 2025 se presentaron meses con buen resultado como marzo (93%), el año mostró mayor inestabilidad, especialmente en enero, julio y diciembre, donde el abandono superó las 2.500 llamadas.

Gráfico 8. Comparativo de llamadas.



Fuente: Elaboración propia

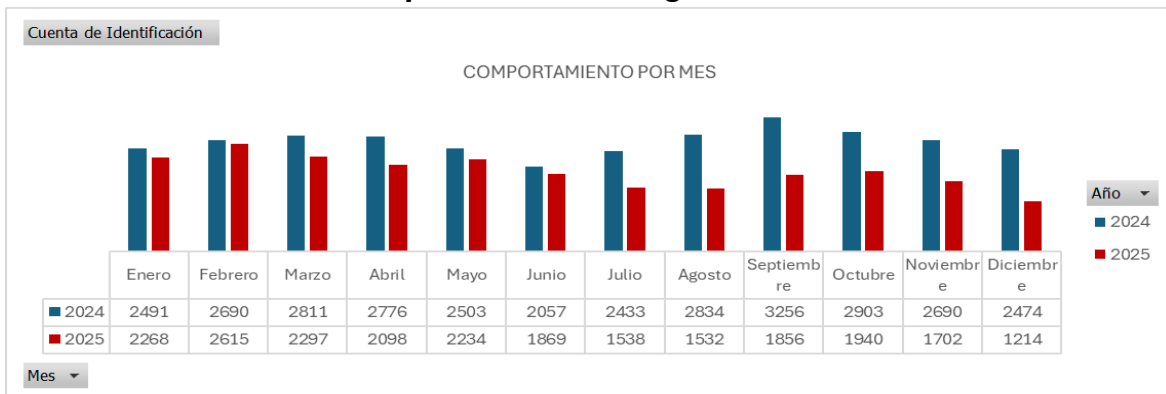


En 2025 se registró un menor volumen de demanda frente a 2024, pasando de 126.206 a 110.805 llamadas (-12%). A pesar de esta reducción, el nivel de atención no mejoró y el abandono aumentó, lo que evidencia una pérdida de eficiencia operativa.

Ejecutado por agendamiento

En 2025 se evidencia una disminución del 26% en el volumen total de consultas frente a 2024, reflejando una reducción significativa en la actividad asistencial de la institución. Este comportamiento se observa principalmente en las especialidades de mayor demanda, especialmente en Neurocirugía, que pasó de 11.695 a 7.839 consultas, equivalente a una caída del 33%, y en Ortopedia, que descendió de 9.240 a 7.537 consultas, con una reducción del 18%.

Gráfico 9. Comportamiento de agendamiento mensual.



Fuente: Elaboración propia

El comportamiento mensual confirma que en 2025 se presentó una disminución generalizada de consultas frente a 2024 en todos los meses del año, con caídas más marcadas en el segundo semestre.

Ofertado vs ejecutado

Durante el ejercicio 2025 se produjo una reducción del volumen de horas de consulta ofertadas respecto al año 2024, pasando de 13.497 a 8.428 horas, lo que supone un descenso del 37,6 %. Esta disminución responde fundamentalmente a la reorganización de agendas y a la adecuación de la oferta asistencial a los recursos disponibles.

TRABAJO SOCIAL, HUMANIZACIÓN, LABOR SOCIAL

Desde el área de Trabajo Social, durante el periodo del año 2025, se realizó acompañamiento a 678 pacientes hospitalizados y a sus familias, brindando una atención con enfoque diferencial orientada a la identificación y atención de las necesidades emergentes relacionadas con el motivo de ingreso.

Este acompañamiento permitió reconocer las particularidades de cada caso y articular la intervención con las diferentes especialidades, contribuyendo a una atención integral, al fortalecimiento del proceso de cuidado y a la promoción de un alta segura, así como de un proceso de recuperación exitoso.

Las atenciones realizadas desde el área de Trabajo Social fueron enrutadas de acuerdo con el motivo de ingreso de los pacientes y clasificadas según la particularidad de cada caso. A partir de esta caracterización, se identificaron y priorizaron las situaciones más relevantes, las cuales se describen a continuación:

- Código fucsia, atención a víctimas de violencia sexual, activación de rutas (línea de la mujer, 123 social, ICBF-Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)
- Código lila, paciente al final de la vida, acompañamiento familiar, acceso a la unidad a la familia, orientación en trámites administrativos y claridad en la situación presentada.
- Código Dorado, atención de emergencia en salud mental, ideación suicida de forma estructurada, intento suicida. Estas son derivadas para la valoración por psiquiatría, ya sea de forma ambulatoria o intrahospitalaria
- Abandono y maltrato del adulto mayor, se activa secretaría del adulto mayor, comisarías de familia y personería del municipio donde se encuentre el domicilio del paciente
- Violencia de género, línea de la mujer y orientación legal en el momento del alta de la paciente.

PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA



Fundación
Clínica del Norte

La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman. La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así mismo pretende generar e impulsar un proceso de transformación de la cultura del sistema de salud a partir del cambio de comportamiento de las personas en las instituciones en todos los niveles del sistema de salud, (nacional, intermedio y local) reconociendo los valores, la historia y logros alcanzados. Por lo cual la humanización puede transformar la manera de pensar, dirigir y actuar del Sistema de salud.

Con el propósito de fortalecer acciones que garanticen una cultura de humanización en los colaboradores de la Fundación Clínica del Norte, implementando estrategias que permitan un servicio confiable, amable y oportuno, obteniendo como fin la satisfacción del usuario interno y externo.

Este programa aplica para todo el personal vinculado y aliado, asistencial y administrativo involucrado en el proceso de atención de los pacientes de la Fundación Clínica del Norte, además de docentes, estudiantes, pacientes, familias y cuidadores, de acuerdo con lo definido en el documento *SP-GA-GU-TS-PT-04 Protocolo de atención integral en salud con enfoque diferencial*.

Actividades del programa

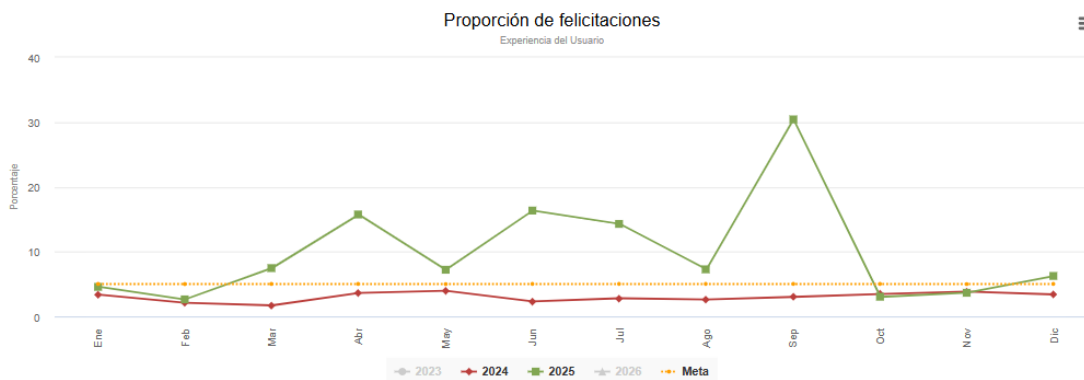
Durante el periodo del año 2025 se realizaron actividades dirigidas a los colaboradores de Fundación Clínica del Norte. con el fin de mejorar la atención en los servicios de salud ofertada a toda la comunidad.

- Inducción a colaboradores nuevos a Fundación Clínica del Norte
- Donaciones a pacientes y familias relacionadas con alimentación, ayudados por el contratista Inversiones en Salud con las porciones las disponibilidades de las novedades de los servicios y con el área de cafetería.
- Donaciones de útiles de aseo como pañales, máquina de afeitar, desodorante, cremas hidratantes, pañitos, cepillo y crema dental, ropa para pacientes que lo requieren y aporte económico para algunos pacientes en el acompañamiento de los pasajes a su lugar de residencia.

- Colaboración con el albergue San José, ubicado en el Barrio Prado Centro de la ciudad de Medellín, donde acoge a familiares de paciente que no residen en la ciudad y no tienen familia
- Acompañamiento espiritual de la parroquia la Ascensión del señor y de la parroquia de la Chinca, a pacientes y familiares que lo requieran, respetando la creencia de cada uno.
- Valoración por el área de trabajo social por la estancia, relacionado con la adherencia a los procesos terapéuticos, indicaciones médicas y acompañamiento familiar.

INFORME EXPERIENCIA AL USUARIO 2025

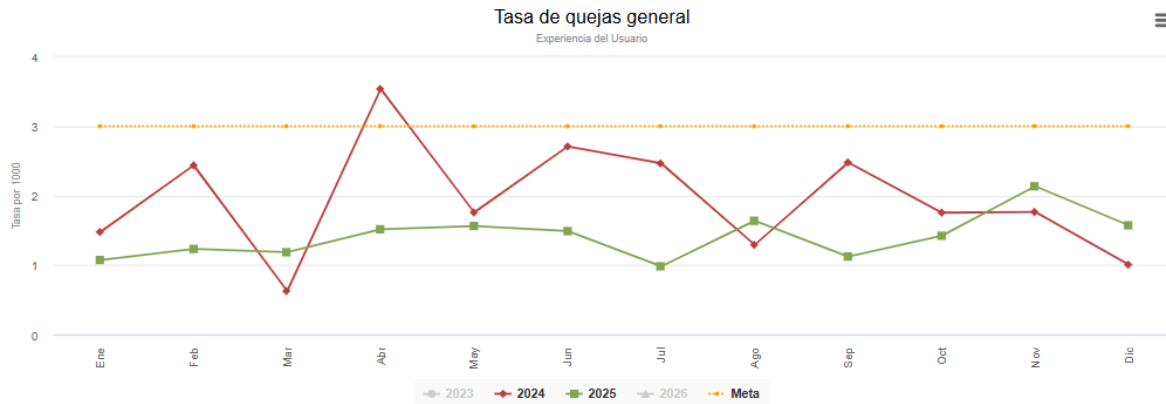
Gráfico 10. Número de felicitaciones 2025.



Fuente: Almera

Durante el periodo del año 2025 se ha mantenido un promedio de felicitaciones el cual no ha tenido variaciones relevantes. De igual forma teniendo presente la población atendida y la satisfacción global de los usuarios, en donde se cumple por encima de la meta en las encuestas realizadas, se identifica que los usuarios no presentan la cultura de felicitar por los servicios y procesos realizados.

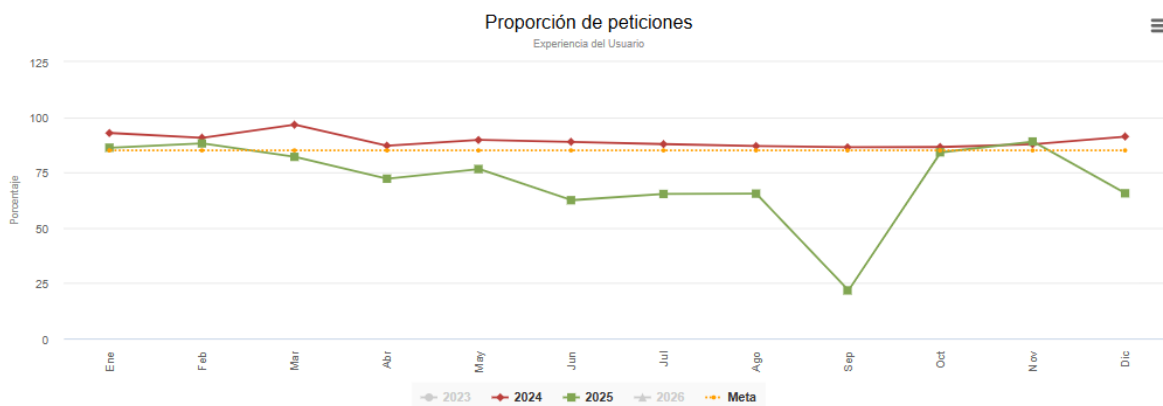
Gráfico 11. Tasa de quejas recibidas 2025



Fuente: Almera

Desde las herramientas de participación ciudadana con relación a la prestación adecuada de los servicios en salud, el paciente o usuario tiene la posibilidad de manifestar cualquier inconformidad relacionada con su atención. Por tal motivo se hace uso de los buzones de sugerencia, oficina de experiencia del usuario, vía llamada o correo electrónico. Durante el periodo del 2025 se ha presentado una variación en la cantidad de manifestaciones (quejas), las cuales se han intervenido con el personal involucrado, esto con el propósito de atender desde un proceso de humanización en cada una de las atenciones dadas, permitiendo una mejoría en la atención y calidad en el servicio.

