

# INFORME ASAMBLEA FUNDACIÓN IPS UAM

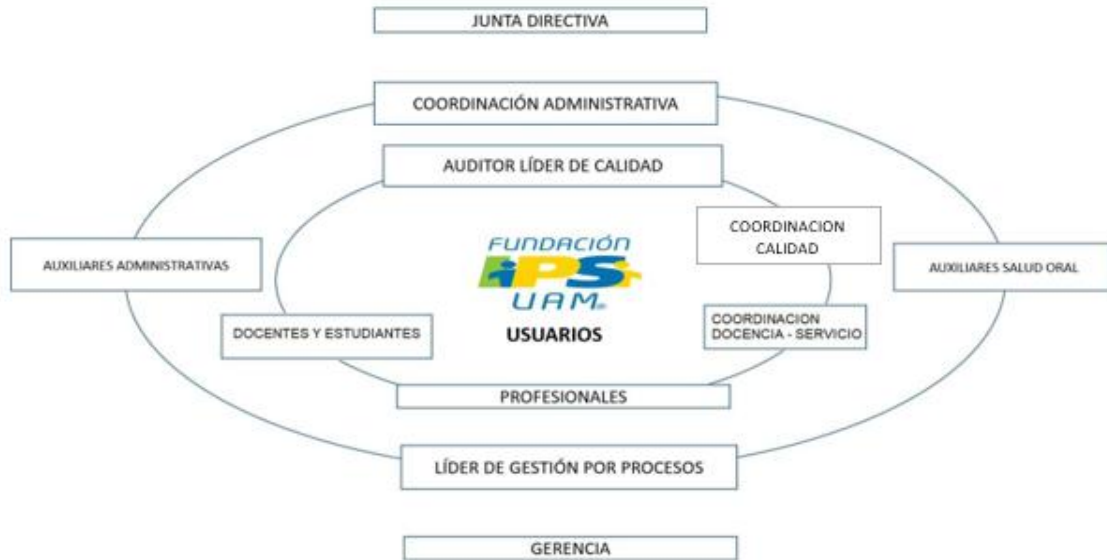


## INTRODUCCIÓN

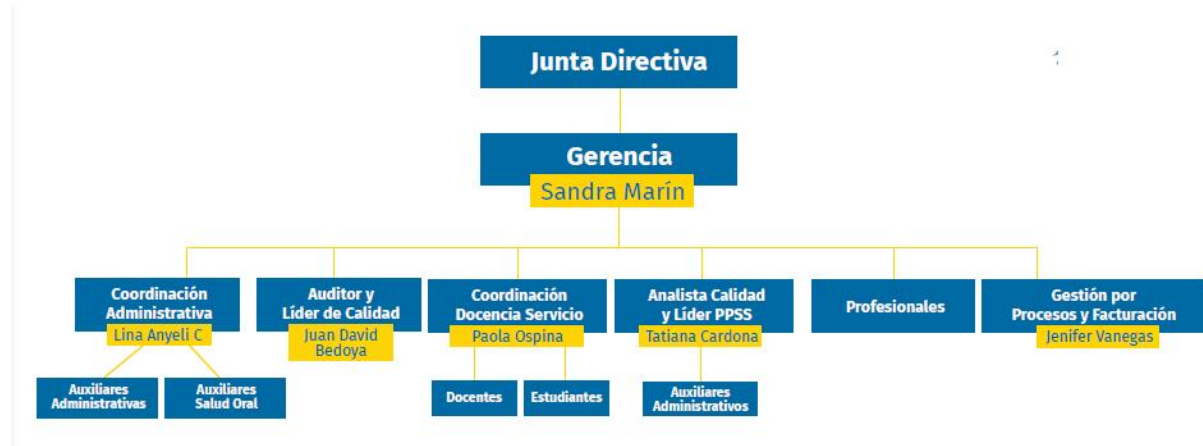
En el presente informe se describen los aspectos más importantes, que se trabajaron en la FUNDACIÓN IPS UAM durante el año 2025.

Reseña Histórica: La FUNDACIÓN IPS UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES con NIT 900562845-2, nace por una necesidad de la Universidad Autónoma de Manizales de constituir una IPS para el funcionamiento de sus prácticas clínicas y la atención de pacientes. Mediante acuerdo No 001 de enero 31 de 2012 autorizado por el Consejo Superior de la Universidad Autónoma de Manizales, se decide constituir una persona jurídica, de derecho civil, de utilidad común, en forma de fundación y a través de acta de constitución de abril de 2012 se procede a realizar los nombramientos del Gerente-Representante Legal, Consejo Directivo y Revisor Fiscal. Durante este mismo mes se aprueban los estatutos de la Fundación. En el mes de septiembre de 2012 a través de la resolución 1118 la Dirección Territorial de Salud de Caldas otorga la personería jurídica a la Fundación y reconoce e inscribe la representación legal a la gerente, así mismo reconoce e inscribe la junta directiva

## PLATAFORMA ESTRATEGICA



## ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA



## MISIÓN

La Fundación IPS UAM presta servicios de nivel 1 y 2, es innovadora en la prestación de servicios de salud con estándares de calidad, comprometida con la salud individual y colectiva de la población del eje cafetero, en un marco de responsabilidad social; proporcionando los escenarios apropiados para la formación académica.

## VISIÓN

Ser una IPS competitiva, con un ambiente propicio para la formación académica y profesional de sus integrantes, certificada por su calidad en la prestación de servicios de salud y de educación.

## VALORES

**Autonomía:** Porque nuestro servicio es prestado por personas con capacidad de decidir y comprometerse; de darse a sí mismo la pauta de comportamiento y la dirección en el actuar; que toman decisiones responsables y de calidad, fundamentadas en el conocimiento científico buscando el interés general y el bien común.

**Honestidad:** Porque prestamos servicios con rectitud e idoneidad, ajustados a sus necesidades y expectativas para garantizarle las mejores condiciones de salud. Coherencia entre el actuar, el decir y el pensar; conciencia de las propias posibilidades y limitaciones; transparencia en las relaciones consigo mismo, con los demás y con la institución.

**Respeto:** Porque reconocemos en el otro una persona digna con derechos y deberes. Nos comprometemos con la defensa y el aprecio de la diversidad, la equidad, la inclusión social y la formación

de individuos con altas competencias ciudadanas.

**Criticidad:** Nos comprometemos a fomentar espacios de dialogo y discreción, que genere las mejores oportunidades para los pacientes dentro de un marco de manejo asertivo y soportado en la mejor evidencia.

**Excelencia:** Porque la prestación de servicios con calidad científico-académica es el criterio que orienta la toma de decisiones para garantizar la satisfacción del usuario y la formación del recurso humano en salud oral.

**Solidaridad:** Porque tenemos disposición permanente para compartir y construir con otros relaciones y prácticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

## POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La política de seguridad del paciente institucional contempla la adopción y adaptación de los siguientes paquetes instruccionales del Ministerio con relación a la seguridad del paciente:

### **Gestión de eventos adversos.**

Se trata de la gestión de las probabilidades de falla de calidad y evento adverso que pueda afectar la seguridad del paciente, esto con las herramientas necesarias para el reporte, análisis, plan de mejoramiento, seguimiento y aprendizaje institucional.

### **Identificación segura del paciente**

Consiste en realizar la validación permanente de los datos personales en cada contacto con el paciente, para prevenir errores derivados de una identificación equivocada.

### **Comunicación efectiva**

Busca informar y resolver permanentemente las inquietudes relacionadas con la prestación del servicio, procurando la participación entre el equipo de salud, el paciente y su entorno.

### **Administración segura de medicamentos anestésicos**

Implica obtener toda la información sobre antecedentes y medicamentos administrados, para evitar errores en la definición del diagnóstico y tratamiento. Así mismo involucra la verificación de los medicamentos formulados y entregados y el cumplimiento de las recomendaciones indicadas.

### **Identificación correcta de procedimientos**

Pretende contribuir en la realización de procedimientos seguros y en el lugar correcto, mediante la permanente validación y verificación de datos personales, así como del procedimiento médico, odontológico, de apoyo diagnóstico o radiológico a realizarse.

### **Prevención de infecciones**

Consiste en la promoción de hábitos de higiene y el uso de barreras de seguridad que conlleven a la reducción de riesgos de contaminación cruzada o de adquirir infecciones que afectan el estado de salud del paciente.

### **Prevención de caídas**

Incluye todas las medidas y acciones que promuevan la construcción de un entorno y una infraestructura segura, reduciendo los factores de riesgo que puedan afectar la salud y el bienestar del paciente.

### **Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado:**

Brindar al usuario y su familia la información necesaria, acorde con su capacidad de entendimiento, para que de manera libre pueda tomar una decisión acerca de los diferentes planes terapéuticos, garantizando los derechos del usuario.

**TABLA No 1: identificación de riesgos potenciales derivados de la atención en salud ofertada:**

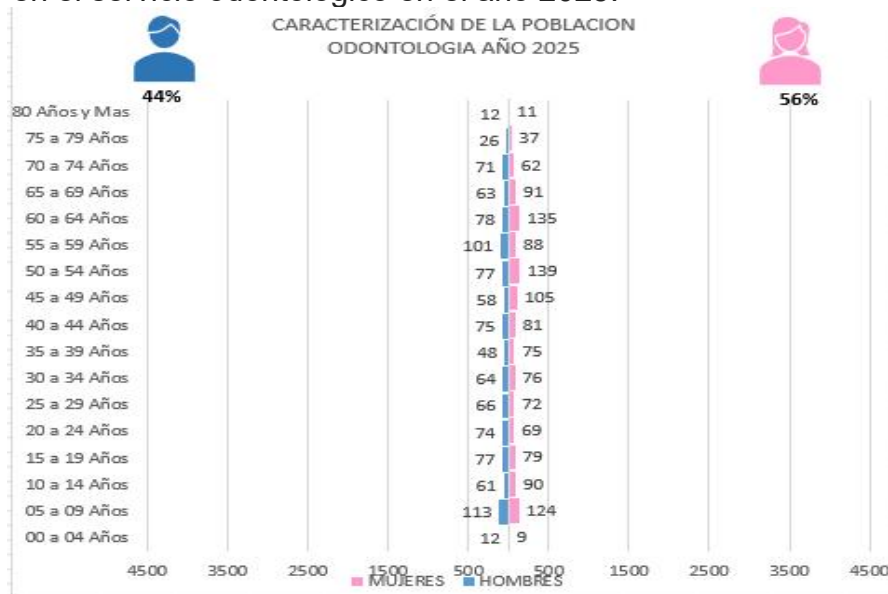
Tipo de riesgo	Descripción	Barrera de seguridad implementada
<b>TIPO 1</b> <b>Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud</b>	Fallas en la oportunidad de la atención. No se realiza cuando esté indicado Incompleta o insuficiente No disponible. Paciente equivocado Proceso o servicio equivocado	Documentación e implementación de procesos y procedimientos
<b>TIPO 2:</b> <b>Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales</b>	Abordaje de no satisfactorio de la patología del paciente, Paciente equivocado. Proceso equivocado/ Tratamiento / Procedimiento/ Parte del cuerpo equivocada/ cara / sitio	Guías de práctica clínica basadas en evidencia Procedimientos documentados Verificación de conocimientos
<b>TIPO 3:</b> <b>Relacionados con fallas en los registros clínicos</b>	Documentos que faltan o no disponibles Registros equivocados en la historia clínica del paciente Documento para el paciente o Documento equivocados Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta	<b>Manual de historias clínicas</b>
<b>TIPO 4:</b> <b>Infección ocasionada por la atención en salud</b>	Torrente sanguíneo Zona de procedimiento: Tejidos blandos Respiratorio	<b>Manual de bioseguridad</b>
<b>TIPO 5:</b> <b>Relacionados con la medicación</b>	Paciente equivocado- Medicamento equivocado- Dosis / Frecuencia incorrecta Formulación Incorrecta o presentación Cantidad incorrecta- Contraindicación Omisión de medicamento o dosis Reacción adversa al medicamento	<b>Programa de farmacovigilancia</b>
<b>TIPO 6:</b> <b>Relacionados con los dispositivos y equipos médicos</b>	Falta de disponibilidad Inapropiado para la Tarea Sucio - Fallas / Mal funcionamiento Desalojado/ desconectado/ eliminado Error de uso	<b>Programa de tecnovigilancia</b>
<b>TIPO 7:</b> <b>Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente</b>	Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado Arriesgado / temerario/ Peligroso Problema con el uso de sustancias / Abuso/ Acoso- Discriminación y Prejuicios	<b>Modelo de atención Ciclo de atención. Derechos y deberes de los usuarios.</b>

<b>TIPO 8:</b> <b>Caídas de pacientes</b>	Silla- Camilla- Baño Equipo terapéutico Escaleras / Escalones Siendo llevado / apoyado por otra persona	<b>Protocolo de prevención y control de riesgo de caídas.</b>
<b>TIPO 9: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico</b>	Inexistente / Inadecuado Dañado / defectuosos / desgastado	<b>Rondas de seguridad</b>
<b>TIPO 10:</b> <b>Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional</b>	Relacionados con la gestión de la carga de trabajo Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación Organización de Equipos / personal Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación	<b>Comités institucionales</b>

### CARACTERIZACION DE LA POBLACION

De acuerdo con los registros de atención correspondientes al año 2025 y la información reportada por el sistema Oficlinic, se identificaron las siguientes características de la población atendida en la Fundación IPS UAM, distribuidas según sexo y grupos etarios, en los servicios de odontología, terapias de apoyo y servicios médicos.