Gráfico 12. Proporción de Peticiones recibidas 2025.

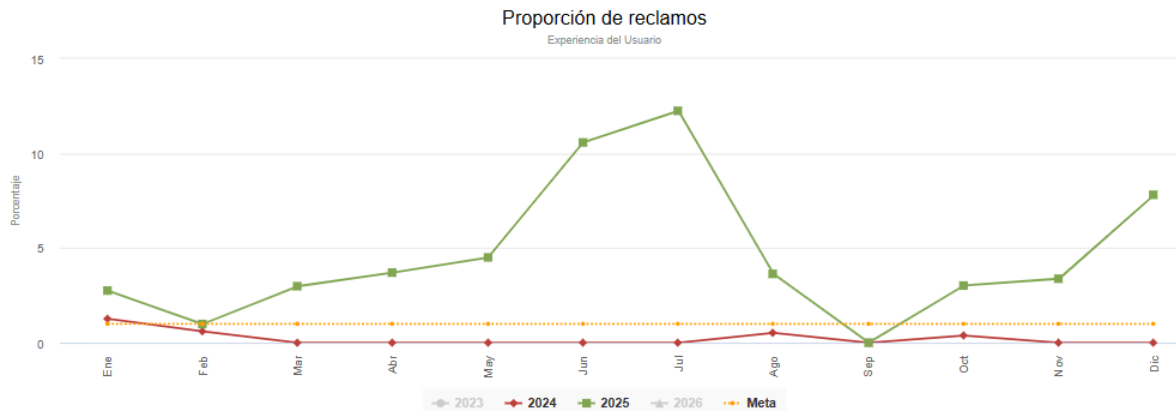


Fuente: Almera

Como recurso propio frente a sus necesidades personales, los usuarios han recurrido a la presentación de peticiones como mecanismo de acceso a los diferentes servicios de salud. Estas solicitudes evidencian las siguientes variables representativas, identificadas como barreras de acceso:

1. Dificultad en el agendamiento de citas por las diferentes vías (correo electrónico, llamada y whatsapp) estas afectan la evolución en la conducta y tratamiento planteado por el médico tratante.
2. Dificultad por los algunas de las EPS, relacionadas con la demanda solicitada ante la oferte desde la IPS
3. Dificultad en los pagos de las EPS a las diferentes IPS.

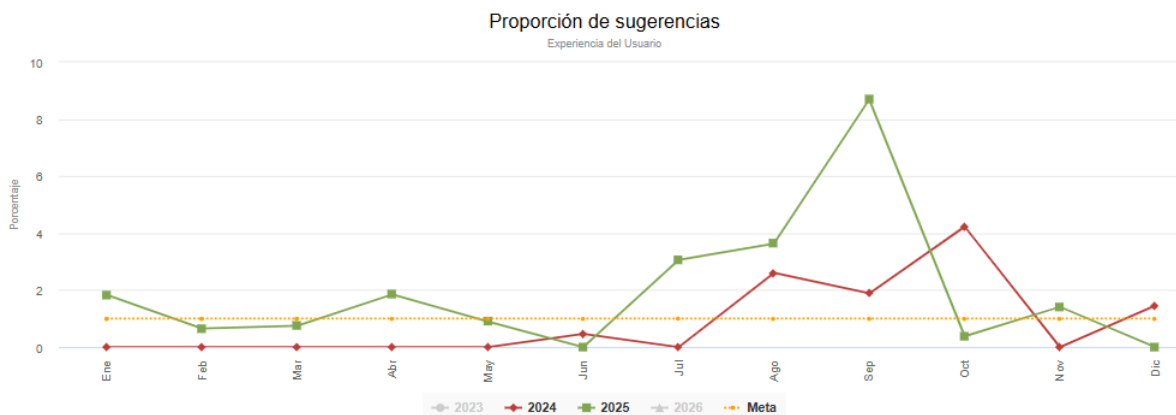
Gráfico 13. Reclamos recibidos 2024.



Fuente: Almera

Los reclamos son relacionados con las dificultades que se han presentado en los servicios, los cuales los usuarios lo han manifestado como aspectos a mejorar.

Gráfico 14. Sugerencias recibidas 2025.



Fuente: Almera

Se relaciona con las oportunidades y mejora que refieren los usuarios con los servicios prestados, permitiendo una constante evaluación y mejora de cada uno de los procesos de la clínica, logrando impactar de forma positiva a la población atendida.

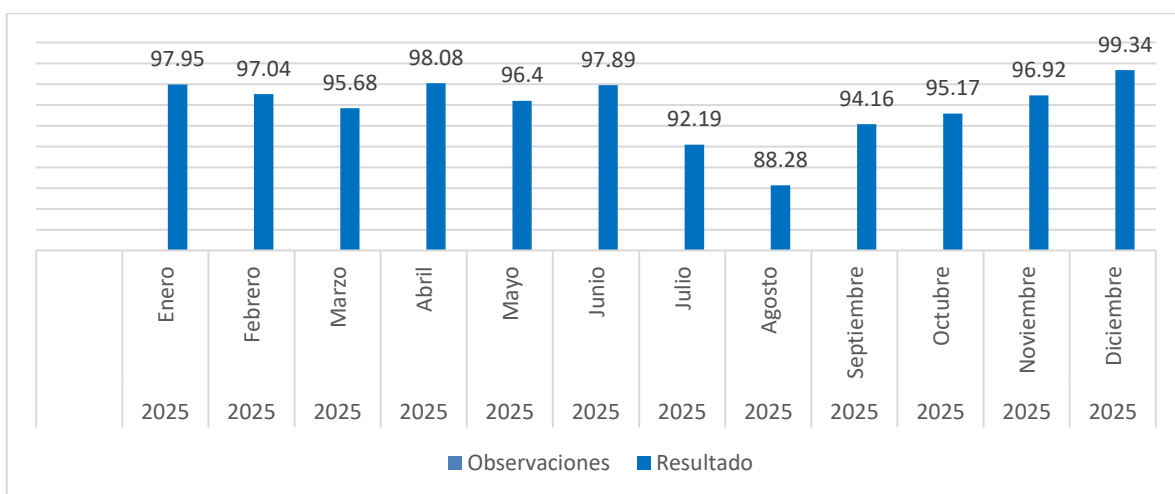
Gráfico 15. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos 2025.




Fuente: Elaboración propia

El gráfico evidencia que, durante el año 2025, la proporción de usuarios que recomendaría la IPS se mantiene consistentemente alta, con valores que oscilan entre 93,75 % y 99,34 %, teniendo presente el cumplimiento de la meta establecida ($\geq 90,00\%$) lo cual refleja un alto nivel de satisfacción y confianza por parte de los usuarios frente a los servicios prestados.

Gráfico 16. Proporción de satisfacción global de los usuarios 2025



Fuente: Elaboración propia



Durante el período evaluado en el año 2025, el indicador de satisfacción global de los usuarios presenta un comportamiento mayoritariamente favorable, con resultados que en su mayoría cumplen y superan la meta institucional del $\geq 90\%$, evidenciando una percepción positiva frente a los servicios prestados.

El reporte de satisfacción global evidencia un desempeño positivo y estable, con cumplimiento sostenido de la meta en la mayoría del periodo evaluado. La disminución registrada en agosto no constituye una tendencia negativa, dado que el indicador se recupera en los meses siguientes, cerrando el año con resultados sobresalientes. Esto refleja una adecuada gestión de la calidad, orientación al usuario y capacidad de mejora continua

GESTIÓN HUMANA

El proceso de Gestión Humana en la Fundación Clínica del Norte se considera un pilar estratégico que garantiza la atracción, desarrollo y retención del talento humano, alineando sus competencias con los objetivos institucionales. Su función es asegurar un entorno laboral que promueva la productividad, el bienestar y la satisfacción de los colaboradores, contribuyendo al logro de la misión organizacional.

Por su parte, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) tiene como propósito prevenir riesgos laborales, proteger la salud física y mental de los colaboradores y cumplir con la normatividad vigente, mediante la implementación de programas de promoción, prevención y control de peligros en el lugar de trabajo.

OBJETIVOS:

Los objetivos fueron definidos dentro del Plan Operativo Anual 2025, como parte de la estrategia institucional para fortalecer la gestión humana y la seguridad y salud en el trabajo, alineados con la misión y visión de la Fundación Clínica del Norte.

- Propiciar un ambiente laboral seguro y saludable, promoviendo la integridad física y mental de todos los colaboradores, sin importar su modalidad de contratación.
- Mantener indicadores clave en niveles óptimos:
- Índice de ausentismo por incapacidad laboral o común: por debajo del 2%.
- Índice de accidentalidad: por debajo del 0.5%.
- Índice de rotación: por debajo del 3.5%.

- Aumentar la retención del personal, disminuyendo la rotación y promoviendo la satisfacción laboral, para consolidar un equipo estable y comprometido con la excelencia en la atención al paciente.
- Implementar un programa de reconocimiento y recompensa para empleados destacados, incentivando el compromiso y la productividad.
- Mejorar la comunicación y retroalimentación entre colaboradores y líderes, fortaleciendo la cultura organizacional.
- Implementar el programa “Formador de Formadores”, orientado a desarrollar competencias internas y multiplicar el conocimiento en la organización.
- Mejorar la experiencia y satisfacción de los estudiantes en formación, aumentando la calidad de la práctica clínica y fortaleciendo los convenios con universidades, para consolidar la clínica como centro de excelencia en formación.

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN:

Durante el año 2025 se ejecutó el Plan de Formación y Capacitación, orientado a fortalecer competencias normativas y estratégicas en los colaboradores, contribuyendo al desarrollo profesional y al cumplimiento de los estándares institucionales. Los medios utilizados para llevar a cabo el plan de Formación y Capacitación son: plataforma Zalvadora (sura) y espacios presenciales.

El cumplimiento general del plan de formación y capacitación fue de un 60%, se programaron 169 actividades y se ejecutaron 101. Este resultado refleja una brecha significativa frente a la meta esperada, especialmente en las capacitaciones estratégicas, lo que evidencia la necesidad de reforzar la planificación y la adherencia en futuras actividades.

BIENESTAR

El área de Bienestar y Desarrollo tiene como objetivo fortalecer la experiencia del colaborador mediante programas integrales que promuevan la salud física y emocional, el equilibrio entre la vida laboral y personal, y el crecimiento profesional. Estas acciones buscan incrementar la motivación, el compromiso y la productividad, alineando el desarrollo del talento humano con los objetivos estratégicos de la organización.

En el marco del Plan de Bienestar 2025, se desarrollaron diversas actividades orientadas a fortalecer la calidad de vida, la motivación y el sentido de pertenencia

de los colaboradores. Las acciones implementadas se enfocaron en promover el equilibrio trabajo-vida, la salud mental y el reconocimiento institucional, contribuyendo al bienestar integral del equipo.

Cabe resaltar que el plan inicial no pudo ejecutarse en su totalidad debido a la no aprobación del presupuesto económico requerido. Ante esta situación, se priorizaron actividades que no implicaran recursos financieros adicionales, garantizando así la continuidad de iniciativas que fomentaran el bienestar organizacional.

Entre las acciones realizadas se destacan:

- **Reconocimiento y fechas especiales:** envío de tarjetas personalizadas en fechas significativas.
- **Kit de bienvenida:** Obsequio especial entregado en ocasión de nacimientos de hijos de nuestros colaboradores, como muestra de acompañamiento y bienestar familiar
- **Beneficios adicionales:** otorgamiento de 3 días de licencia a colaboradores que contrajeron matrimonio y un día libre a quienes cumplieron 5, 10 y 15 años de antigüedad.
- **Convenios estratégicos:** en alianza con la caja de compensación, se realizaron talleres que generaron experiencias significativas para los colaboradores sobre salud mental y esparcimiento.
- **Acompañamiento psicológico:** durante el año, la institución contó con el apoyo de un profesional en psicología, logrando: 287 intervenciones individuales en 44 pacientes, incluyendo colaboradores y sus familias. Este acompañamiento contribuyó a la estabilidad emocional y laboral, fortaleciendo la cultura de autocuidado dentro de la organización.

En este período, el área de Bienestar y Desarrollo cumplió su propósito de generar acciones orientadas al fortalecimiento de la experiencia del colaborador, a pesar de las limitaciones presupuestales que impidieron la ejecución completa del plan inicial. La capacidad de adaptación del equipo permitió implementar estrategias costo-efectivas que mantuvieron el enfoque en la salud física y emocional, el equilibrio trabajo-vida y el reconocimiento institucional.

Este desempeño refleja que, incluso en escenarios de restricción económica, es posible generar impacto positivo mediante acciones estratégicas y alianzas. Para el año 2026, se recomienda fortalecer la gestión presupuestal, ampliar convenios interinstitucionales y diseñar programas innovadores que integren bienestar y desarrollo profesional, asegurando la alineación con los objetivos estratégicos y la sostenibilidad del talento humano.

Figura 30. Evidencia fotográfica de algunas de las actividades de bienestar y desarrollo 2025.



PLANTA DE PERSONAL

La planta de personal vinculado al cierre del año 2025 está conformada por 367 colaboradores, distribuidos así: 89 administrativos, 21 aprendices y 257 asistenciales.

En términos porcentuales, el 70% del personal corresponde al área asistencial, lo que evidencia que la estructura organizacional está claramente orientada a la prestación directa de servicios. El personal administrativo representa aproximadamente el 24%, cumpliendo funciones de soporte estratégico y operativo, mientras que los aprendices equivalen al 6%, reflejando el cumplimiento de la cuota formativa y el apoyo en procesos internos.

Esta composición es coherente con entidades del sector salud, donde la mayor concentración de talento humano debe estar enfocada en la atención y operación asistencial, garantizando la continuidad y calidad del servicio



Fundación
del Norte

Selección, vinculación y desvinculación laboral

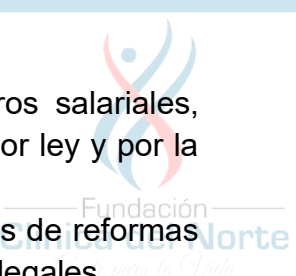
En 2025 se realizaron 177 ingresos en la institución: 32 administrativos, 118 asistenciales y 27 contratos de aprendizaje para cumplir la cuota SENA. Las vacantes se publicaron en distintas plataformas (Instagram, Facebook, Comfama, Comfenalco y Empleo Bello), logrando amplio alcance y 500 entrevistas para asegurar la idoneidad de los perfiles. El proceso de reclutamiento y selección obtuvo evaluaciones positivas en las encuestas de satisfacción, destacándose la claridad, rapidez y calidad del equipo, lo que evidencia alineación con los estándares institucionales.

No obstante, la retención fue del 62,15%, ya que solo 110 de los 177 colaboradores continúan activos, reflejando una rotación del 37,85%. Aunque comparable con el comportamiento del sector salud, este indicador representa un reto para la estabilidad operativa, generando costos adicionales y posibles riesgos en la continuidad y calidad del servicio. La meta de rotación mensual (3,5%) solo se cumplió en 5 de los 12 meses de 2025, mostrando un desempeño inferior al de 2024, cuando se cumplió en 9 meses. Las principales causas de retiro estuvieron asociadas a condiciones del mercado laboral, expectativas salariales, oportunidades de mejora en liderazgo y ajustes internos realizados durante el año. Durante este período se registraron 248 egresos, de los cuales el 72% diligenció la encuesta de retiro. Cabe resaltar que esta encuesta aplica únicamente para egresos voluntarios. Los resultados reflejan una percepción general positiva sobre la clínica; sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la revisión de incrementos salariales y el fortalecimiento del liderazgo en aspectos de empatía y comunicación

NÓMINA

El proceso de nómina comprende todas las actividades orientadas a garantizar el pago oportuno y correcto de los salarios, prestaciones sociales y aportes a la seguridad social de los colaboradores, en cumplimiento de la normatividad vigente. Este proceso incluye:

- **Gestión de novedades laborales:** registro y validación de ausencias, incapacidades, licencias, vacaciones, recargos, horas extras y demás conceptos que impactan la liquidación.

- 
- **Cálculo y liquidación de nómina:** aplicación de parámetros salariales, deducciones, aportes parafiscales y beneficios establecidos por ley y por la institución.
 - **Cumplimiento normativo:** incorporación de ajustes derivados de reformas laborales, asegurando la correcta aplicación de disposiciones legales.
 - **Reportes obligatorios:** generación y transmisión de nómina electrónica ante la DIAN, regulación de la cuota SENA, conciliaciones contables y demás reportes internos y externos requeridos.
 - **Control y auditoría:** revisión periódica para asegurar transparencia, minimizar errores y prevenir sanciones.

Este proceso es crítico para la estabilidad financiera y la confianza del talento humano, asegurando que la compensación se realice de manera justa, transparente y conforme a la normativa.

Durante el año 2025, el área de Nómina garantizó el cumplimiento integral de la gestión de novedades, asegurando el pago oportuno de salarios, aportes a seguridad y prestaciones sociales, en concordancia con la normatividad vigente. Se implementaron los ajustes derivados de la reforma laboral, dando cumplimiento a las disposiciones legales aplicables.

Adicionalmente, se cumplió con todos los reportes normativos e internos requeridos, tales como:

- Regulación y reporte de la cuota SENA.
- Generación y transmisión de la nómina electrónica ante la DIAN.
- Ejecución de conciliaciones contables para garantizar la transparencia y exactitud en los procesos.

Estas acciones permitieron mantener la confiabilidad del sistema de compensación y fortalecer la cultura de cumplimiento normativo dentro de la organización

DOCENCIA SERVICIO

El proceso de docencia-servicio tiene como objetivo articular la formación académica con la práctica asistencial, ofreciendo espacios de aprendizaje continuo en diversas especialidades. A través de convenios con instituciones educativas, se garantiza la formación integral de estudiantes, contribuyendo al desarrollo del talento humano en salud y fortaleciendo la calidad del servicio

Durante el año 2025, la Fundación Clínica del Norte consolidó su compromiso con la educación y la formación profesional mediante la ejecución de convenios y la disposición de espacios adecuados para la práctica académica.

Se mantuvieron 7 convenios de docencia-servicio y 1 convenio interadministrativo con las siguientes instituciones:



- CES
- UCC
- UDEA
- Uniminuto
- CENSA
- Colegio Mayor de Antioquia
- SENA
- Cedenorte

Se tuvo durante este período un total de 452 estudiantes (internos, estudiantes y residentes), lo que representa un incremento de 25 ingresos frente a los 427 estudiantes del año 2024. Los estudiantes realizaron prácticas en las siguientes áreas:

- Hospitalización
- Cirugía
- Urgencias
- UCI
- Área administrativa
- Neurocirugía
- Cirugía general
- Ortopedia
- Medicina interna

Para garantizar el bienestar y la calidad del aprendizaje, la institución dispuso de:

- Auditorio con capacidad para 20 personas.
- Cuatro lockers en el octavo piso.
- Cafetería amplia en el sótano 1.
- Espacio para toma de notas con 7 computadoras y sillas.
- Área de docencia en ortopedia con 3 computadoras y 6 sillas.
- Conectividad Wi-Fi y baños públicos en cada piso.

En el mes de diciembre se realizó la evaluación del escenario de práctica por parte de las universidades y los estudiantes, obteniendo una calificación excelente. Este resultado confirma el cumplimiento de todos los requerimientos establecidos y el logro del objetivo planteado para el año 2025 en el componente de docencia-servicio.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST

El cumplimiento general de los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) alcanzó un 80% aproximadamente de acuerdo con las metas establecidas. Durante la vigencia evaluada, se realizó el seguimiento, medición y evaluación al desarrollo del sistema, garantizando la continuidad de las actividades de promoción y prevención, entre las que se destacan la celebración del Mes de la Salud, las jornadas de vacunación, la ejecución de exámenes médicos ocupacionales, el seguimiento a las recomendaciones médicas y el desarrollo de programas de capacitación dirigidos a fortalecer las competencias de los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo.

De igual manera, se adelantó la gestión, identificación, evaluación e intervención de peligros y riesgos, mediante la implementación de controles administrativos, operativos y de protección personal, lo que permitió fortalecer la cultura del autocuidado. Como resultado de estas acciones, se evidenció una disminución del ausentismo laboral y una reducción en los índices de accidentalidad, reflejando la efectividad de las medidas preventivas adoptadas.

Adicionalmente, se llevó a cabo la auditoría interna del SG-SST, conforme a los lineamientos del Decreto 1072 de 2015, permitiendo evaluar cumplimiento del sistema, identificar oportunidades de mejora y definir planes de acción orientados al fortalecimiento continuo del SG-SST.

Asimismo, se fortalecieron las acciones de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, con la participación de la Brigada de Emergencias y el Comité de Emergencias, quienes intervinieron en las capacitaciones, simulacros y actividades programadas, contribuyendo a mejorar la capacidad de respuesta institucional ante situaciones de emergencia.

COMITÉS:

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo cuenta con los siguientes comités, conformados en cumplimiento de la normatividad legal vigente:

Comité de Convivencia Laboral: Durante el año 2025, el Comité de Convivencia Laboral mantuvo su funcionamiento conforme a la normatividad vigente. En septiembre de 2026, se realizó la actualización de algunos de sus integrantes, estableciendo una vigencia de dos (2) años.

En el año 2025, el Comité de Convivencia Laboral fue capacitado en los siguientes temas relacionados con su función:

- Roles y responsabilidades - trabajo en equipo
- Acciones preventivas: diversidad inclusión, acoso sexual y acoso laboral
- Factores psicosociales - liderazgo y manejo de conflictos
- Rendición de cuentas
- PAP – Primeros Auxilios Psicológicos

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST): En septiembre de 2025, se realizó la actualización de los integrantes del Comité, estableciendo una vigencia de dos (2) años. No obstante, al cierre de la vigencia 2025, quedó pendiente la designación de un (1) nuevo integrante, debido al egreso de uno de los miembros del comité.

Durante el año 2025, el COPASST recibió capacitación en diversos temas, tales como:

- Investigación Accidentes de Trabajo Riesgo biológico
- Roles y responsabilidades COPASST
- Investigación y análisis de accidentes de trabajo
- Inspecciones de seguridad
- Gestión del comportamiento
- PAP – Primeros Auxilios Psicológicos

El COPASST participó activamente en rondas de seguridad, investigaciones de accidentes de trabajo y en el cierre de planes de acción derivados de dichas investigaciones.

Brigada de Emergencias: Al cierre de la vigencia 2025, la Brigada de Emergencias estuvo conformada por 20 colaboradores activos, pertenecientes a diferentes áreas de la organización. Durante el año, se desarrollaron capacitaciones mensuales, con el apoyo de Consultor de la ARL SURA, orientadas a fortalecer las competencias y la preparación del equipo en la gestión de emergencias.

Dentro de las actividades y prácticas realizadas, se destacan las siguientes:

- Plan de trabajo - Funciones y responsabilidades de la brigada
- Sistema comando de incidentes SCIH (teórico practico) (comunicaciones radiales)
- Manejo de extintores (teórico practico) - Inspección de equipos
- Plan de Emergencias

- Manejo RCI (chorros, mangueras y accesorios) - Enrollado y desenrollado de mangueras (práctica).
- Manejo de sustancias peligrosas- (GRE - uso kit de derrames)
- Procedimientos operativos normalizados - aplicación práctica
- Clasificación de lesionados (ACV) Triage START
- Soporte vital básico - Simulador y DEA
- Inmovilización y transporte - Manejo del trauma
- Riesgo psicosocial - primeros auxilios psicológicos (PAP)
- Encuentro de Brigadas de Emergencias Sector Salud.
- Participación en Simulacros de Emergencias

La implementación de una estructura funcional orientada a la prevención, preparación y respuesta ante emergencias fortalece la gestión del riesgo, la protección de la vida y la salud de los trabajadores y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Comité Hospitalario de Emergencias: Durante la vigencia 2025, el Comité Hospitalario de Emergencias desarrolló actividades orientadas a la prevención, preparación y respuesta ante emergencias, en cumplimiento del Plan Hospitalario de Emergencias. Dentro de las acciones adelantadas, se realizó la socialización del Plan Hospitalario de Emergencias, la planeación de simulacros de emergencia y el análisis de vulnerabilidad, con el fin de identificar y gestionar los riesgos asociados a los diferentes escenarios de emergencia.