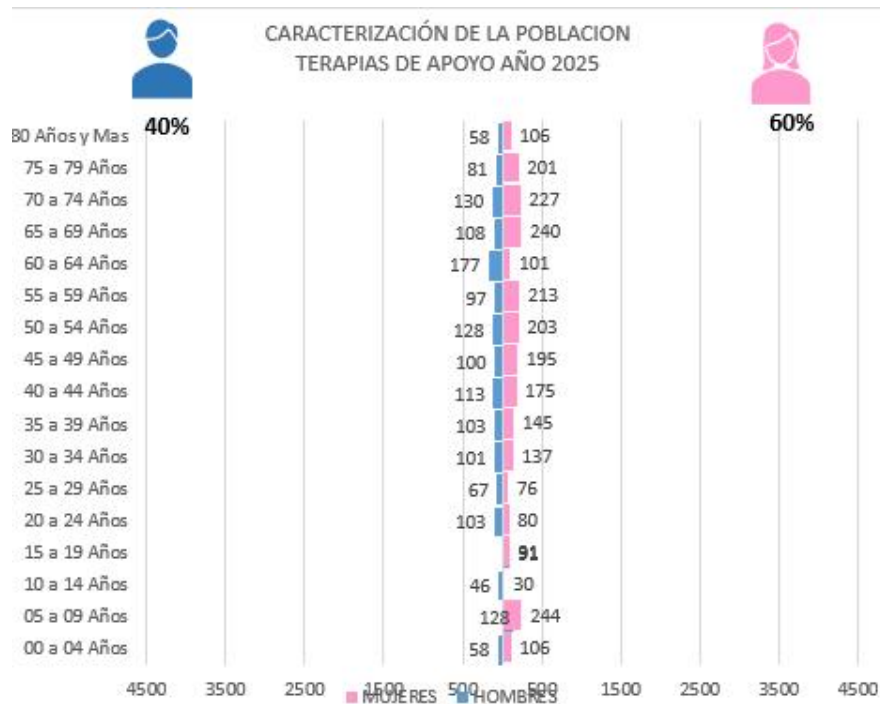
**GRAFICO N° 1:** En el siguiente gráfico se logra identificar la distribución por grupos de edad y sexo en el servicio odontológico en el año 2025.



El análisis demográfico de la población atendida en el servicio de odontología de la Fundación IPS UAM en 2025 evidencia una mayor participación femenina (57%) frente a la masculina (43%), con una marcada concentración de atención en adultos entre 50

y 64 años, especialmente en los grupos de 55 a 59 y 60 a 64 años, lo que sugiere alta demanda de tratamientos correctivos y rehabilitadores; asimismo, se observa un segundo pico importante en población infantil de 5 a 14 años, reflejando adecuada captación en programas de detección temprana y protección específica, mientras que los adultos jóvenes presentan una participación moderada y los mayores de 75 años muestran disminución en la consulta, posiblemente por barreras de acceso o condiciones funcionales, lo que en conjunto indica un comportamiento bimodal de la demanda y la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales por ciclo vital y enfoque de género en la planificación del servicio.

**GRAFICO N° 2:** En el siguiente gráfico se logra identificar la distribución por grupos de edad y sexo en el servicio terapias de apoyo en el año 2025.



El análisis demográfico de la población atendida en los servicios de terapias de apoyo (fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología) durante 2025 evidencia una mayor participación femenina (60%) frente a la masculina (40%), con una distribución amplia a lo largo del curso de vida, aunque con mayor concentración en población adulta y adulta mayor, especialmente entre los 65 y 79 años, donde se observan los volúmenes más altos de atención, lo que sugiere demanda asociada a procesos de rehabilitación física, funcional y comunicativa propios del envejecimiento; asimismo, se identifica una participación importante en la primera infancia (0 a 9 años), particularmente en el grupo de 5 a 9 años, lo que puede relacionarse con intervenciones en desarrollo motor, ocupacional y del lenguaje; en los adultos entre 30 y 59 años la demanda es constante y predominan las mujeres, mientras que en algunos grupos jóvenes la participación masculina es similar o ligeramente superior, configurando un comportamiento que

refleja tanto necesidades de rehabilitación en edades avanzadas como intervenciones terapéuticas tempranas, lo que implica la necesidad de mantener un enfoque integral por ciclo vital y con perspectiva de género en la planificación del servicio.

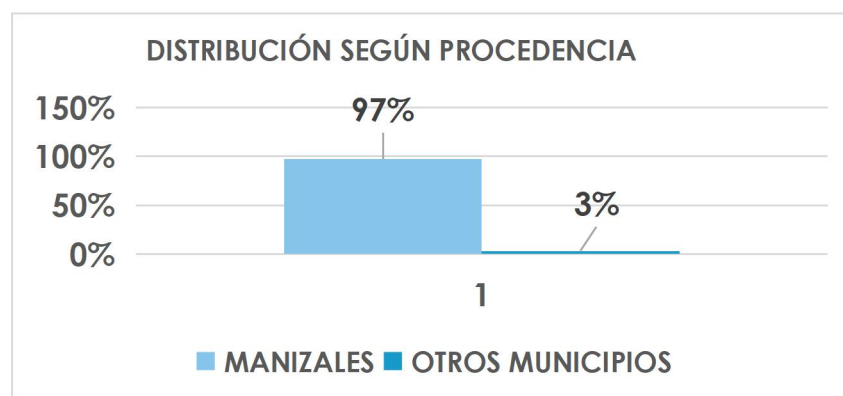
**TABLA N° 2:** En la siguiente tabla se logra identificar la distribución por grupos de edad y sexo en servicios médicos (medicina general y psicología) en el año 2025.

Grupo Etareo	HOMBRES	MUJERES
00 a 04 Años	0	0
05 a 09 Años	0	0
10 a 14 Años	0	0
15 a 19 Años	45	20
20 a 24 Años	19	45
25 a 29 Años	55	86
30 a 34 Años	11	10
35 a 39 Años	5	4
40 a 44 Años	1	3
45 a 49 Años	1	1
50 a 54 Años	1	4
55 a 59 Años	0	1
60 a 64 Años	0	0
65 a 69 Años	0	0
70 a 74 Años	0	0
75 a 79 Años	0	0
80 años y Mas	0	0
TOTAL POR SEXO	138	174
PORCENTAJE POR SEXO	44%	56%
TOTAL		312

El análisis demográfico de los pacientes atendidos en los servicios médicos de la UAM (medicina y psicología) durante el periodo evaluado muestra un total de 312 atenciones, con mayor participación femenina (56%) frente a la masculina (44%), evidenciando una tendencia similar a otros servicios institucionales; la población se concentra principalmente en adultos jóvenes entre 15 y 29 años, destacándose el grupo de 25 a 29 años como el de mayor demanda (especialmente mujeres), seguido del grupo de 15 a 19 años, lo que sugiere que estos servicios están siendo utilizados mayoritariamente por población universitaria en etapas tempranas de la adultez; a partir de los 30 años se observa una disminución progresiva en la consulta, con baja representación en mayores de 50 años y ausencia de atención en edades extremas (primera infancia y adulto mayor), lo cual indica que la demanda está claramente focalizada en población joven, posiblemente asociada a necesidades de atención en salud general y

acompañamiento en salud mental propias del contexto académico, lo que resalta la importancia de fortalecer estrategias preventivas, de promoción del bienestar y detección temprana en este grupo etario predominante.

**GRAFICO N° 3:** Caracterización de la atención de pacientes por procedencia en el año 2025.



Según los datos registrados la tendencia en el 2025 fue que el 97% de los pacientes atendidos provienen del municipio de Manizales. Sin embargo, es importante destacar que nuestros servicios son utilizados por usuarios de diversas procedencias, con registros que abarcan 62 localidades diferentes en todo el país.

### GESTION DE ATENCION DE LA EXPERIENCIA DEL USUARIO

Se cuenta con el SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO, definido como un conjunto de procesos que se desarrollan con el objetivo de contribuir los medios más adecuados para la protección de los usuarios, lograr los aciertos en la toma de decisiones y garantizar el mejoramiento de la calidad, la satisfacción de las necesidades individuales, familiares, sociales y comunitarias de los usuarios agregando valor a la atención clínica suministrada definiendo los siguientes procedimientos.

Este proceso se garantiza en la institución con la asignación de funciones destinadas a la atención del usuario, en el área de recepción donde se suministra la información necesaria para satisfacer las necesidades de los usuarios acerca de la oferta de servicios, flujos de atención, bioseguridad, calidad, condiciones administrativas, legales, técnico científicas, horarios y deberes y derechos en seguridad social en salud.

### CANALES DE ACCESO:

- **Horarios de atención:** lunes a viernes de 7am a 6pm
- **Teléfono fijo terapia:** 6068727272 ext. 108 /169
- **WhatsApp terapia:** 3206938894
- **Teléfono fijo odontología:** 6068727272 ext. 158/160

- **WhatsApp odontología:**3147887076
- **Correo electrónico:** [funipsuam@autonoma.edu.co](mailto:funipsuam@autonoma.edu.co)
- [kellyt.cardonar@autonoma.edu.co](mailto:kellyt.cardonar@autonoma.edu.co)

## **DECLARACION DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS:**

### **DERECHOS:**

1. A recibir un trato digno, respetando mi privacidad, ser llamado por mi nombre y atendido con amabilidad.
2. A ser atendido por un profesional indicado y disponible garantizando el cuidado de mi salud.
3. A recibir información clara y veraz acerca de la enfermedad, tratamientos, procedimientos y costos.
4. A recibir una atención en salud segura y de calidad.
5. A que la información de mi historia clínica sea confidencial y solo conocida con mi autorización, exceptuando situaciones legales exigidas por las autoridades competentes.
6. A ser incluido en estudios de investigación científica solo si yo lo autorizo.
7. A consultar o reclamar respecto de la atención en salud recibida y obtener respuesta oportuna.

### **DEBERES**

1. De tratar con respeto y amabilidad al personal de la institución y a las personas que se encuentran dentro de ella.
2. De suministrar información completa sobre mi condición de salud, tratamientos y cuidados.
3. De cumplir con las citas acordadas y avisar en caso de no poder asistir.
4. De cuidar las instalaciones de la institución y hacer uso racional de los servicios que se brindan, así como los bienes personales y ajenos.
5. De participar activamente en el tratamiento y los cuidados de mi salud.
6. Si estoy a cargo de un menor de edad, un adulto mayor, una persona en situación de discapacidad o una persona que requiera asistencia especial debo siempre acompañarlo.
7. De cumplir con las políticas de la institución y cancelar el valor correspondiente a los servicios recibidos.

## **MEDICION DE SATISFACCION Y RECOMENDABILIDAD**

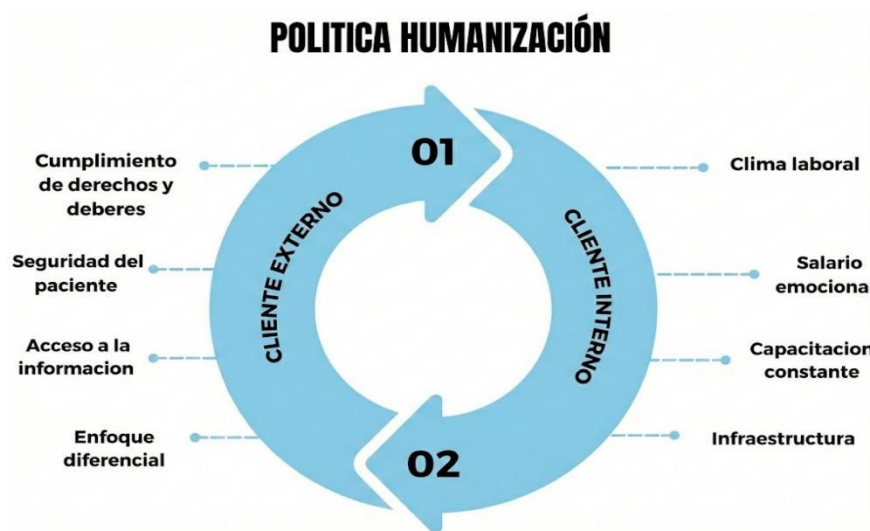
Contamos con procedimiento de medición por medio de encuestas de satisfacción de los servicios prestados, por parte del usuario directo o el acompañante, los resultados son tabulados y gestionados por medio de indicadores de gestión de calidad, tomando las medidas correctivas ante las desviaciones encontradas.

## **GESTIÓN DE MANIFESTACIONES**

Los usuarios cuenta adicional a los canales de acceso, con disponibilidad de buzones de sugerencias de fácil acceso y diligenciamiento de formato, los cuales son abiertos semanalmente para la gestión de las manifestaciones encontradas. De acuerdo con la clasificación de la manifestación se procede a realizar la gestión de la respuesta y el seguimiento, adicional estas comunicaciones de los usuarios son tomadas en cuenta en reunión de gestión administrativa para la toma de decisiones.

## PRINCIPIOS DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Imagen N°1: Gestión de la humanización con cliente interno y externo



**Cultura interna de la Humanización:** Garantizar que todos los empleados estén capacitados para ofrecer el apoyo necesario, que tenga buenas habilidades de comunicación y tenga presente que el eje principal es la integridad del paciente.

**Entender las necesidades de las personas:** Ofrecer y prestar servicios con calidad que satisfagan las necesidades de los pacientes.

**Preservar la dignidad:** Tratar a las personas con dignidad y respeto, es primordial la calidad humana.

**Empoderamiento del paciente:** Es importante apoyar a los pacientes e impulsarlos para que puedan reconocer y desarrollar sus propias fortalezas y capacidades para llevar una vida independiente para llevar una vida con calidad durante el tratamiento de su enfermedad.

Para el desarrollo institucional y socialización de la política de humanización se diseña e implementa el programa, el cual tiene como conceptos fundamentales los siguientes:

## Imagen N°2: DECÁLOGO DE HUMANIZACIÓN



## PROTOCOLO DE ATENCION A PREFERENCIAL

La IPS cuenta con documentación desplegada en el procedimiento de atención preferencial con las siguientes características:

- Madres Gestantes mayor a 6 meses
- Adultos mayores de 62 años
- Personas en situaciones especiales de atención (Discapacidad)
- Personal asistencial con movilidad reducida
- Personas pertenecientes a grupos étnicos

Todo ello con el objetivo de garantizar el proceso de atención a la población que requiere atención preferencial con enfoque diferencial y así mismo implementar medidas para facilitar el uso y acceso adecuado a las instalaciones de la Fundación IPS UAM.

Este protocolo inicia con la solicitud de la cita por el usuario identificado como preferente, su acceso a las instalaciones y finaliza con el proceso de atención al usuario preferente.

Adicionalmente se cuenta con la inclusión del ítem de atención preferencial en nuestras instalaciones, dotación e infraestructura con:

- Ventanilla de atención preferencial (2)
- Consultorios y unidades odontológicas
- Baños para personas en situación de discapacidad física en cada área de atención: clínicas odontológicas, servicios médicos y terapias.
- Silla de ruedas.
- Espacio para silla de ruedas.

En términos generales para garantizar una atención segura de la población en mención se orienta a todo el personal de la IPS a:

- Todo usuario considerado preferente estará exonerado de cualquier mecanismo de turno o cualquier otro mecanismo de espera.
- Las explicaciones deben ser las más adecuadas para cada usuario preferente, empleando un lenguaje sencillo, teniendo en cuenta el grado de dificultad que pueda tener.
- Evalúe el riesgo de caídas de pacientes con la escala de Morse
- Identifique y prevenga los riesgos de sufrir un evento adverso o un incidente.
- Si se presenta un evento adverso, dé el manejo inicial y repórtelo de inmediato.
- Los procedimientos para realizar serán: terapia física, fonoaudiología, terapia ocupacional.

### **PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)**

Este protocolo busca establecer las pautas y lineamientos institucionales para brindar una atención de calidad en salud con enfoque psicosocial a las personas que han sido víctimas del conflicto armado, involucrando este componente desde la valoración de nuestros pacientes fortaleciendo la integralidad de la atención.

Estos lineamientos se aplican desde la planeación de la atención de los servicios ofertados, pasando por la ejecución de la atención tanto administrativa como asistencial de la población víctima, sus cuidadores y familia, y termina con el registro, reporte y análisis de indicadores de atención. Para su ejecución se tienen planteadas las siguientes orientaciones:

- ✓ La IPS Fundación IPS UAM brindará una atención respetuosa, ética y empática a todas las personas hagan uso de los servicios ofertados, sin discriminación alguna.
- ✓ El equipo de profesionales de la IPS trabajará de manera integral para ofrecer planes de tratamiento que contemplen las necesidades físicas y psicosociales de cada paciente.
- ✓ Se garantizará la confidencialidad y privacidad de la información de los pacientes, buscando superar el cumplimiento de los estándares éticos y legales aplicables.
- ✓ La IPS fomentará la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento y bienestar, respetando su autonomía y dignidad.
- ✓ Las herramientas documentales y de difusión al personal de la IPS en temas de enfoque psicosocial y atención a víctimas del conflicto armado buscará potenciar las capacidades de comprensión a las afectaciones asociadas a hechos victimizantes.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN DIFERENCIAL

### 1. OBJETIVO

Implementar en todos los puntos de atención de la Fundación IPS UAM, mecanismos de atención diferencial a grupos priorizados, cumpliendo estándares, de acuerdo con la normatividad vigente; con el fin de eliminar cualquier barrera que impida el acceso al servicio solicitado y tener usuarios satisfechos con la atención que se les brinde.

### 2. ALCANCE

Con este protocolo buscamos alcanzar una atención dando prioridad a los derechos de nuestros usuarios con enfoque diferencial entre los que se encuentran: Recibir atención humanizada oportuna y eficiente, la orientación y comunicación permanente de manera cordial, recibir atención integral con principios de objetividad y buen trato.

### 3. RESPONSABLES

- Personal de IPS y Personal asistencial a cargo: quienes son los responsables de:
- Implementar el protocolo de atención en salud con enfoque diferencial para población vulnerable y con algún tipo de discapacidad.
- Solicitar la necesidad de capacitación para el manejo en la atención de este tipo de población.
- Garantizar los derechos de la población vulnerable y con algún tipo de discapacidad y su inclusión a los servicios.
- Identificar las necesidades de la población vulnerable y con algún tipo de discapacidad en busca de acciones correctivas.
- Reportar cualquier tipo de riesgo que pueda afectar la integridad de las personas en condición de discapacidad.
- Población vulnerable y con algún tipo de discapacidad, familiar o cuidador
- Participar activamente en todas las actividades programadas por la E.S.E en pro de mejorar la calidad de vida según su condición.
- Garantizar los derechos de la población vulnerable y con algún tipo de discapacidad y su inclusión a los servicios.

#### **Atributos del buen servicio**

Un servicio de calidad debe cumplir con ciertos atributos relacionados con la expectativa que el usuario tiene sobre el servicio que necesita. Como mínimo, el servicio debe ser:

- Respetuoso: Los usuarios se deben ser reconocidos y valorados sin que se desconozcan nuestras diferencias.
- Amables: ser cortés y sincero con él usuario.

- **Confiable:** dirigirse al usuario de una manera prevista en las normas y con resultados certeros.
- **Empático:** se debe percibir lo que el usuario necesita, siente y ponerse en su lugar.
- **Incluyente:** Brindar calidad para todos los usuarios sin distinciones, ni discriminaciones.
- **Oportuno:** Dar una solución en el momento adecuado, cumpliendo los términos establecidos en las normas o acordados con el afiliado o usuario.
- **Efectivo:** Resolver lo solicitado por el usuario.

El buen servicio va más allá de la simple respuesta a la solicitud del usuario: se debe satisfacer a quien lo recibe; esto supone comprender las necesidades de los usuarios, lo que a su vez exige escucharlo e interpretar bien sus necesidades.

### **Actitud para la atención al cliente**

La actitud es la disposición de ánimo que debemos expresar a los usuarios mediante diferentes formas como la postura corporal, el tono de voz a los gestos. Ofrecer una actitud de servicio, entendida como su disposición de escuchar al otro, ponerse en su lugar y entender sus necesidades, y peticiones, ser consciente que cada persona tiene unas necesidades, que exigen un trato personalizado.

## **6. ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL**

De acuerdo con la circular 008 del 2020, “El enfoque diferencial reconoce que las personas y colectivos además de ser titulares de derechos tienen particularidades y necesidades específicas que requieren respuestas diferenciales por parte de las Instituciones, el estado y la sociedad en general para alcanzar mejores niveles de bienestar”; por lo anterior, se hace necesario desarrollar protocolos de atención a la ciudadanía con enfoque diferencial. Para efectos de este protocolo.

### **6.1 Atención para víctimas**

En concordancia con la Ley 1448 de 2011, se considera víctima a la persona que ha sufrido un daño o perjuicio por acción u omisión, sea por culpa de una persona o por fuerza mayor. De otra parte, en el marco de justicia, víctima se refiere a aquella persona que ha sufrido un daño real, concreto y específico, que la legítima en un proceso judicial con el objeto de obtener justicia, verdad y reparación. Cabe aclarar, que en Distrito Capital la atención especializada para las personas víctimas, se desarrolla de manera integral en los Centros Dignificar de la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación. Por lo tanto, tenga en cuenta las siguientes pautas básicas, en caso de que requiera brindar orientación preliminar a una víctima en un Punto de atención:

- Aplicar el protocolo básico de atención presencial.

- Escuchar atentamente, sin mostrar ningún tipo de prevención hacia el usuario que solicita el servicio.
- Reconocer al usuario que solicita el servicio, como un sujeto de derechos, como funcionario somos el puente que facilita que el usuario se desahogue, escucharlo atentamente, no interrumpirlo ni entablar una discusión con él.
- Evitar calificar el estado de ánimo, y no pedirle que se calme.
- Si se repite una situación con otro usuario, informar al jefe inmediato para dar una solución de fondo.
- No perder el control; conservar la calma es probable que el usuario también se calme.
- Mantener un tono de voz: muchas veces no cuenta tanto lo que se dice, sino como se dice.
- Usar frases como “lo comprendo”, “que pena”, “claro que sí”, que demuestran consciencias de la causa y el malestar del afiliado o usuario.
- Dar alternativas de solución, si es que las hay, y comprometerse solo con lo que se pueda cumplir.
- No hacer juicios de valor ni asumir situaciones por la manera de vestir o hablar de la persona.
- Cualquier tipo de atención a las víctimas, incluir elementos que eleven su dignidad y permitan mantener en equilibrio su estado emocional.
- Durante el proceso, se usa un lenguaje que no genere falsas expectativas, ni juicios de valor, utilizar un lenguaje específico, claro y sencillo.
- Garantizar a la víctima la confidencialidad de la información suministrada.

## 6.2 Atención de los sectores LGBTI

El Acuerdo 371 de 2009 dispone el seguimiento y vigilancia de las normas que regulan el comportamiento de los servidores y servidoras con respecto a la no discriminación y la garantía de los derechos de las personas de los sectores LGBTI.

La sigla LGBTI agrupa las palabras lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales, y juntas refieren la articulación de una variedad de organizaciones que trabajan por los derechos relacionados con la orientación sexual y la identidad de género. Sector LGBTI es un término descriptivo de carácter amplio para las personas que viven sexualidades diferentes a la heterosexual o que experimentan identidades de género. A continuación, se detalla el protocolo de Servicio para Atención de la comunidad de LGBTI:

- Aplicar el protocolo básico de atención presencial, se pregunta el nombre al usuario que solicita atención. El nombre por el cual desee ser llamado es el que debe guiar la atención. En la atención telefónica no se guía por el timbre de la voz, tampoco lo haga en la atención presencial por la cédula.

- Dirigirse con gestos, actitudes que no denoten prevención hacia los usuarios por su forma de vestir, sus movimientos, forma de hablar, o por relacionarse afectivamente con otras personas del mismo sexo.
- No usar expresiones como “LGBT”, “LGBTI”, “comunidad”, “colectivo”, “gremio”, “ustedes”, salvo que él usuario lo solicite así. Los usuarios de los sectores sociales LGBT no son un ente unificado y tienen intereses disímiles, por lo cual se indaga de manera amable y a profundidad sobre el asunto particular de esta política.

### **6.3 Atención a etnias.**

El enfoque diferencial étnico destaca las necesidades diferenciales de atención y de protección que se deben tener en cuenta en los servicios brindados a los pueblos indígenas, Raizal, Rom, Palenqueros y Afrodescendientes. En particular se hace una lectura de las realidades específicas de las poblaciones o individuos de estos grupos con el fin de hacer visibles sus particularidades expresadas en la visión del mundo, la cultura, el origen, raza e identidad étnica. Con la voluntad de transformar situaciones de discriminación y vulneración de derechos, se propone tener en cuenta algunas consideraciones en la atención.

- Aplicar el protocolo básico de atención presencial.
- Identificar si él usuario puede comunicarse en español o si necesita un intérprete, si la entidad cuenta con ello, solicite apoyo.
- Si ninguna de las alternativas es posible, debe pedirle al usuario que explique con señas la solicitud. Puede ser dispendioso lo que pondrá a prueba su voluntad de servicio y paciencia. Solicitar los documentos por medio de señas, de modo que al revisarlos pueda comprender cuál es la solicitud o trámite que requiere.

## **ATENCIÓN PREFERENCIAL**

La Fundación IPS UAM, brinda atención a los usuarios en situaciones particulares, como adultos mayores, mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes, población en situación de vulnerabilidad, grupos étnicos minoritarios, personas en condición de discapacidad y personas de talla baja. Las personas mencionadas anteriormente, tendrán prelación.