Así mismo, algunos de los integrantes del comité participaron en capacitaciones en Primeros Auxilios Psicológicos desarrollada en el mes de diciembre, fortaleciendo las competencias para la atención y manejo de situaciones críticas que puedan afectar la salud mental de trabajadores, usuarios y visitantes.

En cuanto a la gestión del comité, de un total de cuatro (4) reuniones programadas, se ejecutaron tres (3), alcanzando un porcentaje de asistencia aproximado del 75%, lo que evidencia una buena participación y compromiso de los integrantes en las diferentes reuniones realizadas. Durante estos espacios se efectuó seguimiento a las actividades planeadas y se adoptaron decisiones orientadas al fortalecimiento de la gestión del riesgo y la mejora continua de la capacidad de respuesta institucional ante emergencias.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS

El presente informe describe el estado de la gestión del área de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) para año 2025 y los principales riesgos asociados a la infraestructura tecnológica y a la continuidad de los servicios institucionales. El análisis se realiza en un contexto de limitaciones en la definición estratégica y en la inversión tecnológica, identificándose condiciones de obsolescencia y riesgos operativos que requieren decisiones por parte de la alta dirección.

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS

En el marco de la planeación institucional y ante la ausencia de lineamientos estratégicos definidos por la alta dirección, el área de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) orienta su proyección estratégica a la gestión del riesgo tecnológico, el cumplimiento normativo y la continuidad de los servicios de soporte a los procesos asistenciales y administrativos, considerando las limitaciones actuales de inversión en infraestructura tecnológica.

Asimismo, se identifican riesgos asociados a la obsolescencia de la infraestructura, los cuales deberán ser evaluados y priorizados por la Dirección para la definición de planes de inversión y modernización.

Garantizar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de derechos de autor y legalidad del software.

- Verificar y documentar el estado del licenciamiento del software institucional, en especial las herramientas ofimáticas (Microsoft Office), con el fin de mitigar riesgos legales y de cumplimiento.

Mantener la operación de la infraestructura tecnológica existente, considerando su

- Definir y ejecutar el cronograma de mantenimientos preventivos para el año 2026 sobre servidores, equipos de cómputo, red de datos y telefonía, priorizando los activos críticos para la operación institucional.

Gestionar el riesgo operativo derivado de la no renovación de plataformas tecnológicas críticas.

- Documentar el estado actual de las licencias de virtualización (VMware) y su impacto en la continuidad del servicio, elevando a la alta dirección los riesgos asociados a la no renovación o actualización de dichas plataformas.

Mitigar riesgos asociados a la obsolescencia del motor de base de datos institucional.

- Evaluar la versión actual del motor de base de datos, identificar brechas frente a versiones soportadas por el fabricante y documentar los riesgos técnicos, de seguridad y de soporte derivados de la no actualización.

Fortalecer la capacidad operativa del área TIC para asegurar la atención a usuarios internos.

- Capacitar al personal del área TIC en las aplicaciones asistenciales y administrativas vigentes, priorizando la resolución de incidentes y la continuidad del servicio ante escenarios de limitación tecnológica.

Optimizar los procesos internos del área TIC, en un contexto de restricción presupuestal.

- Revisar y optimizar los procesos existentes, implementando automatización de tareas repetitivas cuando sea técnicamente viable, con el fin de maximizar el uso de los recursos disponibles

Para el año 2025 no se realizaron adquisidores de equipos nuevos. Software.

Desarrollos. Durante este año se intervinieron diferentes procesos tales como:

- Ajustes mesa de ayuda.
- Medicamentos de Control. Hospitalización y Cirugía
- Inicio del desarrollo del control biométrico acceso de visitantes
- implementación de la resolución 2275 de 2023
- liquidación de vacaciones electrónicas
- Radicación masiva facturas en financiero
- Y el soporte a los ERP como: Ghps Asistencial y Financiero, PSL, Fature.

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dando cumplimiento a toda la normativa vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, En Fundación Clínica del norte se alinearon los objetivos específicos para cada línea de trabajo de tal forma que se abarque el cumplimiento a: El Sistema Único de Habilitación, el Sistema Información para la Calidad, a la cultura de mejoramiento continuo mediante el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad, el Plan de Auditorias Anual y a él Plan de Desarrollo Institucional; mediante la ejecución del Plan Operativo Anual.

A continuación, se presentan la gestión realizada para cada línea de trabajo y el impacto de las actividades ejecutadas en la medición de los indicadores del área y también se expone el contexto general de las certificaciones vigentes para la institución.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

NOVEDADES EN HABILITACIÓN

Para el año 2025 se notificó antes el reps novedad de cambio de representante legal en 2 oportunidades, actualmente registra el abogado Cristian David Ríos Orozco. También se presentó novedad de cierre de servicios, tales como: Rehabilitación oral, odontología, radiología odontológica, ortodoncia y patología y cambios en capacidad instalada con cierre de camas para los servicios de internación y urgencias.

Se trabajo en la preparación para la apertura de servicios oncológicos con intención de pasar propuesta de visita para habilitar los servicios descritos a continuación:

Tabla 12. Novedades Habilitación 2025

Grupo	Código	Nombre de Servicio	Novedad
Quirúrgico	210	Cirugía oncológica	Apertura
	232	Cirugía de mama y tumores de tejidos blandos	Apertura
	207	Cirugía ortopédica	Cambio de especificidad / Inclusión de especificidad de atención al paciente oncológico
	215	Cirugía urológica	Cambio de especificidad / Inclusión de especificidad de atención al paciente oncológico
Consulta externa	373	Cirugía oncológica	Apertura
	336	Oncología Clínica	Apertura
	364	Cirugía de mama y tumores de tejidos blandos	Apertura
	393	Ortopedia Oncológica	Apertura
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	709	Quimioterapia	Apertura de servicio y capacidad instalada
	714	Servicio farmacéutico / Cambio de nivel de complejidad	Cambio de nivel de complejidad

Se logró un gran avance en lo asociado a infraestructura para apertura de sala de quimioterapia, sin embargo, aún está pendiente:

- Revisión documental por experto asistencial
- Establecimiento de ruta del paciente oncológico por experto asistencial para alinearla con documentación
- Resolución de interdependencias necesarias según servicio por habilitar

ESTADO DE CERTIFICACIONES OTORGADAS POR INVIMA

Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura para la producción de aire medicinal

Para el año 2025 se realizó solicitud de visita de recertificación al Invima, cumpliendo con los pasos, tiempo y documentos requeridos.

Se realizó verificación del funcionamiento del proceso mediante la ejecución de auditoría y autoinspección, encontrando un cumplimiento general del proceso con resultados superiores al 97% para los 4 componentes principales (Sistema de gestión de la calidad, control de calidad, producción y personal).

Se realizó la construcción del plan de acción y las intervenciones necesarias para dar cumplimiento a normativa vigente, con seguimiento estricto por parte de la dirección técnica del proceso y el área de calidad.

Certificación de Buenas Prácticas Clínicas

Fundación Clínica del Norte tiene la certificación de Buenas Prácticas Clínicas otorgada por el Invima mediante Resolución 2021008865 de 17/03/2021, con fecha de vigencia al 07/04/2026.

A pesar de que actualmente el centro de investigación no está activo, desde el área de calidad se tuvo participación en el Clúster de investigación y ensayos clínicos de la Cámara de Comercio de Medellín con el fin de buscar el acompañamiento en caso de intenciones institucionales de proyectar apertura del centro.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC

Fundación Clínica del Norte realizó la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, con el objetivo de identificar aquellas áreas de mejora dentro de la institución y asegurar la planeación y ejecución de acciones necesarias para corregir cualquier deficiencia identificada.

La estrategia para el fortalecimiento del proceso de atención a través del mejoramiento continuo para el año 2025 fue la implementación de PAMEC con enfoque en Seguridad del Paciente, a fin de disminuir los riesgos potenciales inherentes al proceso de atención y las brechas entre la calidad observada y la esperada.

IMPLEMENTACIÓN DE RUTA CRÍTICA

Paso 1. Autoevaluación: Se realizó la autoevaluación de los cuatros grupos de la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social en las fechas establecidas en cronograma obteniendo los siguientes resultados:

- Procesos institucionales seguros: 80%
- Procesos asistenciales seguros: 60%
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales: 25%
- Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad: 0%

Paso 2. Selección de procesos a mejorar: Se realizó la correlación de los procesos autoevaluados con los macroprocesos misionales (ambulatorio, internación, terapias y apoyo diagnóstico/terapéutico) y los macroprocesos de apoyo (gestión de calidad, gestión comercial, gestión de talento humano, gestión

financiera, gestión administrativa) de la Fundación Clínica del Norte, para identificar aquellos con mayor alcance en la institución.

Se seleccionaron prácticas de cada uno de los grupos, para un total de ocho buenas prácticas de seguridad del paciente a impactar.

Paso 3. Priorización de procesos: De acuerdo con las 8 buenas prácticas de seguridad del paciente seleccionadas, se definieron 10 oportunidades de mejora y se priorizaron teniendo en cuenta la clasificación de riesgo, volumen y costo, así:

- 2 con prioridad media: 75 puntos.
- 8 con prioridad baja: 3 – 45 puntos.

Independientemente a los puntos, se definió darles continuidad a las oportunidades de mejora, por su impacto.

Paso 4. Definición de la calidad esperada: Se establecieron los indicadores de seguimiento, y las metas establecidas. Se adoptaron algunos indicadores institucionales ya establecidos y otros creados para seguimiento específico en PAMEC, también, se definió para algunas oportunidades de mejora los entregables finales, todos descritos en el formato de ruta crítica 2025.

Paso 5. Medición inicial del desempeño: Se realizó medición inicial del desempeño, con la evaluación de cada uno de los indicadores definidos para la calidad esperada.

Paso 6. Plan de acción para los procesos seleccionados: Dentro del plan de acción para cada oportunidad de mejora se definieron las actividades específicas, con responsable, dependiente de alcance y fechas de ejecución. El plan de acción fue socializado en comité PAMEC diligenciado en Almera.

Paso 7. Ejecución del plan de acción: Cumpliendo con los tiempos establecidos por cronograma se inició la ejecución del plan de acción, se realizaron reuniones con los responsables para resolución de dudas puntuales y acompañamiento en la ejecución, además se realizaron seguimientos periódicos. El cierre de la ejecución del plan de acción concluyó así:

- Completo: 9 acciones (60%).
- En desarrollo: 6 acciones (40%).
- No iniciado: 0 (0%).

Paso 8. Evaluación del mejoramiento: Se realizó la evaluación de los resultados de los indicadores planteados y el impacto de las actividades ejecutadas, obteniendo los siguientes resultados:

- Cumplimiento de meta establecida: 60%
- Incumplimiento en meta establecida: 40%
- Dificultad en la medición del impacto: 10%

Paso 9. Aprendizaje organizacional: Basados en la información consolidada y resultados finales, se integran los aprendizajes obtenidos en el proceso de implementación de actividades propuestas.

- A pesar de que se presentaron dificultades en el logro de metas establecidas, se logró identificar las oportunidades de mejora e implementar las acciones de mejoramiento que permitieron en un 40% la reducción de brechas en los procesos priorizados de la ruta crítica, evidenciando avances en el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente. A pesar de las dificultades con el logro de metas, como institución, y desde cada proceso se continua la ejecución de actividades y resolución de dificultades que de una u otra forma han afectado el desarrollo de este PAMEC.
- La estandarización de las buenas prácticas definidas favorece la sostenibilidad de las mejoras y facilita el seguimiento mediante indicadores previamente establecidos.
- Se identificó la necesidad de fortalecer la adherencia del personal a los lineamientos institucionales, así como la continuidad de los procesos de capacitación y retroalimentación.
- Algunos hallazgos requieren seguimiento en ciclos posteriores del PAMEC, especialmente aquellos asociados a factores organizacionales y de comportamiento humano.
- El proceso de aprendizaje organizacional fortaleció la cultura de calidad y mejora continua, promoviendo la toma de decisiones basada en el análisis de datos y resultados.