Los usuarios en condición de discapacidad son tratados de la misma manera como cualquier otro. Desde una visión clínica, las personas en condición de discapacidad auditiva no son mudas, dado que producen sonidos.

Las personas en condición de discapacidad auditiva si hablan, pero en una lengua diferente. La lengua oficial para nuestro país es la Lengua de Señas Colombiana, reconocida por medio de la Ley 324 de 1996.

Para las personas en condición de discapacidad sordo ceguera es natural el contacto

físico durante la interacción.

La información de tipo visual facilita la comprensión de la información y es de gran ayuda y relevancia para todos los ciudadanos, especialmente para aquellos en condición de discapacidad intelectual y auditiva.

Las personas en condición de discapacidad auditiva no siempre comprenden el español escrito y quienes sí lo hacen, ésta es su segunda lengua.

Los usuarios en condición de discapacidad visual no siempre manejan la información a través de Sistema Braille, por lo tanto, es importante contar con información auditiva.

Centrarse en la atención en las capacidades de las personas y no en su condición de discapacidad.

### **Para Personas con Discapacidad Visual.**

Para la atención a las personas con discapacidad visual se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se presta total atención al usuario, dirigirse de manera clara y pausada.
- No se utiliza gestos o expresiones identificadas o aproximativas. Por ejemplo: términos como “allí, o señalar algún lugar con la mano.
- No eleve la voz, ni piense que debe hablar continuamente. La conversación ha de fluir normalmente.
- Al leerle un documento se debe realizar despacio, con la correspondiente pausas y claridad.
- No dejar objetos que puedan ser un obstáculo en las zonas de acceso: Silla, cajones, cajas entre otros.

### **Para Personas con Discapacidad Auditiva.**

Para la atención a las personas con discapacidad auditiva se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Dirigirse al usuario sin gritar. Algunas personas sordas le comprenderán leyendo sus labios, pero no ocurre siempre, hay que vocalizar correctamente, pero sin exagerar. No significa hacer muecas y exagerar la vocalización.
- Mantener la zona de la boca limpia de obstáculos, apartar de ella cualquier objeto como bolígrafo, mano, chicle, caramelo, que dificulte vocalización, la emisión de la voz y su visualización. Es importante tener la vista en los labios.
- Proyectar la información en la pantalla del computador para facilitar la entrega de la información.

### **Para Personas con Discapacidad Física**

Para la atención a las personas con discapacidad física se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones.

- Brindar una actitud de colaboración para facilitar todas aquellas actividades que la persona no pueda realizar por sí misma.
- Se le ayuda a transportar objetos si los usuarios lo permiten.

- No apoyarnos en la silla de ruedas si el usuario la utiliza, estar ubicada a la altura de sus ojos, en la medida de lo posible, y sin posturas forzadas.
- Revisar que los usuarios que usan muletas o sillas de ruedas las dejen al alcance de la mano.

### **Para personas con discapacidad Sensorial.**

Se enmarca en la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos. Por lo tanto, al momento de atender un usuario, se debe tener en cuenta:

- Atender las indicaciones del acompañante, sobre cuál es el método que la persona prefiere para comunicarse.
- Al realizar contacto, ubicarse en su campo de visión.
- Es preciso informar al usuario que se le va a dirigir tocándolo suavemente ya sea en el hombro o brazo.
- Hablarle a una distancia corta, sin exagerar el tono de voz, para captar su atención.
- Si el usuario no está acompañado de un guía, se debe mencionar que se le va a asistir durante el trayecto, aproximándose a ella y tocando su brazo permitiendo que se sujete de usted.
- Si la persona usa audífono, dirigirse a ella vocalizando correctamente.

### **Para Personas con Discapacidad Cognitiva.**

Está relacionada con la disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo, para atender al usuario con dicha discapacidad, tenga en cuenta:

- Escucharlo con paciencia y suministrar la información requerida, puede que el usuario con discapacidad intelectual se demore más en entender los conceptos. La mejor forma de ayudar es siendo amable y utilizando un lenguaje concreto.
- Ser paciente y comprender que los tiempos de los usuarios con discapacidad intelectual son distintos y pueden llevar más tiempo a lo normal.
- Dirigirse al usuario de una manera sencilla y naturalmente. Utilizando un lenguaje claro, con mensajes concretos y cortos.
- Durante todo el proceso de orientación o acceso al servicio, validar que el usuario comprendió la información suministrada.
- Tener en cuenta las opiniones y sentimientos expresados por el usuario, sin entrar en discusiones que puedan generar irritabilidad o malestar en el interlocutor.

### **Para Personas de talla baja**

Se define como el trastorno del crecimiento de tipo hormonal o genético, caracterizado por una talla inferior a la medida de los individuos de la misma especie y raza, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Dirigir al usuario a la ventana especial para la atención de talla baja, adaptando la situación y ubicación para su atención.
- Caminar junto al usuario, disminuyendo el paso, ya que la longitud del paso de estas personas es inferior.
- Recuerde tratar al usuario según su edad cronológica, puede ser común tratar a las personas de talla baja como niños, lo cual no es correcto.
- Verificar que, durante el proceso de atención, los elementos necesarios estén al alcance de la mano del usuario que accede al servicio.
- Facilitar al usuario de baja estatura los equipos que se requieren para la atención que estén a su altura.

### **Personas con Discapacidad Mental:**

Las personas con discapacidad mental presentan una alteración bioquímica que afecta su forma de pensar, sus sentimientos, su humor, su habilidad de relacionarse con otros y su comportamiento. Ejemplos de este tipo de discapacidad son: los Trastornos Depresivos, los Trastornos Bipolares, los Trastornos de Ansiedad (de angustia, obsesivo/compulsivo, por estrés postraumático y otros) y los Trastornos de Personalidad, entre otros. Con las personas con discapacidad mental o psíquica:

- Ser muy respetuoso y evidente al momento de dirigirse al usuario, sobre todo si se trata de una persona que se encuentra en proceso de rehabilitación y que se mantiene compensada con sus medicamentos.
- Estar atento al comportamiento del usuario cuando se vaya a dirigir ya que puede alterarse o ser violentas. Si llegara a suceder, controlar la calma y manejar el tono de voz, evaluamos la situación.
- Evitamos discusiones. Buscamos soluciones concretas y reales a la situación que se plantea, no dilatamos la situación.
- hacerles notar al usuario que lo entendemos y nos ponemos en su lugar.
- No hablamos de su limitación con calificaciones ni juicios.

## **MODELO DE ATENCION**

### **SERVICIOS OFERTADOS AREA DE TERAPIAS DE APOYO**

- Fisioterapia
- Fonoaudiología.
- Terapia Ocupacional.

La asignación de citas por cada profesional es de 30 minutos para valoración y sesiones de terapia, con promesa de oportunidad del servicio por primera vez de máximo 5 días.

### **SERVICIOS OFERTADOS AREA DE CLINICAS ODONTOLÓGICAS**

- Higiene Oral (Protección específica en atención preventiva en salud bucal)
- Odontología General.
- Cirugía Oral
- Endodoncia.
- Periodoncia.
- Odontopediatría.
- Rehabilitación Oral.
- Ortodoncia.
- Toma e interpretación de RX Odontológicas

Prestación de servicios mediante modelo docencia servicio de forma exclusiva para atención de pacientes particulares, asignación de citas por cada equipo de docente y estudiante es de 1 hora como mínimo para valoración, con promesa de oportunidad del servicio por primera vez de máximo 3 días en odontología general y 5 en especializada.

### SERVICIOS OFERTADOS AREA DE SERVICIOS MEDICO

- Medicina general
- Psicología

Prestación de servicios para talento humano y estudiantes de la UAM en modelo de bienestar universitario.

### OFERTA DE SERVICIOS: HORARIOS DE ATENCION

Se realiza actualización en la plataforma del Ministerio REPS con relación a la oferta real de prestación de servicios de acuerdo con la programación dada por la academia en sus prácticas docencia servicio

**TABLA N°3:** Detalle de la oferta de servicios por tiempos de atención y horarios declarados.

SERVICIO	TIEMPO DE POR PACIENTE Y CAPACIDAD DE ATENCION EN SIMULTANEO	OFERTA EN HORARIOS DE ATENCION	TOTAL, DE HORAS OFERTADAS X SERVICIOX PROFESIONALX MES
<u>311 -ENDODONCIA</u>	60 MIN X PACIENTE 3 PACIENTE	Martes de 7am a 10 am Miércoles de 7 am a 10 am Miércoles de 11am a 2 pm	36 HORAS MES
<u>313 -CIRUGIA Y ESTOMATOLOGÍA</u>	60 MIN X PACIENTE 3 PACIENTE	Lunes de 7am a 10am Martes de 11am a 2 pm Martes de 3pm a 6pm Miércoles de 7am a 10am Jueves de 11am a 2pm Jueves de 3 pm a 6 pm Viernes de 3pm a 6pm	84 HORAS MES

**INFORME DE GESTIÓN  
2025**

<b>SERVICIO</b>	<b>TIEMPO DE POR PACIENTE Y CAPACIDAD DE ATENCION EN SIMULTANEO</b>	<b>OFERTA EN HORARIOS DE ATENCION</b>	<b>TOTAL, DE HORAS OFERTADAS X SERVICIO X PROFESIONAL X MES</b>
<u>328 -MEDICINA GENERAL</u>	30 MIN X PACIENTE 1 PACIENTE	Lunes de 8am a 12m Martes de 8 a 12 y de 2 a 6pm Miércoles de 8 a 10am Jueves de 10 a 12m Viernes de 8 a 12 y de 2 a 6pm	96 HORAS MES
<u>334 -ODONTOLOGÍA GENERAL</u>	60 MIN X PACIENTE 7 PACIENTE	Lunes de 7am a 3pm Martes de 11am a 6pm Miércoles de 7am a 6pm Jueves de 7am a 6pm Viernes de 7am a 6pm	192 HORAS MES
<u>338 -ORTODONCIA</u>	60 MIN X PACIENTE 6 PACIENTE	Lunes de 11am a 2pm Martes de 11am a 2pm Miércoles de 7am a 10am Viernes de 7am a 10am	48 HORAS MES
<u>343 -PERIODONCIA</u>	60 MIN X PACIENTE 3 PACIENTE	Martes de 7am a 10am Jueves de 7am a 10am Viernes de 7am a 10am	36 HORAS MES
<u>344 -PSICOLOGÍA</u>	30 MIN X PACIENTE 2 PACIENTES	Lunes de 8am a 12m Martes de 8 a 12 y de 2 a 6pm Miércoles de 8 a 10am Jueves de 10 a 12m y de 2 a 6pm Viernes de 8 a 12 y de 2 a 6pm	112 HORAS MES
<u>347 -REHABILITACIÓN ORAL</u>	60 MIN X PACIENTE 3 PACIENTE	Miércoles de 7am a 10am Jueves de 7am a 10am Viernes de 7am a 10am	36 HORAS MES
<u>396 - ODONTOPEDIATRÍA</u>	60 MIN X PACIENTE 7 PACIENTE	Lunes de 7am a 10am Miércoles de 11am a 2pm Miércoles de 3 pm a 6 pm Jueves de 7am a 10am Jueves de 11 am a 2 pm Jueves de 3 pm a 6 pm Viernes de 3pm a 6 pm	84 HORAS MES
<u>728 -TERAPIA OCUPACIONAL</u>	30 MIN X PACIENTE 2 PACIENTES	LUNES A VIERNES DE 7am A 5+30pm	220 HORAS MES
<u>739 -FISIOTERAPIA</u>	30 MIN X PACIENTE X 3 PACIENTES 60 EN DOCENCIA SERVICIO X 6	LUNES A VIERNES DE 7am A 5+30pm	220 HORAS MES
<u>740 - FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE</u>	30 MIN X PACIENTE 2 PACIENTES	LUNES A VIERNES DE 7am A 5+30pm	220 HORAS MES
<u>748 -RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA</u>	15 MINUTOS X PACIENTE	LUNES A VIERNES DE 7am A 12m Y DE 2pm A 6pm	160 HORAS MES

Tabla N°4: detalle de la oportunidad esperada en la oferta de atención

SERVICIO	OPORTUNIDAD
<u>311 -ENDODONCIA</u>	5 días
<u>313 -ESTOMATOLOGÍA</u>	5 días
<u>328 -MEDICINA GENERAL</u>	3 días
<u>334 -ODONTOLOGÍA GENERAL</u>	3 días
<u>338 -ORTODONCIA</u>	5 días
<u>343 -PERIODONCIA</u>	5 días
<u>344 -PSICOLOGÍA</u>	5 días
<u>347 -REHABILITACIÓN ORAL</u>	5 días
<u>396 -ODONTOPEDIATRÍA</u>	5 días
<u>410 -CIRUGÍA ORAL</u>	5 días
<u>728 -TERAPIA OCUPACIONAL</u>	5 días
<u>739 -FISIOTERAPIA</u>	5 días
<u>740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE</u>	10 días
<u>748 -RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA</u>	3 días

TABLA N°5: DETALLE DE CAPACIDAD INSTALADA DE TALENTO HUMANO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS OFERTADOS

SERVICIO	CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO IPS	CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO CONVENIO DOCENCIA SERVICIO
<b>Clínicas Odontológicas</b>	Vigilancia interna 2 Aseo 5 Archivo 0 Recepción 2 Laboratorio 1 Radiología 1 (desde el 08/08/2025 se quitó auxiliar) Almacén de materiales 3 Esterilización 6 Auxiliar administrativa 1	<b>Relación Docencia Servicio año 2024</b>  <b>I semestre</b> pregrado:134 estudiantes+4 movilidad= 138 -21 docentes Posgrado:44 estudiantes 25 docentes  <b>II semestre</b> Pregrado:40 estudiantes 15 docentes <b>III semestre</b> <b>Pregrado:</b> 112 estudiantes+4 movilidad=138 21 docentes <b>Posgrado:</b> 37 estudiantes 24 docentes

INFORME DE GESTIÓN  
2025

SERVICIO	CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO IPS	CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO CONVENIO DOCENCIA SERVICIO
		<p><b>Relación Docencia Servicio año 2025</b></p> <p><b>I semestre</b>  <b>pregrado:</b> 92 estudiantes+1 movilidad= 93            23 docentes  <b>Posgrado:</b> 41 estudiantes            24 docentes</p> <p><b>II semestre</b>  <b>Pregrado:</b> 36 estudiantes            11 docentes</p> <p><b>III semestre</b>  <b>Pregrado:</b> 101 estudiantes+ 3 movilidad=104  <b>Posgrado:</b> 35 estudiantes            23 docentes</p> <p>“son estudiantes únicos, los cuales pueden estar en varias prácticas en el semestre”</p>
<b>Terapias de Apoyo</b>	Fisioterapeutas 4 Fonoaudiólogo 1 Terapeuta ocupacional 1 Auxiliares recepción 2 Aseo 1	<p><b>Relación Docencia Servicio año 2024</b></p> <p><b>I semestre</b>  pregrado:134 estudiantes+4 movilidad= 138 -21 docentes  Posgrado:44 estudiantes  25 docentes</p> <p><b>II semestre</b>  Pregrado:40 estudiantes  15 docentes</p> <p><b>III semestre</b>  <b>Pregrado:</b> 112 estudiantes+4 movilidad=138            21 docentes  <b>Posgrado:</b> 37 estudiantes            24 docentes</p> <p><b>Relación Docencia Servicio año 2025</b></p> <p><b>I semestre</b></p>

SERVICIO	CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO IPS	CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO CONVENIO DOCENCIA SERVICIO
		<p><b>pregrado:</b> 92 estudiantes+1 movilidad= 93 23 docentes <b>Posgrado:</b> 41 estudiantes 24 docentes</p> <p><b>II semestre</b> <b>Pregrado:</b> 36 estudiantes 11 docentes</p> <p><b>III semestre</b> <b>Pregrado:</b> 101 estudiantes+ 3 movilidad=104 <b>Posgrado:</b> 35 estudiantes 23 docentes</p> <p>“son estudiantes únicos, los cuales pueden estar en varias prácticas en el semestre”</p>
<b>Servicios Médicos</b>	<p>Medico 1 Psicólogos 2 Auxiliares recepción 1</p>	
<b>Gestión administrativa</b>	<p>Auxiliar administrativo y facturación 1 Analista de Calidad 1 Coordinador docencia servicio 1 Coordinación administrativa 1 Auditor líder de calidad 1 Gerencia 1</p>	

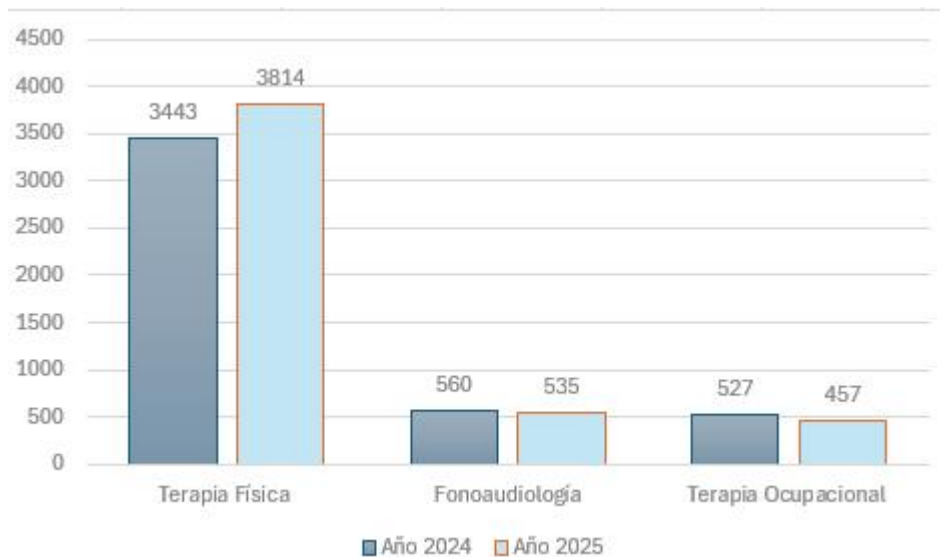
### DESARROLLO INFORME DE GESTION SERVICIOS DE TERAPIAS DE APOYO

Para el año 2025, La Fundación IPS UAM contó con la oferta de servicios en terapia física, ocupacional y fonoaudiología, los cuales se prestaron de forma mixta con los profesionales de vinculación directa por la IPS y en docencia servicio en el programa de Fisioterapia. Nuestro principal cliente es la EAPB entidad promotora de salud Sanitas S.A.S, con la cual tenemos contratación de servicios para su población afiliada.

**Tabla N°: 6** Distribución de pacientes atendidos en terapias de apoyo por servicios.

Servicio	Año 2024	Año 2025
Terapia Física	3443	3814
Fonoaudiología	560	535
Terapia Ocupacional	527	457
<b>Total</b>	<b>4530</b>	<b>4806</b>

**Gráfico N°4:** Distribución de pacientes atendidos en terapias de apoyo por servicios.



Entre los años 2024 y 2025 el total de pacientes atendidos aumentó 6,09%, impulsado principalmente por el servicio de Terapia Física. Los demás servicios presentaron variaciones moderadas, manteniendo un comportamiento estable.

#### **CONSULTAS EJECUTADAS EN LOS SERVICIOS DE TERAPIA:**

Para el año 2025 se atendieron en total 45.154 consultas, sumando todos los servicios, con mayor participación terapia física.

**Tabla N°: 7** Distribución de consultas ejecutadas en servicios de terapias de apoyo en los años 2024 y 2025

Consultas realizadas	Año 2024	Año 2025
Terapia Fisica	34741	36455
Fonoaudiologia	5394	4578
Terapia Ocupacional	4895	4121
<b>Total</b>	<b>45030</b>	<b>45154</b>

**Tabla N°8:** Distribución de consultas ejecutadas en fisioterapia por IPS y por convenio docencia en los años 2024 y 2025.

Consultas Fisioterapia	Año 2024	Año 2025
Consultas realizadas Profesionales IPS	27999	30348
Consultas realizadas docencia servicio	6742	6107
% participacion Docencia -Servicio	19%	17%
<b>Total</b>	<b>34741</b>	<b>36455</b>

**Tabla N°9:** Distribución de tipo de consultas realizadas en los servicios de terapias de apoyo en el año 2025

Cliente	Cantidad
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - PGP	44775
EMPLEADOS UAM	206
ESTUDIANTES U.A.M.	6
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EVENTO	0
FAMILIARES EMPLEADOS UAM	117
PARTICULARES	50
<b>Total general</b>	<b>45154</b>

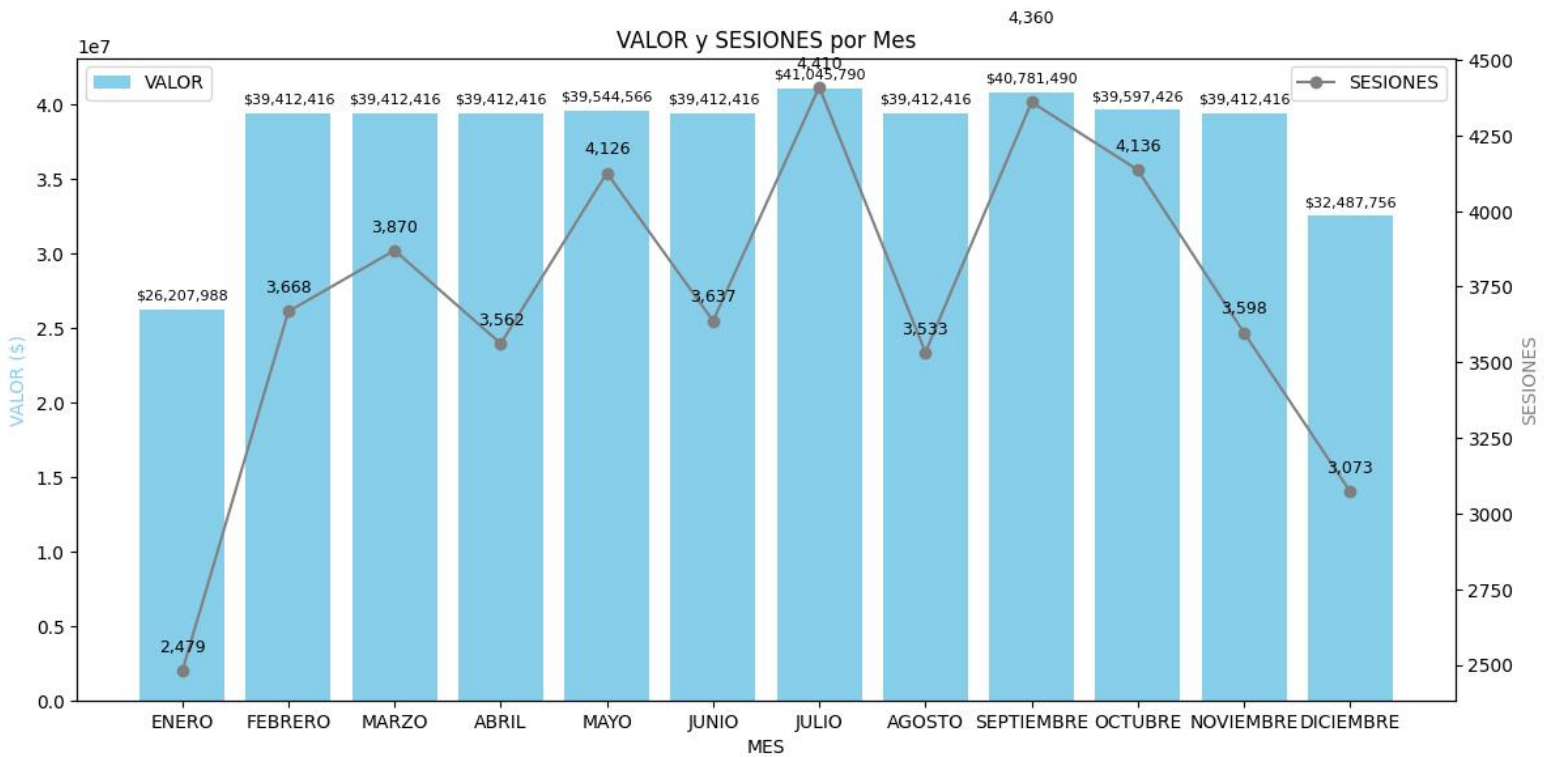
#### INFORMACIÓN DE FACTURACION TERAPIAS DE APOYO:

A continuación, se relaciona el detalle de la facturación mensual en el año 2025

Tabla N° 10: Distribución de sesiones y valor facturado en Terapias de Apoyo.

MES	VALOR	SESIONES
ENERO	\$ 26.207.988	2479
FEBRERO	\$ 39.412.416	3668
MARZO	\$ 39.412.416	3870
ABRIL	\$ 39.412.416	3562
MAYO	\$ 39.544.566	4126
JUNIO	\$ 39.412.416	3637
JULIO	\$ 41.045.790	4410
AGOSTO	\$ 39.412.416	3533
SEPTIEMBRE	\$ 40.781.490	4360
OCTUBRE	\$ 39.597.426	4136
NOVIEMBRE	\$ 39.412.416	3598
DICIEMBRE	\$ 32.487.756	3073

Grafico N°5: Distribucion de valor facturado y cantidad de sesiones



En general, el comportamiento fue estable durante el año 2025, con valores que se mantuvieron alrededor de los 39 millones. Las sesiones aumentaron progresivamente hasta mitad de año, alcanzando su punto más alto en julio, que además coincidió con el mayor valor de ingresos generado.

### DESARROLLO INFORME DE GESTION SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA

El siguiente cuadro se presenta el comportamiento de pacientes atendidos por servicio durante los periodos 2024 y 2025, con el propósito de analizar la evolución institucional, identificar tendencias de crecimiento y detectar oportunidades de mejora tanto en el ámbito académico como administrativo.