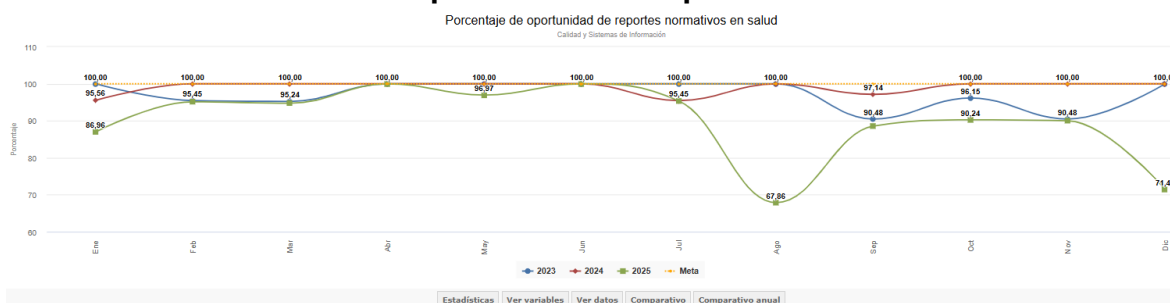
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD - SIC

Con el objetivo de medir, evaluar y mejorar la gestión de la calidad en la atención en salud, desde el Ministerio de Salud se establece la herramienta del Sistema de Información para la Calidad, la cual es de obligatorio cumplimiento y permite a la institución reportar indicadores de calidad que den fe de la seguridad, oportunidad y accesibilidad del servicio prestado.

Para el año 2025 esta línea de trabajo se vio gravemente afectada, debido a las fluctuaciones presentadas en la composición del equipo de Calidad y Planeación, lo que impacto directamente en la oportunidad y calidad de los reportes realizados. Por lo que para el proceso fue retador dar cumplimiento a todas las obligaciones de reportes normativos, contractuales e institucionales durante este periodo.

A continuación, se presenta el indicador de oportunidad de reportes normativos en salud para 2025 en contraste con resultados obtenidos para años anteriores (2023,2024).

Grafico 17. Oportunidad de reportes normativos



Fuente: Almera

Si bien se dio cumplimiento a más del 95% de reportes del cronograma anual, la oportunidad ha disminuido de manera considerable desde el mes de agosto de 2025.

Para el año 2025, gracias a la participación activa del área de Calidad y Planeación en el Clúster de investigación y ensayos clínicos de la Cámara de Comercio de Medellín, se logró recibir capacitación y acompañamiento en diagnóstico de Gobierno de Datos para nuestra institución, identificando a necesidad de iniciar un trabajo articulado en esta estrategia para mejorar el sistema de información institucional.

Los principales retos identificados de este diagnóstico fueron:

- Ausencia de personal especializado para el manejo de datos, lo que conlleva a problema en la calidad de estos.
- Automatización insuficiente, especialmente en reportes normativos y analítica manual.
- Ausencia de certificaciones ISO, ni acreditación en salud
- Falta de estandarización en el manejo de datos.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Durante el año 2025, la IPS realizó un total de 222 reportes de Eventos de Interés en Salud Pública a través de la plataforma SIVIGILA, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por el sistema nacional de vigilancia epidemiológica. El análisis mensual evidenció que julio fue el mes con mayor número de notificaciones, con 27 reportes, seguido de diciembre con 26 reportes, lo cual podría estar relacionado con factores estacionales, aumento en la demanda de servicios de salud y mayor exposición a riesgos durante estos periodos.

Tabla 13. Total de eventos de interés en salud pública reportados, 2025.

Eventos	Total
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	81
Intento de suicidio	37
Vigilancia en salud pública de las violencias de género e intrafamiliar	26
Infección asociada a dispositivo individual IAD	23
Hepatitis A	10
Infección sitio quirúrgico	10
Intoxicaciones por sustancias químicas	8
Tuberculosis	7
Meningitis Bacteriana y Enfermedad Meningocócica	6
Dengue	5
Lesiones de causa externa	2
Infección respiratoria grave	1
Fiebre amarilla	1
Enfermedades huérfanas	1
Leptospirosis	1
Parotiditis	1
VIH / SIDA	1
Accidentes por otros animales venenosos	1

Fuente: Elaboración propia

En relación con la adherencia a los protocolos de interés en salud pública, durante el año se realizó la revisión del 100% de los casos correspondientes a los siguientes eventos de vigilancia:

- Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR)
- Intento de suicidio
- Vigilancia en salud pública de las violencias de género e intrafamiliar
- Tuberculosis
- Dengue

Los hallazgos derivados de la verificación de adherencia son socializados de manera mensual en el Comité de Vigilancia Epidemiológica y, adicionalmente, se comparten con el personal médico a través de los canales institucionales de comunicación (grupo de WhatsApp). No obstante, persisten fallas reiterativas que impactan negativamente el cumplimiento de los lineamientos establecidos.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PSP

El Programa de Seguridad del Paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, sustentados en evidencia científica, orientados a minimizar el riesgo de ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención en salud o a mitigar sus consecuencias en caso de presentarse.

En la Fundación Clínica del Norte, el Programa de Seguridad del Paciente tiene como propósito fundamental establecer y fortalecer procesos de atención segura, a través de la identificación, análisis, gestión y prevención de riesgos que puedan generar fallos en la atención. Para ello, se implementan estrategias institucionales que promueven la participación activa y el compromiso de todos los colaboradores, con el fin de mejorar continuamente la calidad de la atención, disminuir la ocurrencia de eventos adversos y mitigar su impacto, consolidando progresivamente una cultura de seguridad del paciente como principio orientador de la práctica asistencial.

En el marco de este compromiso institucional, se presenta a continuación el consolidado de los reportes de seguridad del paciente recibidos durante el año 2025.

Durante el periodo evaluado, se recibieron un total de 1.303 reportes, de los cuales 1.289 cuentan con su respectivo análisis, evidenciando un avance significativo en el proceso de revisión y gestión de los eventos notificados.

En relación con la gestión de los reportes, el promedio anual de cierre y análisis por parte de los usuarios responsables fue del 83,66%, sin alcanzar la meta institucional del 100% en ninguno de los meses del año. Ante esta situación, se realizó un llamado permanente al cierre oportuno de los reportes, resaltando que una gestión adecuada y oportuna permite la implementación temprana de acciones de mejora, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, contribuyendo a la prevención de la recurrencia de eventos y al fortalecimiento de la seguridad del paciente.

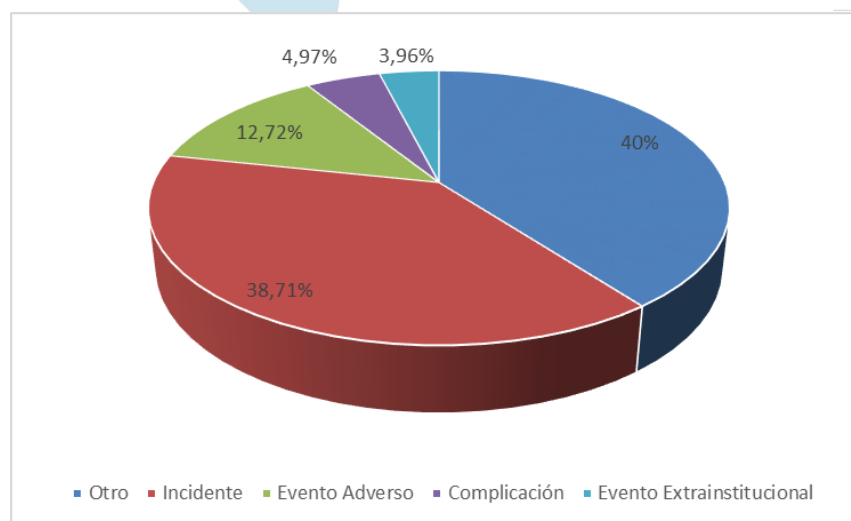
Gráfico 18. Reportes recibidos durante el 2025.



Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos durante el año 2025 evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de sensibilización, seguimiento y corresponsabilidad en la gestión de los reportes de seguridad del paciente, como herramienta clave para el aprendizaje organizacional y la mejora continua de la atención en salud.

Gráfico 19. Clasificación de los reportes analizados.



Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que el 12,72% de los reportes correspondieron a eventos adversos y el 38,71% a incidentes, lo cual refleja el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, el reconocimiento oportuno de riesgos y el compromiso del personal con el reporte de situaciones relacionadas con la atención en salud.

Teniendo en cuenta el volumen total de atenciones realizadas durante el año 2025 (24.102 atenciones), se identificaron 164 eventos adversos, lo que corresponde a una tasa de ocurrencia del 0,64%, indicador que sugiere un nivel de riesgo bajo en relación con la complejidad de la atención brindada y el número de servicios prestados.

Del total de eventos adversos, el 78,0% (128 casos) fueron clasificados como no prevenibles, asociados principalmente a la evolución clínica del paciente, comorbilidades o factores inherentes al proceso asistencial, mientras que el 22,0% (36 casos) correspondieron a eventos prevenibles, directamente relacionados con oportunidades de mejora en los procesos de atención.

El modelo pedagógico que adoptamos se fundamenta en la multimodalidad, asegurando que el conocimiento llegue al personal asistencial y administrativo a través de diversos canales. Esta estrategia integra:

- Jueves de Calidad: Espacios sincrónicos de profundización técnica.
- Sesiones Breves de Seguridad: Intervenciones rápidas "in situ" para reforzar prácticas seguras en el entorno laboral.

- Campaña Visual (Comunicaciones): Refuerzo mediante piezas gráficas e imágenes informativas de alto impacto.
- Plataforma Zalvadora: Eje de formación autónoma y asincrónica para la estandarización de protocolos.

CENTRO DE ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL - CAD

En el presente informe se describen las actividades desarrolladas por el Área de Gestión Documental durante el año 2025, en cumplimiento de las funciones asignadas, la normatividad archivística vigente y los lineamientos institucionales.

RADICACIÓN DE DOCUMENTOS

En la vigencia 2025, la Ventanilla Única de Radicación gestionó un total de 8.318 documentos, discriminados en 5.655 recibidos y 2.663 enviados.

Este proceso se realizó en cumplimiento del Acuerdo 060 de 2001 del Archivo General de la Nación, garantizando la recepción, distribución y trámite adecuado de las comunicaciones internas y externas de la Clínica, mediante la asignación de un número de radicado consecutivo que asegura su trazabilidad y consulta futura.

Se establecieron los prefijos RR para radicados administrativos (facturas, tutelas, demandas, PQRS, glosas y devoluciones) y RE para comunicaciones enviadas.

SOLICITUDES DE HISTORIAS CLÍNICAS

El proceso de solicitud de historias clínicas en el Centro de Administración Documental de la Fundación Clínica del Norte, garantiza el acceso seguro y confidencial a la información, asegurando la correcta radicación, verificación de identidad y entrega controlada del documento, con trazabilidad del trámite.

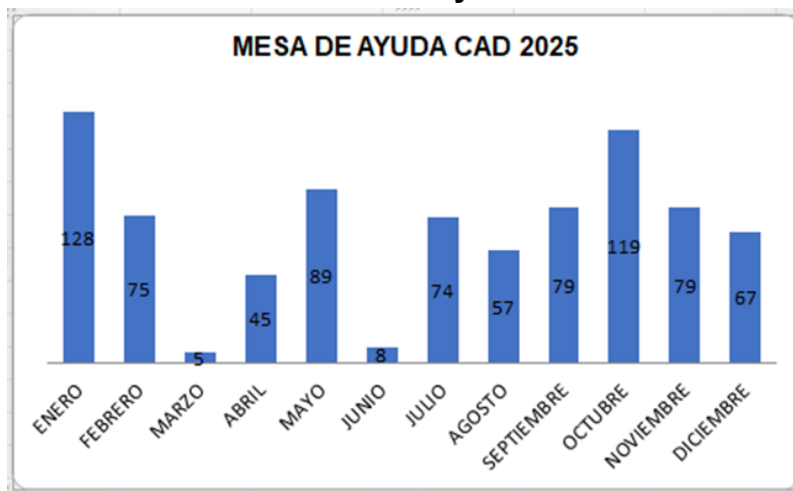
En Colombia, este procedimiento se rige por la Resolución 1995 de 1999, que establece la reserva de la historia clínica; la Ley 23 de 1981, sobre el deber de confidencialidad; y la Ley 1581 de 2012, relativa a la protección de datos personales. Solo el titular, su representante legal o autoridad competente pueden acceder, previo cumplimiento de los requisitos establecidos.