De manera general, la institución registró un crecimiento global del 4,9%, pasando de 3.139 pacientes en 2024 a 3.292 en 2025. Este resultado evidenció estabilidad operativa y fortalecimiento en áreas estratégicas, particularmente en la Práctica Institucional Integrada, Ortodoncia POSGRADO y algunos niveles de Clínicas Integrales.

Así mismo, el análisis permite identificar redistribuciones internas en el área de Clínicas Integrales de Adultos y una disminución puntual en Endodoncia POSGRADO, situaciones que deberán ser evaluadas para la toma de decisiones orientadas a la mejora continua.

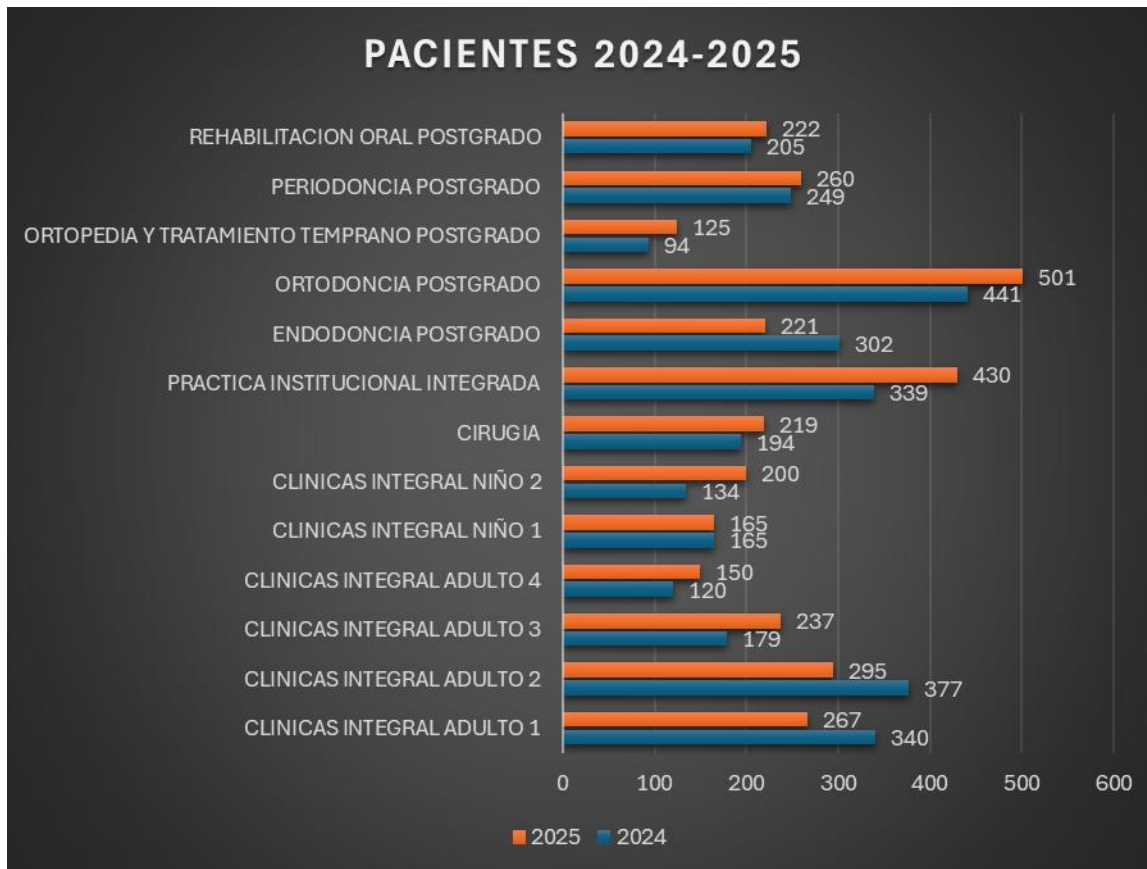
La información presentada constituye una base objetiva para la planeación académica, la optimización de recursos y la proyección institucional del próximo periodo.

**Tabla N°. 11:** Distribución de pacientes atendidos en clínicas odontológicas por servicios en los años 2024 y 2025

PACIENTES PERIODO 2024-2025		
SERVICIO	PACIENTES	
	2024	2025
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	340	267
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	377	295
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	179	237
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	120	150
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 1	165	165
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 2	134	200
CIRUGIA	194	219
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	339	430
ENDODONCIA POSGRADO	302	221
ORTODONCIA POSGRADO	441	501
ORTOPEDIA Y TRATAMIENTO TEMPRANO POSGRADO	94	125
PERIODONCIA POSGRADO	249	260
REHABILITACION ORAL POSGRADO	205	222
<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>3139</b>	<b>3292</b>

**GRAFICA N° 6: Comparativo de producción de servicios años 2024 y 2025 clínicas odontológicas.**

El análisis permite identificar redistribuciones internas en el área de Clínicas Integrales de Adulto y una disminución puntual en Endodoncia POSGRADO, situaciones que deberán ser evaluadas para la toma de decisiones orientadas a la mejora continua. La información presentada constituye una base objetiva para la planeación académica, la optimización de recursos y la proyección institucional del próximo periodo.



## CONSULTAS SERVICIOS DE ODONTOLOGIA

En el año 2025 se registraron **11.699 consultas**, una ligera disminución del 3 % respecto al año 2024 (12.058 consultas). La reducción se concentra principalmente en las **Clínicas Integrales Adulto 1 y 2** y en **Endodoncia Posgrado**, mientras que otros servicios muestran crecimiento.

Entre los aumentos destacan:

- **Rehabilitación Oral Posgrado** (+17,8 %)
- **Ortopedia y Tratamiento Temprano** (+34,3 %)
- **Clínica Integral Niño 2** (+30,5 %)
- **Práctica Institucional Integrada** (+25 %)

**Tabla N°. 12:** Consultas Odontología periodos años 2024 y 2025

CONSULTAS PERIODO 2024-2025		
SERVICIO	CONSULTAS	
	2024	2025
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	1451	1204
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	1638	1155
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	1151	1198
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	965	1046
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 1	423	351
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 2	351	458
CIRUGIA	514	523
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	388	485
ENDODONCIA POSGRADO	653	454
ORTODONCIA POSGRADO	2163	2225
ORTOPEDIA Y TRATAMIENTO TEMPRANO POSGRADO	271	364
PERIODONCIA POSGRADO	849	774
REHABILITACION ORAL POSGRADO	1241	1462
<b>TOTAL DE CONSULTAS</b>	<b>12058</b>	<b>11699</b>

Este comportamiento indica una **redistribución de la demanda hacia servicios más especializados**, las áreas con descenso de consultas es **Adulto 1, Adulto 2 y Endodoncia**

Gráfico N° 7: Consultas odontología años 2024 y 2025



**DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES Y DOCENTES EN LAS PRACTICAS CLINICAS ODONTOLOGICAS DE LA IPS EN LOS AÑOS 2024 Y 2025**

**Tabla N° 13:** Distribución de la participación de estudiantes en las clínicas ofertadas en la IPS en los años de 2024 a 2025

PROGRAMA DE ODONTOLOGIA	2024-1	2024-INTER	2024-3	TOTAL 2024	2025-1	2025-INTER	2025-3	TOTAL 2025	% de variación COMPARATIVO 2024/2025
	ESTUDIANTES				ESTUDIANTES				
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	41	7	40	88	26	6	31	63	40%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	35	11	30	76	25	2	26	53	30.2%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	24	10	26	60	23	8	22	53	11.6%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	19	15	25	59	17	9	20	46	22%
CLINICAS INTEGRAL NIÑOS	49	8	45	102	46	9	40	95	6.8%
CIRUGIA	43	5	39	87	39	4	39	82	5.7%
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	17	4	25	46	21	2	20	43	6.5%
ORTODONCIA POSGRADO	17	0	11	28	11	0	12	23	17.8%
PERIODONCIA POSGRADO	9	0	9	18	9	0	7	16	11%
REHABILITACION ORAL POSGRADO	15	0	11	26	15	0	11	26	0%
ENDODONCIA POSGRADO	8	0	6	14	6	0	3	9	35.7%
	277	60	267	604	238	40	231	509	15.7%

Fuente: archivo de asignación de unidades y plan de practica convenio docencia servicio

En el año 2024 se obtuvo un total de 604 estudiantes y en el año 2025 un total de 509 estudiantes, obteniendo una reducción porcentual del 15.7%, evidenciando una disminución general de la población estudiantil. Las mayores reducciones se presentan

en clínica integral I, II y especialización de Endodoncia.

**Tabla N°. 14:** Relación de los docentes que participan en la prestación de servicios de las clínicas odontológicas de años 2024 y 2025 ojo organizar tabla

RELACION DE CLINICA PRACTICA DE ODONTOLOGIA	2024-1	2024-INTER	2024-3	TOTAL 2024	2025-1	2025-INTER	2025-3	TOTAL 2025	PORCENTAJE COMPARATIVO CANTIDAD DE DOCENTES 2024-2025	RELACION DOCENTE-ESTUDIANT E SEGÚN ACUERDO DE PRACTICA	RELACION DOCENTE-ESTUDIANT E EJECUTAD O EN 2025
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	12	6	12	30	9	5	8	22	26.67%	1 7	1 3
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	13	6	13	32	9	3	9	21	34.3%	1 7	1 3
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	3	3	3	9	3	2	3	8	11.1%	1 7	1 7
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	3	4	3	10	4	3	4	11	10%	1 7	1 5
CLINICAS INTEGRAL NIÑOS	1	1	1	3	1	1	1	3	0%	1 6	1 6
CIRUGIA	2	2	3	7	2	1	2	5	28.5%	1 3	1 6
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	1	0	1	2	1	1	1	3	50%	1 2	1 3
ORTODONCIA POSGRADO	7	0	7	14	8	0	8	16	14.2%	1 6	1 6
PERIODONCIA POSGRADO	9	0	9	18	8	0	7	15	16.6%	1 4	1 3
REHABILITACION ORAL POSGRADO	6	0	6	12	6	0	7	13	8.9%	1 4	1 4
ENDODONCIA POSGRADO	4	0	4	8	2	0	1	3	25%	1 4	1 4
<b>TOTALES</b>	<b>61</b>	<b>22</b>	<b>62</b>	<b>145</b>	<b>53</b>	<b>16</b>	<b>51</b>	<b>120</b>	<b>17.2%</b>		

**Panorama general:**

- Total de docentes año 2024: 145
- Total de docentes año 2025: 120
- Variación absoluta: menos (-) 25 docentes
- Disminucion porcentual: 17.2%

Se observo una reducción del número de estudiantes en el año 2025, y una disminución del número de docentes, manteniendo en términos generales la relación docente- estudiante dentro de los parámetros establecidos. La clínica de Adultos I-II, presento la mayor reducción de docentes, coherentes con la disminución de estudiantes, para la especialización de Endodoncia se evidencio una reducción de docentes alineada con la disminución de estudiantes, las especialización de periodoncia mantuvo una relación favorable, incluso mejor que la exigida.

**SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES: RADIOLOGIA ODONTOLOGICA EN EL AÑO 2024-2025**

El Servicio de Radiología brindó atención mediante el equipo de radiología extraoral hasta el 8 de agosto. A partir de esa fecha, el equipo Panorex fue dado de baja, suspendiéndose la prestación de este servicio.

Actualmente, se mantiene operativo el servicio de radiología intraoral, contando con tres equipos periapicales destinados a la atención de los procedimientos del área de Endodoncia.

Esta reorganización ha permitido optimizar el uso de los recursos institucionales, prescindiendo del personal auxiliar previamente asignado de manera exclusiva a radiología extraoral, sin afectar la continuidad ni la operatividad de los servicios vigentes.

**Tabla N° 14:** Distribución de radiografías panorámicas registradas por clínica su relación porcentual con el número de pacientes atendidos en el 2024 y 2025

RADIOGRAFIAS PANORAMICAS						
SERVICIO	CANTIDAD DE RADIOGRAFIAS	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	RELACION PORCENTUAL DE LA TOMA DE IMAGENES	CANTIDAD DE RADIOGRAFIAS	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	RELACION PORCENTUAL DE LA TOMA DE IMAGENES
	2024			2025		
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	221	340	65%	59	267	22%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	207	377	55%	64	295	22%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	84	179	47%	35	237	15%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	24	120	20%	13	150	9%
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 1	119	165	72%	38	165	23%
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 2	90	134	67%	36	200	18%
CIRUGIA	55	194	28%	32	219	15%
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	296	339	87%	176	430	41%
ENDODONCIA POSGRADO	75	302	25%	21	221	10%
ORTODONCIA POSGRADO	681	441	154%	260	501	52%
ORTOPEDIA Y TRATAMIENTO TEMPRANO POSGRADO	8	94	9%	56	125	45%
PERIODONCIA POSGRADO	20	249	8%	18	260	7%
REHABILITACION ORAL POSGRADO	13	205	6%	29	222	13%
<b>TOTAL</b>	<b>1893</b>	<b>3139</b>		<b>837</b>	<b>3292</b>	

Fuente: Coordinación de radiología y sistema de información Oficlínic

Es importante tener en cuenta que, en el servicio de Ortodoncia, se realizaron 681 tomas durante el año 2024 y 260 en el año 2025. Los registros evidencian que estas corresponden tanto a pacientes nuevos como a pacientes antiguos que retomaron tratamientos iniciados en vigencias anteriores y que requerían radiografía panorámica para su finalización.

En la misma línea de análisis, a continuación, se presentan los datos correspondientes a las radiografías periapicales.

**Tabla No. 15:** Distribución de radiografías periapicales registradas por clínica y su relación porcentual con el número de pacientes atendidos en el 2024 y 2025

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES						
SERVICIO	CANTIDAD DE RADIOGRAFIAS	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	RELACION PORCENTUAL DE LA TOMA DE IMAGENES	CANTIDAD DE RADIOGRAFIAS	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	RELACION PORCENTUAL DE LA TOMA DE IMAGENES
	2024			2025		
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	119	340	35%	160	267	60%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	196	377	52%	57	295	19%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	41	179	23%	43	237	18%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	28	120	23%	29	150	19%
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 1	9	165	5%	1	165	1%
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 2	1	134	1%	1	200	1%
CIRUGIA	1	194	1%	2	219	1%
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	6	339	2%	0	430	0%
ENDODONCIA POSGRADO	247	302	82%	81	221	37%
ORTODONCIA POSGRADO		441	0%	7	501	1%
ORTOPEDIA Y TRATAMIENTO TEMPRANO POSGRADO	24	94	26%	8	125	6%
PERIODONCIA POSGRADO	22	249	9%	25	260	10%
REHABILITACION ORAL POSGRADO	87	205	42%	28	222	13%

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES						
SERVICIO	CANTIDAD DE RADIOGRAFIAS	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	RELACION PORCENTUAL DE LA TOMA DE IMAGENES	CANTIDAD DE RADIOGRAFIAS	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	RELACION PORCENTUAL DE LA TOMA DE IMAGENES
<b>TOTAL</b>	<b>781</b>	<b>3139</b>		<b>442</b>	<b>3292</b>	

Fuente: coordinación de radiología y sistema de información Oficlinic.

Las imágenes intraorales son de vital importancia en la valoración inicial, la toma de decisión clínica, el seguimiento del tratamiento ejecutado y el cierre o alta del caso, según los registros reportados se tomaron este tipo de imágenes al 82% en el periodo 2024 y al 37% en el periodo 2025% de los pacientes del posgrado de endodoncia. Situación que amerita análisis desde el prestador frente a la pertinencia y oportunidad del registro.

### GESTION DE AGENDA DE SERVICIO DE CLINICAS ODONTOLÓGICAS.

De acuerdo con la dinámica de la prestación del servicio, la disponibilidad de talento humano y la capacidad instalada para la oferta de las clínicas, se requiere de logística que garantice la oportunidad de los procesos administrativos de apoyo para la atención de los pacientes, para ello se ha orientado la necesidad de realizar los agendamientos y mesas de servicios con mínimo 24 horas de anticipación.

Sin embargo, en los seguimientos realizados se encontraron oportunidades de mejoramiento con relación a la adherencia de la política de agendamento institucional, como se detalla a continuación:

**Tabla N°. 16:** Distribución de pacientes atendidos en el periodo 2024 y 2025 relacionado con el agendamento

PACIENTES SIN CITA PREVIA						
SERVICIO	2024			2025		
	CONSULTAS	CANTIDAD DE AGENDAMIENTO SIN CITA	PORCENTAJE	CONSULTAS	CANTIDAD DE AGENDAMIENTO SIN CITA	PORCENTAJE
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	1451	194	13%	1204	81	7%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	1638	192	12%	1155	73	6%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	1151	144	13%	1198	80	7%
CLINICAS INTEGRAL	965	112	12%	1046	77	7%

PACIENTES SIN CITA PREVIA						
SERVICIO	2024			2025		
	CONSULTAS	CANTIDAD DE AGENDAMIENTO SIN CITA	PORCENTAJE	CONSULTAS	CANTIDAD DE AGENDAMIENTO SIN CITA	PORCENTAJE
ADULTO 4						
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 1	423	34	8%	351	17	5%
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 2	351	92	26%	458	37	8%
CIRUGIA	514	139	27%	523	30	6%
ENDODONCIA POSGRADO	388	77	20%	454	38	8%
ORTODONCIA POSGRADO	653	268	41%	2225	69	3%
ORTOPEDIA Y TRATAMIENTO TEMPRANO POSGRADO	2163	2	0%	364	15	4%
PERIODONCIA POSGRADO	271	62	23%	774	46	6%
REHABILITACION ORAL POSGRADO	849	162	19%	1462	93	6%
<b>TOTAL</b>	<b>1241</b>	<b>1478</b>		<b>11214</b>	<b>656</b>	<b>74%</b>

Como se describe anteriormente el agendamiento previo es fundamental para la gestión operativa de servicios, sin embargó el servicio con la menor adherencia al proceso fue el servicio de Ortodoncia con el 41% de las consultas realizadas en el año 2024, seguido de Rehabilitación Oral con el 6% de las consultas realizadas en el año 2025, Es importante resaltar que este proceso ha tenido una disminución significativa y la adherencia a él ha sido muy positiva.

Si bien se presentan casos excepcionales que requieren atención el mismo día del ingreso, es fundamental mantener la adherencia lograda durante 2025. El incumplimiento de los procesos establecidos impacta negativamente en la fluidez del apoyo logístico, específicamente en los tiempos de preparación de solicitudes en la Central de Materiales y Esterilización, así como en la verificación obligatoria de los consentimientos informados.

### GESTION DE MESAS DE SERVICIO REALIZADAS A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

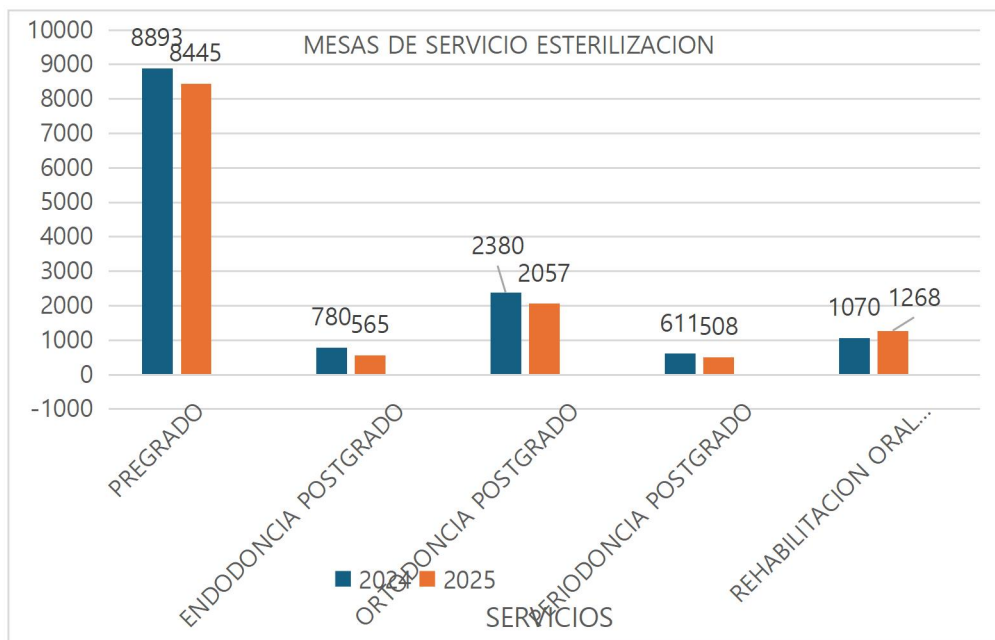
La central de esterilización de la IPS tiene bajo su responsabilidad la gestión de bioseguridad, custodia e identificación segura de los instrumentales de los estudiantes,

actividad que hace la diferencia entre todos los prestadores de servicios odontológicos de la ciudad al ser prestado exclusivamente por el modelo docencia servicio. Dentro de la gestión se cuenta con la solicitud de lo necesario para la realización de los procedimientos mediante mesas de servicios. Para el año 2024 se gestionaron un total de 13.734 mesas de servicio y 12.843 en el año 2025, siendo el servicio de pregrado con la mayor solicitud ya que está relacionado a la cantidad de estudiantes. Es importante tener en cuenta que se presentó un promedio de disminución del 9% en las solicitudes proporcional a la disminución de consultas.

**Tabla N°17:** Distribución de mesas de servicio central de esterilización año 2024 y 2025 por programa solicitante **hacer análisis de la disminución**

MESAS DE SERVICIO CENTRAL DE ESTERILIZACION			
SERVICIO	2024	2025	PORCENTAJE DE DISMINUCION
PREGRADO	8893	8445	-5%
ENDODONCIA POSGRADO	780	565	-28%
ORTODONCIA POSGRADO	2380	2057	-14%
PERIODONCIA POSGRADO	611	508	-17%
REHABILITACION ORAL POSGRADO	1070	1268	19%
<b>TOTAL</b>	<b>13734</b>	<b>12843</b>	

**Gráfico N°8:** Mesas de servicio esterilización

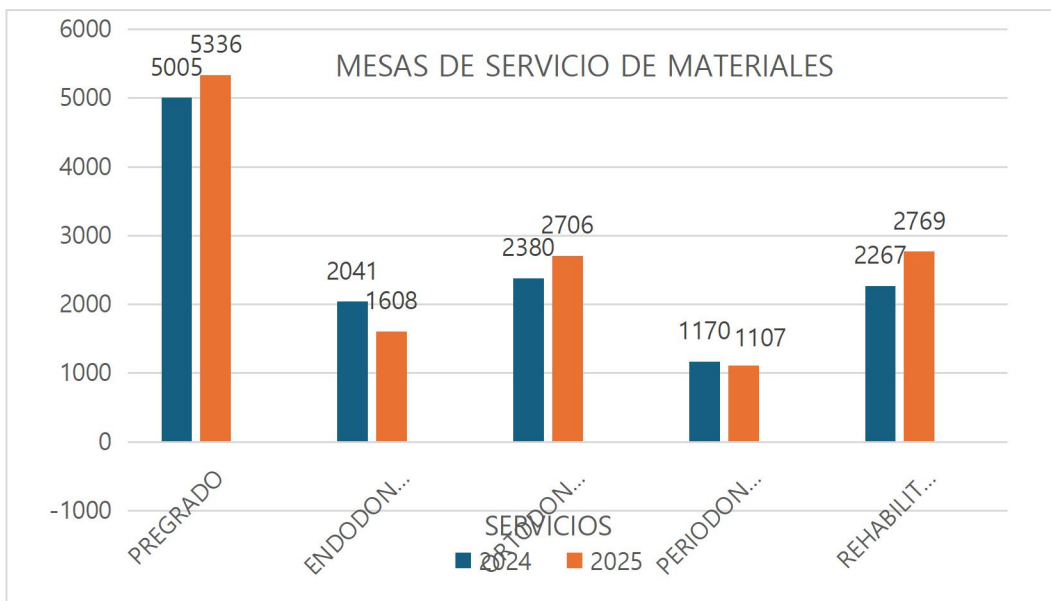


**GESTIÓN DE MESAS DE SERVICIO REALIZADAS A LA CENTRAL DE MATERIALES**

En cuanto la central de materiales tenemos registros de la gestión realizada en el 2024 Y 2025, los servicios atendidos en la modalidad de pregrado son los mayores demandantes de insumos necesarios para los procedimientos a realizar por cada paciente. También se puede observar una disminución de solicitudes en el servicio de rehabilitación oral equivalente a un 22%

MESAS DE SERVICIO CENTRAL DE MATERIALES			
SERVICIO	2024	2025	PORCENTAJE DE DISMINUCION en algunos servicios aumento
PREGRADO	5005	5336	7%
ENDODONCIA POSGRADO	2041	1608	-21%
ORTODONCIA POSGRADO	2380	2706	14%
PERIODONCIA POSGRADO	1170	1107	-5%
REHABILITACION POSGRADO	2267	2769	22%
<b>TOTAL</b>	<b>12863</b>	<b>13526</b>	

**Grafica N° 9:** Mesas de servicios área materiales



## GESTIÓN REALIZADA ANTE ÁREAS DE APOYO PARA GARANTIZAR LA OFERTA DE SERVICIOS

Dentro de las acciones de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios se cuenta con auto seguimientos y auditorías internas para la verificación de cumplimientos normativos de habilitación, gestión de atención del usuario, PQRFS y oportunidad de atención, en las cuales se han identificado oportunidades de mejoramiento y necesidades de acciones correctivas que se han gestionado con las dependencias de acuerdo con sus responsabilidades, de la siguiente manera:

**TABLA N° 18:** Distribución de solicitud de mesas de servicio a las áreas de apoyo por parte de Clínicas odontológicas en el año 2024 y 2025  
**Si se explican los % deben estar en las tablas**

MESAS DE SERVICIO AREAS DE APOYO		
SERVICIO	2024	2025
GESTION DE TECNOLOGIA	159	119
MANTENIMIENTO	238	228
PLANEACION FISICA	87	56
<b>TOTAL</b>	<b>484</b>	<b>403</b>

En la tabla anterior se puede observar que las necesidades de mantenimiento tuvieron un peso del 49% Y 56% respectivamente en los años relacionados. De todas las solicitudes registradas, el área de gestión de tecnología tuvo un peso del 32% y 29% y planeación física de un 17% y 13%.