En la vigencia 2025, la Ventanilla Única de Radicación gestionó un total de 2964 solicitudes de historias clínicas

MESA DE AYUDA INSTITUCIONAL

El proceso de Mesa de Ayuda (Help Desk) en una empresa es el conjunto de actividades que se realizan para atender, gestionar y resolver incidentes y solicitudes relacionadas con tecnología o servicios internos.

Gráfico 20. Mesa de ayuda CAD 2025



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el registro de la mesa de ayuda, la mayoría de los requerimientos estuvieron relacionados con el servicio de mensajería y la consulta de documentos, lo que indica que estas actividades constituyen las principales necesidades de soporte de los usuarios del CAD

COMUNICACIONES

Durante el periodo evaluado, el área de comunicaciones desarrolló diversas acciones orientadas a fortalecer la identidad institucional, mejorar los canales de comunicación interna y externa, y apoyar las estrategias de posicionamiento y cultura organizacional de la Clínica. Estas actividades incluyeron el desarrollo de piezas gráficas, la actualización de elementos institucionales, el acompañamiento en la gestión de redes sociales y el apoyo en campañas internas y programas institucionales.

Actividades desarrolladas:

Fortalecimiento de la identidad institucional:

- Diseño y entrega del letrero de la Sala VIP de Particulares, contribuyendo a la adecuación de la imagen institucional del espacio.
- Actualización del membrete institucional, con el objetivo de mantener la estandarización de la documentación oficial.

- Adecuación de la estética comunicacional del servicio de Oncología, mediante el diseño de adhesivos y elementos acrílicos alineados con la identidad visual institucional.

Desarrollo de herramientas de comunicación:

- Actualización de plantillas institucionales utilizadas para convocatorias, cumpleaños, reconocimientos y celebraciones de aniversarios.
- Elaboración de plantillas para convocatorias en formatos digitales, adaptadas a Historias de Instagram y publicaciones para X y LinkedIn.
- Redacción y difusión de comunicados internos, circulares y mensajes institucionales, fortaleciendo la comunicación organizacional.

Apoyo en contenidos institucionales:

- Apoyo en la gestión y consolidación del boletín institucional, facilitando la divulgación de información relevante para los colaboradores.
- Desarrollo de contenidos y piezas gráficas para campañas internas, relacionadas con cultura organizacional, códigos institucionales, bienestar y fechas conmemorativas.
- Creación de contenidos gráficos y mensajes para el programa CuidARTE+, orientados a promover iniciativas institucionales de bienestar.

Gestión y organización de información:

- Organización y entrega de archivos digitales y piezas gráficas desarrolladas durante el periodo, garantizando su adecuada gestión y disponibilidad.

Gestión de redes sociales institucionales:

- La gestión de las redes sociales institucionales —X, LinkedIn, Instagram, Threads, YouTube y Facebook— constituye un componente estratégico para el posicionamiento institucional, la reputación de la Clínica y la relación con sus diferentes públicos.
- Durante el periodo se brindó acompañamiento en la gestión de contenidos digitales, promoviendo la publicación de información institucional relevante y el fortalecimiento de la presencia digital de la entidad.
- Se identificó la importancia de mantener una administración constante, coherente y alineada con los valores y la identidad gráfica institucional, así como una frecuencia de publicación definida que permita fortalecer la visibilidad de la Clínica y evitar vacíos comunicacionales.

Las actividades desarrolladas durante el periodo contribuyeron al fortalecimiento de la comunicación institucional, la estandarización de elementos gráficos y el apoyo a diversas iniciativas organizacionales. Asimismo, se avanzó en la consolidación de contenidos y herramientas que facilitan la difusión de información y el posicionamiento de la Clínica en sus canales digitales.

Una gestión estratégica de la comunicación institucional permite no solo informar, sino también fortalecer la reputación, la confianza y la relación con los diferentes públicos de interés.

GESTIÓN JURÍDICA

Para asegurar el cumplimiento de las normas constitucionales, legales, y garantizar que la misión de la Fundación Clínica del Norte se desarrolle dentro del marco normativo, en 2025 el área Jurídica orientó su gestión a fortalecer los procesos destinados a satisfacer las exigencias y requisitos en los ámbitos corporativos, legislativos, contractuales, administrativos y judiciales.

APOYO A CONTRATACIÓN:

En 2025, el área jurídica brindó apoyo en la elaboración y revisión de los contratos con diversos proveedores, asegurando el cumplimiento del clausulado y el marco normativo aplicable. Se trabajó en aspectos clave como la redacción, la segunda revisión y la suscripción de las firmas. Además, desde el área jurídica, se gestionaron diversos otrosíes en diferentes contratos, modificando términos, ampliando vigencias y añadiendo cláusulas y párrafos necesarios para garantizar la continuidad de las relaciones contractuales entre la institución y los proveedores.

PÓLIZAS DE SEGUROS:

Las pólizas de seguros adquiridas con la aseguradora CONFIANZA para la vigencia 2025-2026 buscan cubrir los riesgos materiales y jurídicos, a los cuales se ve avocada la sociedad en su operación

ACCIONES DE TUTELA:

En cuanto a las acciones constitucionales, presentadas en contra de la institución o vinculada por medio del juez, en el año 2025, se tiene un registro de 1.705 tutelas, con un aumento de 1.190 tutelas en comparación con el año 2024 que

fueron 515 tutelas; teniendo meses críticos como mayo, junio y julio donde se recibieron en los 3 meses 545 tutelas. De esas 1.705 tutelas, solamente 109 tutelas se profirieron en contra de la institución.

Cabe resaltar que el tiempo de respuesta como meta institucional se tiene fijado solamente en 2 días, por encima de ese término; es decir, que no se cumplió con la meta institucional estuvieron los meses de: febrero, abril, mayo, junio, julio; esto debido al alto volumen de acciones de tutela y la falta de personal en el área de jurídica.

DERECHOS DE PETICIÓN:

Durante el año 2025, se recibieron 206 derechos de petición, lo que significa un aumento con respecto al año 2024 de 135 derechos de petición, pues en esa vigencia se reportaron 71 derechos de petición, según informe de gestión de ese año.

Cabe resaltar que, en este ítem, se encuentran las PQRS que provienen de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, requerimientos de entidades judiciales como Fiscalía y Policía Judicial, requerimientos de entes de control como Área Metropolitana, secretaria de Salud, Superintendencia de Industria y Comercio, Comité de Ética Médica, etc.

El tiempo de respuesta se tiene fijado en la institución como menor o igual a 10 días, solo incumpliendo este término en el mes de mayo de 2025.

DEMANDAS:

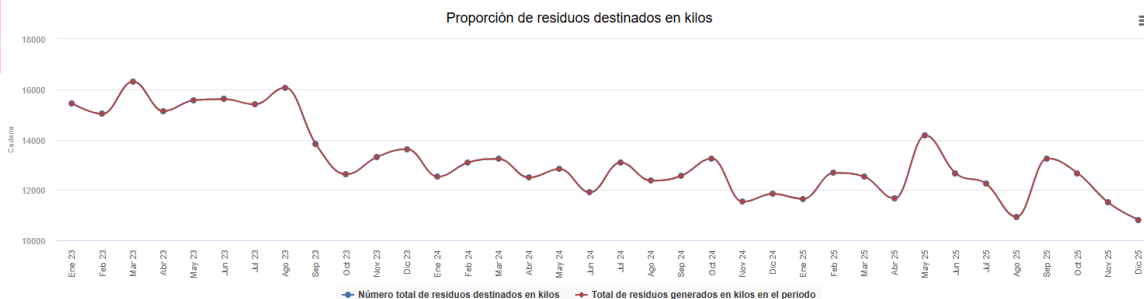
Actualmente en la FCN cursan 21 procesos jurídicos, de los cuales 4 están calificados con riesgo probable de pérdida.

GESTIÓN AMBIENTAL

Durante el año 2025 la institución continuó fortaleciendo sus procesos de gestión ambiental, especialmente en lo relacionado con el manejo integral de residuos y el cumplimiento de la normatividad sanitaria y ambiental vigente. En este periodo se destinaron 146.763 kilogramos de residuos, lo que representa una disminución aproximada de 3 toneladas en comparación con el año 2024, evidenciando una tendencia positiva en la reducción de la generación de residuos durante los últimos tres años.



Gráfico 21. Proporción de residuos destinados en kilos



Fuente: Almera

CARACTERIZACIÓN DE AGUAS RESIDUALES NO DOMÉSTICAS:

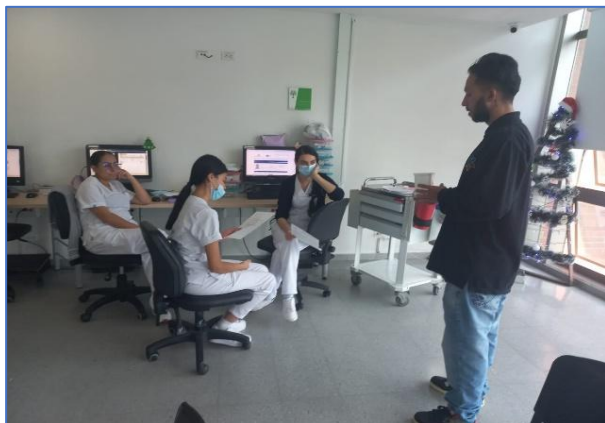
Se dio cumplimiento al requerimiento normativo establecido por el Área Metropolitana mediante la realización de la caracterización de aguas residuales no domésticas los días 22 y 23 de diciembre, actividad que fue ejecutada con el acompañamiento de nuestro proveedor Ecología, garantizando el cumplimiento de la normativa ambiental aplicable.

ACTUALIZACIÓN DEL PGIRASA:

Se realizó la actualización del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades (PGIRASA), teniendo en cuenta las disposiciones establecidas en la Resolución 591 de 2024, con el fin de garantizar la correcta gestión de los residuos y el cumplimiento de la normativa sanitaria y ambiental vigente.

CAPACITACIONES:

En el año 2025 se realizaron diferentes capacitaciones dirigidas al personal de la institución, orientadas al correcto manejo y la adecuada segregación de residuos, con el fin de fortalecer las buenas prácticas ambientales y asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de gestión de residuos.



ESTADOS FINANCIEROS

A continuación, se relacionan los estados financieros de la fundación clínica del Norte al 31 de diciembre de 2025.

ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA

FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE
NIT 900.421.895-4
ESTADOS DE SITUACIÓN FINANCIERA
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
Información en miles de pesos Colombianos
Publicado el 31 de marzo de 2026- Versión 1
Vigilado SuperSajud
Bello-Anilloquia



ACTIVOS			
Activos corrientes	Nota	2.025	2.024
Electivo y sus equivalentes	1	700.086	1.869.372
Caja		11.292	8.373
Cuentas corrientes		653.469	1.827.972
Cuentas de ahorro		294	294
Derechos fiduciarios		35.031	32.733
Inversiones	5	-	-
Inversión en acciones		1.200.000	1.200.000
Deterioro de inversiones		(1.200.000)	(1.200.000)
Deudores Comerciales	2	127.781.071	118.780.740
Clientes nacionales		149.351.354	131.149.606
Deterioro de cartera		(21.570.283)	(12.368.866)
Inventarios	6	2.334.274	3.399.724
Medicamentos		726.280	856.837
Materiales médico quirúrgicos		1.528.398	2.430.996
Componentes sanguíneas		8.378	666
Materiales, repuestos y accesorios		71.218	111.225
Anticipos, Avances y Depósitos	9	450.658	2.417.165
Anticipos, Avances y Depósitos		450.658	2.417.165
Cuentas por Cobrar a empleados	3	15.424	103.924
Cuentas por Cobrar a empleados		15.424	103.924
Saldo a favor en impuestos	4	90.068	42.156
Saldo a favor impuestos		90.068	42.156
Diferidos	10	279.147	351.865
Gastos pagados por anticipada		277.297	346.850
Cargos diferidos		1.850	5.015
Total activos corrientes		131.450.728	126.964.944
Activos no corrientes			
Propiedad, planta y equipo	7	638.742	774.896
Maquinaria y Equipo Médico - Científico		975.862	964.497
Equipo de oficina		8.680	8.680
Equipo de computo y comunicaciones		65.709	79.283
Depreciación Acumulada		(411.509)	(277.564)
Activo por derecho de uso	8	19.730.075	22.451.464
Activo depreciable por arrendamiento financiero		19.730.075	22.451.464
Total activos no corrientes		20.368.817	23.226.360
Total activos		152.019.545	150.191.304



Fundación
ica del Norte
Equilibrio para la Vida

PASIVOS			
Pasivos corrientes			
Obligaciones Bancarias Corto Plazo	11	-	-
Bancos nacionales			
Acreedores Comerciales	12	117.034.717	109.064.278
Proveedores nacionales		113.964.598	104.876.471
Otros costos y gastos por pagar		3.072.119	4.189.807
Impuestos por Pagar	13	292.011	331.023
Acreedores oficiales		108.680	117.302
Retención en la fuente		137.497	213.721
Impuestos Municipales		45.834	-
Aportes De Nomina	14	463.465	559.130
Aportes a seguridad social y parafiscales		463.465	559.130
Beneficios a los empleados	15	1.412.123	1.582.910
Nómina por pagar		203.503	60.187
Cesantías consolidadas		989.428	1.118.489
Intereses a las cesantías		112.751	129.121
Vacaciones consolidadas		106.441	275.113
Avances Recibidos	16	147.959	102.922
Anficipos y avances recibidos		147.959	102.922
Provisiones por compromisos contractuales	17	391.302	218.206
Pasivos Estimados por compromisos contractuales		391.302	218.206
Pasivo financiero por arrendamiento	18	1.554.513	1.243.809
Pasivo financiero por arrendamiento		1.554.513	1.243.809
Total pasivos corrientes		121.298.090	113.104.278
Pasivos no corrientes			
Obligaciones Bancarias Largo Plazo	11	-	-
Bancos nacionales			
Pasivo financiero por arrendamiento	18	22.410.583	25.163.351
Pasivo financiero por arrendamiento		22.410.583	25.163.351
Total pasivos no corrientes		22.410.583	25.163.351
Total pasivos		143.708.673	138.267.629

ACTIVOS NETOS			19
Fondo Social	1.607.470	507.470	
Donaciones	1.607.470	507.470	
Déficit de ejercicios anteriores	(34.367)	(55.445)	
Excedente (deficit) de ejercicios anteriores	(34.367)	(55.445)	
Excedente del periodo	95.999	21.078	
Excedente (deficit) del periodo	95.999	21.078	
Efectos Transición NIF para Pymes	6.641.770	11.450.574	
Transición a NIF para PYMES	6.641.770	11.450.574	
TOTAL ACTIVOS NETOS	8.310.872	11.923.677	
TOTAL PASIVO + ACTIVOS NETOS	152.019.545	150.191.306	

Las notas a los estados financieros adjuntas forman parte de este estado.


ESTEBAN GUERRA HENAO
Representante Legal (*)


NORA ELENA NOREÑA ESTRADA
Contador (*)
Tarjeta profesional No. 102876-T
Designado por MMV Smart Consulting


ANDRÉS FELIPE RESTREPO BAENA
Revisor fiscal
Tarjeta profesional No. 248805-T
Designado por BDO Audit S.A.S. EIC
(Ver mi informe adjunto)

(*) Los suscritos representante legal y contador público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido preparados con información tomada fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

ESTADO DE ACTIVIDADES

FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE
 NIT 900.421.895 – 6
 ESTADOS DE ACTIVIDADES
 POR LOS AÑOS TERMINADOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
 Información en miles de pesos Colombianos
 Publicado el 31 de marzo de 2026- Versión 1
 Vigilado Supersalud
 Bello-Antioquia



	Nota	2.025	2.024
Ingresos operacionales			
Unidad funcional de urgencias		6,755,209	7,474,904
Unidad funcional de consulta externa		3,792,366	4,717,283
Unidad funcional de hospitalización		32,477,742	37,719,997
Unidad funcional de quirófanos	20	18,934,714	25,101,697
Unidad funcional de apoyo diagnóstico		3,991,258	4,948,467
Unidad funcional de apoyo terapéutico		663,580	954,899
Unidad funcional de mercadeo		36,939,678	38,921,274
Dv. rebajas y dcos en ventas de servicios		(5,899,992)	(1,448,878)
Total Ingresos de actividades ordinarias		97,654,555	118,389,643
Costos			
Unidad funcional de urgencias.		11,365,406	12,096,992
Unidad funcional de consulta externa.		2,484,725	3,689,703
Unidad funcional de hospitalización.	21	35,021,688	40,694,912
Unidad funcional de quirófanos.		21,532,990	29,303,478
Unidad funcional de apoyo diagnóstico.		7,275,964	8,689,203
Unidad funcional apoyo terapéutico.		2,352,201	2,243,840
Descuentos financieros.		(131)	-
Total costos		80,032,843	96,718,129
Resultado operacional		17,621,712	21,671,514
Gastos			
Gastos de Personal		5,530,388	5,632,277
Honorarios		1,037,952	315,381
Impuestos		163,125	108,617
Arrendamientos		74,787	61,681
Contribuciones y Afiliaciones		89,137	59,060
Seguros		8,253	252
Servicios	22	537,795	474,165
Gastos Legales y licencias		71,565	80,709
Equipos, mantenimiento y reparaciones		232,156	145,497
Gastos de Viaje		10,705	1,489
Depreciaciones y Amortizaciones		1,603,389	475,829
Otros gastos		131,471	201,079
Total gastos operacionales		9,490,723	7,556,036
Resultado bruto		8,130,989	14,115,479

Otros Ingresos			
Recuperación castigo de cartera		-	-
Arendamientos		(1.195)	-
Recuperaciones	23	119.168	760.565
Ingresos de ejercicios anteriores		9.164	335
Diversos		102.782	179.082
Valorización activos NIIF		1.918.305	88.918
Total otros Ingresos		2.148.224	1.028.900
Otros gastos			
Multas, sanciones y litigios		187.177	34.810
Otros	24	477	3.155
Gastos Vigencias Anteriores		20.451	0
Deterioro de cartera.		4.392.613	7.298.430
Devaluaciones, rebajas y descuentos de periodos anteriores		3.728.005	3.806.562
Total otros gastos		8.328.723	11.142.957
Ingresos financieros		4.772	60.665
Gastos financieros	25	1.859.263	4.041.008
Total gastos financieros, neto		1.854.491	3.980.343
Excedente antes de impuesto		95.999	21.078
Impuesto sobre la renta	26	-	-
Excedente neto		95.999	21.078

Las notas a los estados financieros adjuntas forman parte de este estado.


ESTEBAN GUERRA HENAO
Representante Legal


NORA ELENA NOREÑA ESTRADA
Contador (*)
Tarjeta profesional No. 102876-T
Designado por MMV Smart Consulting


ANDRÉS FELIPE RESTREPO BAENA
Revisor fiscal
Tarjeta profesional No. 248805-T
Designado por BDO Audit S.A.S. BIC
(Ver mi Informe adjunto)

(*) Los suscritos representante legal y contador público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido preparados con información tomada fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

ESTADO DE FLUJOS DE EFECTIVO

FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE
 NIT 900.421.895 – 6
 ESTADOS DE FLUJOS DE EFECTIVO
 POR LOS AÑOS TERMINADOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
 MÉTODO INDIRECTO
 Información en miles de pesos Colombianos
 Publicado el 31 de marzo de 2026- Versión 1
 Vigilado Supersalud
 Bello-Antioquia



Norte
 Vida

	2025	2024
Excedente del ejercicio	95.999	21.078
(+/-) Ajuste por gastos Depreciaciones y Amortizaciones	2.855.334	2.822.766
(+/-) Ajuste por valorización Pasivos financieros NIF (condonacion arriendo)	(1.918.305)	-
(+/-) Ajuste por gastos Deterioro de cartera.	4.392.613	7.298.430
(+/-) Ajuste por Gastos financieros	1.576.241	3.675.461
(+/-) Ajuste por Provision de demandas	187.177	(412.914)
(+/-) Ajuste por gastos otras partidas	13.574	9.111
EXCEDENTE AJUSTADO	7.202.633	13.413.932
ACTIVIDADES DE OPERACIÓN		
(+/-) Ajustes por el incremento en activos Deudores Comerciales	(18.201.748)	(13.069.447)
(+/-) Ajustes por la disminución en activos Anticipos, Avances y Depositos	1.966.507	(329.304)
(+/-) Ajustes por el incremento en activos por impuestos corrientes	(47.912)	(24.583)
(+/-) Ajustes por la disminución en activos cuentas x Cobrar a Trabajadores	88.500	(33.048)
(+/-) Ajustes por la disminución en activos de Inventarios: medicamentos	130.557	60.916
(+/-) Ajustes por la disminución en activos de Inventarios: materiales médico quirurgicos	902.598	394.839
(+/-) Ajustes por la incremento en activos de Inventarios: componentes sanguineos	(7.712)	35.096
(+/-) Ajustes por la disminución en activos de Inventarios: materiales, repuestos y accesorios	40.007	(48.823)
(+/-) Ajustes por el incremento en pasivos: cuentas comerciales	7.956.358	5.787.996
(+/-) Ajustes por el incremento en pasivos: Nómina por pagar	143.316	(1.774)
(+/-) Ajustes por la disminución en pasivos: Cesantías consolidadas	(129.061)	43.534
(+/-) Ajustes por la disminución en pasivos: Intereses a las cesantías	(16.370)	8.446
(+/-) Ajustes por la disminución en pasivos: Vacaciones consolidadas	(168.672)	(160.504)
(+/-) Ajustes por el incremento en pasivos: Avances Recibidos	45.037	(28.218)
(+/-) Ajustes por la disminución en pasivos: Impuestos corrientes.	(8.622)	(218.738)
(+/-) Ajustes por la disminución en pasivos: Retención en la fuente	(76.224)	(109.036)
(+/-) Ajustes por el incremento en pasivos: Impuestos Municipales	45.834	-
(+/-) Ajustes por la disminución en pasivos:Aportes De Nomina	(95.665)	(4.320)
Efectivo Neto de las Actividades de Operación	-	5.716.965



ACTIVIDADES DE INVERSIÓN		
(-) Retiro de propiedades, planta y equipo: Medico - Científico	(11.365)	(101.425)
(+/-) Equipo de computo y comunicaciones	-	-
(+/-) Ajustes por la disminución en activos diferidos	72.718	(65.917)
Efectivo Neto de las Actividades de Inversión	61.353	(167.342)
ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN		
(+/-) Amortización pasivo por arrendamiento financiero (Condonacion)	(523.759)	(611.962)
(+/-) Gastos de intereses	(1.576.241)	(3.675.461)
(+/-) Otros movimientos en el patrimonio: Donaciones	1.100.000	-
Efectivo Neto de las Actividades de Financiación	(1.000.000)	(4.287.423)
(+/-) Flujo Neto de generado o (usado) en el periodo	(1.169.286)	1.262.201
(+/-) Saldo Inicial de Efectivo y Equivalente de Efectivo	1.869.372	607.171
Saldo Final de Efectivo y Equivalente de Efectivo	700.086	1.869.372

Las notas a los estados financieros adjuntas forman parte de este estado.

Esteban Guerra H
ESTEBAN GUERRA HENAO
Representante Legal

Nora Elena Noreña Estrada
NORA ELENA NOREÑA ESTRADA
Contador (*)
Tarjeta profesional No. 102876-T
Designado por MMV Smart Consulting

Andrés Felipe Restrepo Baena
ANDRÉS FELIPE RESTREPO BAENA
Revisor fiscal
Tarjeta profesional No. 249805-T
Designado por BDO Audit S.A.S. BIC
(Ver mi informe adjunto)

(*) Los suscritos representante legal y contador público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido preparados con información tomada fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

ESTADO DE CAMBIOS EN LOS ACTIVOS NETOS

FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE
NET 900.421.896 - 4
ESTADOS DE CAMBIOS EN LOS ACTIVOS NETOS
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024
Información en miles de pesos Colombianos
Publicado el 31 de marzo de 2026 - Versión 1
Vigilado Supersivud
Bello - Antioquia



	Transición NET para FYMIS	Fondo Social	Excedente del ejercicio	Excedentes anteriores	Total
Saldo 2023	11.450.574	507.470	10.344	(48.791)	11.902.599
Reclasificación de Excedentes	-	-	(10.344)	10.344	-
Excedente del ejercicio	-	-	21.078	-	21.078
Saldo 2024	11.450.574	507.470	21.078	(58.446)	11.923.477
Reclasificación de Excedentes	-	-	(21.078)	21.078	-
Aportes	-	1.100.000	-	-	1.100.000
Consumo ajustes por transición	(4.808.804)	-	-	-	(4.808.804)
Excedente del ejercicio	-	-	95.999	-	95.999
Saldo 2025	6.641.770	1.607.470	95.999	(34.368)	8.310.872

Las notas a los estados financieros adjuntas forman parte de este estado.

Esteban Guerra H
ESTEBAN GUERRA HENAO
Representante Legal (*)

Nora Elena Noreña Estrada
NORA ELENA NOREÑA ESTRADA
Contador (*)
Tarjeta profesional No. 102876-T
Designado por MMV Smart Consulting

Andrés Felipe Restrepo Baena
ANDRÉS FELIPE RESTREPO BAENA
Revisor fiscal
Tarjeta profesional No. 249805-T
Designado por BDO Audit S.A.S. BIC
(Ver mi informe adjunto)

(*) Los suscritos representante legal y contador público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido preparados con información tomada fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.



Informe del Revisor Fiscal

A la Asamblea General de Fundadores de
FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE:

Informe sobre la auditoría de los estados financieros

Opinión

He auditado los estados financieros adjuntos de FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE, que comprenden:

- el estado de situación financiera al 31 de diciembre de 2023;
- el estado de actividades, el estado de cambios en los activos neto y el estado de flujos de efectivo por el ejercicio terminado en esa fecha, y
- las notas a los estados financieros incluyendo información material sobre las políticas contables.

En mi opinión, los estados financieros adjuntos, que fueron tomados de los libros de contabilidad, presentan razonablemente en todos los aspectos importantes la situación financiera de FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE, al 31 de diciembre de 2023, así como sus resultados y sus flujos de efectivo, por el ejercicio terminado en esa fecha, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera aceptadas en Colombia.

Fundamento de la opinión

He llevado a cabo mi auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría aceptadas en Colombia. Mis responsabilidades de acuerdo con dichas normas se describen más adelante en la sección Responsabilidades del auditor en relación con la auditoría de los estados financieros de mi informe. Soy independiente de la Fundación de conformidad con el Código de Ética para Profesionales de la Contabilidad del Consejo de Normas Internacionales de Ética para Contadores (Código de Ética del IESBA) junto con los requerimientos de ética que son aplicables a mi auditoría de los estados financieros en Colombia y he cumplido las demás responsabilidades de ética de conformidad con esos requerimientos. Considero que la evidencia de auditoría que he obtenido me proporciona una base suficiente y adecuada para expresar mi opinión.

Responsabilidades de la administración y encargados de gobierno en relación con los estados financieros

La administración es responsable de la preparación y presentación fiel de los estados financieros de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera aceptadas en Colombia; y del control interno que la administración considere necesario para la preparación y presentación fiel de los estados financieros libres de errores materiales ocasionados por fraude o error.



Fundación



Carretera 16 No. 97 – 46 Piso B Bogotá D.C. | Sucursales: Cali, Medellín y Barranquilla.
+57 1623 0199 | bdo@bdo.com.co | www.bdo.com.co

En la preparación de los estados financieros, la administración es responsable de la evaluación de la capacidad de la Fundación para continuar como negocio en marcha, revelando, según corresponda, los asuntos relacionados y usando el principio contable de negocio en marcha salvo que la administración se proponga liquidar la Fundación o cesar sus operaciones, o bien no exista otra alternativa más realista que hacerlo.

Los encargados del gobierno corporativo son responsables de la supervisión del proceso de información financiera de la Fundación.

Responsabilidades del auditor en relación con la auditoría de los estados financieros

Mi objetivo es obtener una seguridad razonable sobre si los estados financieros, tomados en su conjunto, están libres de errores materiales, ocasionados por fraude o error, y emitir un informe de auditoría que contiene mi opinión.

Seguridad razonable es un alto grado de seguridad, pero no garantiza que una auditoría realizada de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría aceptadas en Colombia siempre detecte errores materiales cuando existan. Los errores materiales pueden estar ocasionados por fraude o error y se consideran materiales si, individualmente o en su conjunto, puede esperarse razonablemente que influyan en las decisiones económicas que los usuarios toman basándose en los estados financieros.

Como parte de una auditoría efectuada de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría aceptadas en Colombia debo ejercer mi juicio profesional y mantener escepticismo profesional durante la auditoría, además de:

- Identificar y evaluar los riesgos de error material en los estados financieros, bien sea por fraude o error, diseñar y realizar procedimientos de auditoría en respuesta a estos riesgos y obtener evidencia de auditoría que sea suficiente y apropiada para fundamentar mi opinión. El riesgo de no detectar una incorrección material debido a fraude es más elevado que en el caso de una incorrección material debido a error, ya que el fraude puede implicar colusión, falsificación, omisiones deliberadas, manifestaciones intencionadamente erróneas, o la elusión del control interno.
- Obtener un entendimiento del control interno relevante para la auditoría con el fin de diseñar procedimientos de auditoría que sean adecuados en función de las circunstancias, y no con la finalidad de expresar una opinión sobre la eficacia del control interno de la entidad.
- Evaluar lo adecuado de las políticas contables aplicadas y la razonabilidad de las estimaciones contables y la correspondiente información revelada por la administración.
- Concluir sobre la adecuada utilización, por parte de la administración, del principio contable de negocio en marcha y, basándome en la evidencia de auditoría obtenida, concluir sobre si existe o no una incertidumbre material relacionada con hechos o con condiciones que pueden generar dudas significativas sobre la capacidad de la Fundación para continuar como negocio en marcha. Si llegara a la conclusión que existe una incertidumbre material, se requiere que llame la atención en mi informe de auditoría

BDO en Colombia S.A.S, BC, BDO Guayaquil S.A.S, BC, BDO Audit S.A.S, BC y BDO Shared Services Center S.A.S, BC, son sociedades por acciones calificadas (abiertas) que hacen parte de la red internacional BDO. Son empresas independientes asociadas. Todas estas entidades son miembros de BDO International Limited, una compañía limitada por garantía del Reino Unido.



sobre la correspondiente Información revelada en los estados financieros o, si dichas revelaciones no son adecuadas, que exprese una opinión modificada. Mis conclusiones se basan en la evidencia de auditoría obtenida hasta la fecha de mi informe. Sin embargo, hechos o condiciones futuros pueden ser causa de que la Fundación no pueda continuar como un negocio en marcha.

- Evaluar la presentación integral, la estructura y el contenido de los estados financieros, incluida la información revelada, y si los estados financieros representan las transacciones y hechos subyacentes de un modo que logran la presentación fiel.

Comunicar a los responsables de la administración y encargados de gobierno de la Fundación, entre otras cuestiones, el alcance y el momento de realización de la auditoría planificados y los hallazgos significativos, así como cualquier deficiencia significativa de control interno que identifique durante el transcurso de mi auditoría.

Otra información

La administración es responsable de la otra información. La otra información comprende la información incluida en el Informe de gestión de la Fundación, pero no incluye los estados financieros ni en el Informe de auditoría correspondiente.

Mi opinión sobre los estados financieros no cubre la otra información y no expreso ninguna forma de conclusión que proporcione un grado de seguridad sobre esta.

En relación con mi auditoría de los estados financieros, mi responsabilidad es leer la otra información y, al hacerlo, considerar si existe una incongruencia material entre la otra información y los estados financieros o el conocimiento obtenido por mí en la auditoría o si parece que existe una incorrección material en la otra información por algún otro motivo.

Si, basándome en el trabajo que he realizado, concluyo que existe una incorrección material en esta otra información, estoy obligado a informar de ello. No tengo nada que informar al respecto.

Otros asuntos

Los estados financieros de la Fundación bajo Normas de Contabilidad y de Información Financiera aceptadas en Colombia, al 31 de diciembre de 2024 que se presentan para propósitos comparativos, fueron auditados por otro revisor fiscal, de acuerdo con Normas Internacionales de Auditoría aceptadas en Colombia, quien expresó su opinión con salvedades sobre los mismos el 11 de marzo de 2025.

Al 31 de diciembre de 2024, la opinión contenía una salvedad por cuanto la provisión de cartera registrada por la Fundación era insuficiente por \$3.393 millones. Al 31 de diciembre de 2025, la Administración ajustó dicha provisión, corrigiendo la situación que originó la salvedad.



Informe sobre otros requerimientos legales y reglamentarios

Además, informo que durante el año 2025, la Fundación ha llevado su contabilidad conforme a las normas legales y a la técnica contable; las operaciones registradas en los libros de contabilidad y los actos de los administradores se ajustan a los estatutos y a las decisiones de la Asamblea General de Fundadores y Junta Directiva; la correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas se llevan y se conservan debidamente; el informe de gestión de la administración guarda la debida concordancia con los estados financieros, y la Fundación ha efectuado la liquidación y pago oportuno al Sistema de Seguridad Social Integral, así mismo, a la fecha de emisión de los Estados Financieros la Fundación no se encuentra en mora por este último concepto. Los administradores dejaron constancia en el informe de gestión de que no enterpecieron la libre circulación de las facturas de sus proveedores de bienes y servicios. Por último, informo que, según la valoración realizada en desarrollo de mi auditoría fiscal, durante el año 2025, en mi concepto, nada ha llamado mi atención que me haga pensar que la Fundación no ha cumplido con el programa de transparencia y ética empresarial de acuerdo con la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Como parte de mis funciones como Revisor Fiscal y en cumplimiento de los numerales primero y tercero del artículo 209 del Código de Comercio, así como de lo dispuesto en los artículos 1.2.1.2. y 1.2.1.5., del Decreto Único Reglamentario 3420 de 2015, modificados por los artículos 4 y 5 del Decreto 2496 de 2015, respectivamente, emito mi informe separado el 25 de marzo de 2026.

Andrés Felipe Restrepo Baena
Cuenta Profesional No. 249805-T
Código de Identificación Profesional No. 100037-01-3758-26

ANDRÉS FELI PE RESTREPO BAENA
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional 249805-T

Miembro de
BDO AUDIT S.A.S. B/C

Medellín, 25 de marzo de 2026
100037-01-3758-26





RESULTADOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS DEL EJERCICIO

ESTADO PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD: Con base en el artículo 7 del decreto 2649 de 1993, en lo referente a la continuidad, tanto los recursos y hechos económicos fueron contabilizados oportunamente y revelados ampliamente, lo cual presume que el ente económico continua como negocio en marcha. En cuanto a la evolución previsible del negocio, con base en lo anterior estimamos que la evolución del negocio en el corto plazo nos augure el cumplimiento de nuestras metas para el próximo año.

ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR: En cumplimiento de la ley 603 sobre propiedad intelectual y derechos de autor del software instalado se efectuó la verificación de la existencia y originalidad de las respectivas licencias suministradas por los diferentes fabricantes y que están siendo utilizadas por la compañía.

La Compañía respeta y acata las normas sobre propiedad intelectual utilizando software adquirido legalmente mediante licencia y cuenta además con los mecanismos de control para verificar la instalación de software legal en todos sus equipos de cómputo.

POLÍTICA DE DATOS PERSONALES Y HABEAS DATA: De acuerdo a lo citado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se desarrolla el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, suprimir, actualizar y rectificar todo tipo de datos personales recolectados, almacenados o que hayan sido objeto de tratamiento en bases de datos en las entidades del públicas y privadas. Al interior de la entidad se garantiza su cumplimiento con la política interna PO-GE-G-016-V4 “Tratamiento de datos personales”, definiendo su propósito: “Es establecer y desarrollar los lineamientos necesarios para garantizar el cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, aplicable a los datos personales que sean objeto de tratamiento por parte de FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE, en calidad de responsable y/o Encargado del tratamiento”. Durante el 2025 se cumplen con los principios de: Legalidad en materia de, datos, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, principio de seguridad y confidencialidad. Y cumplimiento al tratamiento de datos sensibles con todo lo referente a: historia clínica, datos biométricos, videos captados por sistema de videovigilancia y datos de niños, niñas y adolescentes.