**Tabla N°19:** Detalle de tipo de solicitud a áreas de apoyo por mesas de servicio en clínicas odontológicas se muestra 2024 y la tabla debe corresponder al 2025 no son las mismas cifras del cuadro anterior

MESAS DE SERVICIO ÁREAS DE APOYO 2024		
Área Responsable	Asunto Solicitud de mesa	Total
Gestión de tecnología	Gestión de fallas de accesorios	8
	Falla en equipo de computo	138
	Radiovisiografo	9
	Lector de tarjeta de ingreso	4
<b>Total Gestión de Tecnología</b>		<b>159</b>
Mantenimiento	ELECTRICO. Aire Acondicionado	1
	MECANICO:	
	Recortadora	2
	Soldador de punto	2
	BIOMEDICO:	
Fuga de agua. Eyectores, escupideras, motor, pedal, pieza de alta, pieza debaja, jeringa triple, luz de lampara, perillas de graduacion, espaldar, jeringa del aire, acoples, cavitron, autoclave.	238	
<b>Total Mantenimiento</b>		<b>238</b>
Planeación Física	carpinteria madera	2
	metalica y aluminio	12
	Cerrajería	2
	cubiertas canales y bajantes	2
	electricidad	34
	Hidraulico y sanitario	23
	paredes y cielos rasos livianos	9
	Pintura	1
	pisos señalizacion y opalizados	2
<b>Total Planeación Física</b>		<b>87</b>
<b>Total general</b>		<b>484</b>

Durante el año 2024 se registraron 159 solicitudes relacionadas con fallas en los equipos de cómputo, mientras que en el año 2025 se reportaron 119 solicitudes por la misma causa. Este componente constituye uno de los elementos más sensibles, tanto en términos de software como de hardware, y ha sido una de las principales fuentes de inconformidad por parte de estudiantes y docentes.

Considerando las características de las unidades, se identificó que los equipos portátiles presentaron mayor vulnerabilidad frente a las alteraciones, fallas de conectividad y posibles inadecuadas manipulaciones, lo que incrementa la recurrencia de incidencias técnicas.

De las 119 solicitudes registradas en el periodo 2025, el 15% estuvieron relacionadas

## INFORME DE GESTIÓN 2025

con fallas en el servicio de internet. Esta situación fue reiterativa lo cual afectó el registro oportuno de la historia clínica de los pacientes. La imposibilidad de realizar dichas evoluciones en tiempo real no solo afectó la operatividad del servicio, sino que también expuso a la institución a un riesgo legal.

**Tabla N°20: Mesas de servicio áreas de apoyo no es clara la información con el lo dicho anteriormente**

MESAS DE SERVICIO AREAS DE APOYO 2025		
Área Responsable	Asunto Solicitud de mesa	Total
<b>Gestión de tecnología</b>	Falla en equipo de computo	33
	Falla de accesorios( mouse,teclados,cargador ,guaya, telefono , impresora	42
	Fallas en la red	19
	Oficlinic	7
	Fallas en licencia y soproy pxp	18
	<b>Total Gestión de Tecnología</b>	<b>119</b>
<b>Mantenimiento</b>	Reparación unidad	106
	Fallas en el aire	36
	fallas suministro de agua	62
	fallas aire acondicionado	3
	Fallas en equipo rayos x	7
	Fallas en Pistolas de aire	1
	Fallas en lupas de luz	3
	Soldador de punto	1
	Fonendos	1
	cavitrone	2
	Microscopio	1
	Motores, equipos de cirugía	5
	<b>Total Mantenimiento</b>	<b>228</b>
<b>Planeación Física</b>	Humedad en paredes	1
	Reparación baños-lavamanos- pocetas	14
	repacaion techos paredes y escaleras	4
	solicitud de reparación eléctrica	14
	Reparación puertas y ventanas	13
	Instalacion de accesorios( percheros,guardianes,dispensadores,stand y rejillas)	10
<b>Total Planeación Física</b>	<b>56</b>	
<b>Total general</b>		<b>403</b>

**Tabla N°21: Mesas de servicio terapias de apoyo**

MESAS DE SERVICIO TERAPIAS DE APOYO 2025

**INFORME DE GESTIÓN  
2025**

Área Responsable	Asunto Solicitud de mesa	Total
Gestión de tecnología	Computadores	27
	Cuenta UAM	2
	Impresoras	4
	Mesa de servicio	3
	Oficlinic	5
	Otros dispositivos	4
	Prestamo reserva de equipos	1
	Sitio web	6
	Telefonia IP	1
		3
<b>Total, Gestión de Tecnología</b>		<b>56</b>
Mantenimiento	Equipo Biomédico	2
	Mecánico	3
<b>Total Mantenimiento</b>		<b>5</b>
Planeación Física	carpintería madera	4
	metálica y aluminio	2
	Cortinas, persianas, blackout	4
	Electricidad	12
	Hidraulico y Sanitario	6
	Movimientos y traslados	2
	Paredes y cielo raso livianos	12
	Pintura	6
	Pisos	3
	Señalización y opalizados	1
	Sillas Giratorias y fijas	3
	Vidrios	3
<b>Total, Planeación Física</b>		<b>58</b>
Comunicaciones 360	Creación contenido promocional	1
	Diseño	8
	Toma de fotografías	1
	Toma de fotografías para sitio web	1
		<b>11</b>
<b>Total general</b>		<b>130</b>

Tabla N°22: Comparativo mesas de servicio terapias de apoyo evidenciar los %

MESAS DE SERVICIO AREAS DE APOYO		
SERVICIO	2024	2025
GESTION DE TECNOLOGIA	62	56
MANTENIMIENTO	4	5
PLANEACION FISICA	54	58
COMUNICACIONES 360	0	11
Total	120	130

Se evidencia que el área de planeación física presentó un 45% de todas las solicitudes realizadas en terapias de apoyo.

## SERVICIOS MÉDICOS

### PACIENTES ATENDIDOS:

De **259** pacientes el 79% asistieron al servicio de Psicología, el 15% al servicio de medicina general, y el 6% restante corresponde a consulta de gimnasio.

Tabla N°23: Distribución de consultas por servicios prestados en servicios médicos en los años 2024 y 2025.

Servicio	Año 2024	Año2025
Psicología	598	205
Medicina General	66	38
Consulta de Gimnasio	102	16
Total	766	259

Durante el año 2025 en Servicios Médicos se realizaron **259** consultas de las cuales el 79% corresponde a citas atendidas en el servicio de Psicología. El 14% corresponde a atenciones de medicina general de primera vez y el 7% restante corresponde consulta de gimnasio.

**Tabla N°24:** Detalle de consultas en la unidad de servicios médicos en el año 2025

SERVICIO	Cantidad
Consulta de control o seguimiento Psicología	349
Consulta de primera vez Psicología	150
Consulta de gimnasio	16
Consulta de primera vez Medicina General	44
<b>Total general</b>	<b>559</b>

En el servicio de medicina general encontramos que se tiene un promedio de 1,6 atenciones con relación a la oferta de citas disponibles, para el servicio de psicología igualmente se obtuvo un promedio de 3.7 atenciones al día.

En el servicio de psicología se tiene un estándar de tres atenciones en el año y se identificaron 6 estudiantes que recibieron entre 9 y 12 sesiones en dicho servicio. Se realiza análisis de los casos encontrando que muchos de ellos son atribuidos a reportes de depresión y trastorno de ansiedad generalizada. **Es confusa la info**

**Tabla N°25:** Relación de estudiantes con más de tres sesiones

Servicio	Numero documento	Diagnostico	Observacion	Cantidad sesiones
Psicologia	1143337003	F321	Episodio depresivo	12
Psicologia	1054862731	F411	Trastorno de ansiedad generalizada	12
Psicologia	1108206556	Z554	Trastorno de labilidad emocional	10
Psicologia	1117015097	F411	Trastorno de ansiedad generalizada	9
Psicologia	1091884875	F411	Trastorno de ansiedad generalizada	9
Psicologia	1003865044	Z630	Problemas en la relación entre esposos	9

## GESTION DE CALIDAD

Durante la vigencia 2025, la Fundación IPS UAM recibió dos asistencias técnicas por parte de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Manizales, orientadas a la verificación del cumplimiento normativo y al fortalecimiento de los procesos institucionales en materia de atención en salud y aseguramiento de la calidad.

La primera asistencia técnica estuvo enfocada en la evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), específicamente en los componentes de salud bucal y salud mental, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018. Como resultado de esta visita, se evidenció un cumplimiento óptimo de los criterios evaluados, demostrando la adecuada implementación de las rutas, la articulación de los servicios y la adherencia a los estándares normativos definidos para la atención integral de los usuarios.

La segunda asistencia técnica correspondió a la verificación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), durante la cual se evaluaron de manera integral sus diferentes componentes. Esta visita tuvo un énfasis particular en el Sistema de Participación Social en Salud, evidenciándose un cumplimiento óptimo; no obstante, se dejaron dos hallazgos mínimos, los cuales no comprometen la calidad del servicio ni el cumplimiento general del sistema, y que fueron formulados como oportunidades de mejora.

Adicionalmente, en el marco de la verificación del SOGCS, se realizó la evaluación de los estándares del Sistema Único de Habilitación, así como del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), obteniéndose una calificación óptima en ambos componentes. Como resultado de este proceso, se identificaron dos hallazgos mínimos relacionados con la periodicidad del Comité de Ética, dado que, conforme a la normativa vigente, este debe realizar de manera mensual. Dichos hallazgos fueron socializados con la institución como aspectos a fortalecer dentro de su proceso de mejora continua.

En términos generales, los resultados de las asistencias técnicas reflejan el alto nivel de cumplimiento normativo, la adecuada gestión de la calidad y el compromiso permanente de la Fundación IPS UAM con el mejoramiento continuo de sus procesos y la garantía de una atención integral, segura y centrada en el usuario.

## ESTANDAR DE TALENTO HUMANO

En el marco de las acciones de control interno, aseguramiento de la calidad y cumplimiento de los lineamientos normativos vigentes, durante la vigencia evaluada se

realizó una revisión exhaustiva y sistemática de las hojas de vida del personal administrativo, asistencial, técnico y profesional de la Fundación IPS UAM, así como del talento humano vinculado al convenio docencia servicio, incluyendo tanto docentes como estudiantes en práctica. Esta revisión tuvo como propósito verificar la idoneidad, vigencia y completitud de la documentación exigida, logrando identificar de manera oportuna aquellos colaboradores que presentaban documentos pendientes, tales como certificaciones académicas, laborales y de competencias requeridas para el ejercicio de sus funciones. Como resultado, se establecieron planes de seguimiento y actualización documental, fortaleciendo la trazabilidad y el cumplimiento de los requisitos establecidos por la normativa **sanitaria** y académica.

De igual manera, y en cumplimiento de los lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Manizales, derivados de la emergencia sanitaria decretada en el municipio, se solicitó de manera formal a todo el personal administrativo y asistencial de la Fundación IPS UAM la presentación del certificado de vacunación contra la fiebre amarilla, como medida preventiva y de protección colectiva. Como resultado de esta gestión, se alcanzó una cobertura del 92% del personal con certificación vigente de vacunación, lo cual se considera un nivel óptimo de cumplimiento frente a lo requerido por la autoridad sanitaria. El porcentaje restante del personal presentó certificaciones médicas debidamente soportadas, en las cuales se sustentó la contraindicación clínica para la aplicación del biológico, garantizando así el cumplimiento normativo y el respeto por las condiciones individuales de salud.

En conjunto, estas acciones evidencian el compromiso institucional de la Fundación IPS UAM con la gestión integral del talento humano, la seguridad del personal, la prevención en salud pública y el cumplimiento riguroso de las disposiciones emitidas por las autoridades competentes, en concordancia con los principios de calidad, responsabilidad social y mejora continua.

## **PROGRAMA DE CAPACITACION DEL TALENTO HUMANO**

En 2025, se llevaron a cabo 43 capacitaciones para todo el personal de la Fundación IPS, con una duración total de 40 horas. Esta planificación se realizó en función de las necesidades identificadas por la institución, que requerían la capacitación del personal, mediante diversas metodologías tales como: presenciales, virtuales y boletines institucionales informativos y sesiones breves de seguridad del paciente.

**Tabla N° 26:** Comparativo capacitaciones periodos 2024 y 2025.

PROGRAMA DE CAPACITACIONES DEL TALENTO HUMANO		
PERIODO	2024	2025
CANTIDAD DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	48	46
SESIONES CUMPLIDAS	48	43
PORCENTAJE DE CUMPLIMINETO	100%	93%

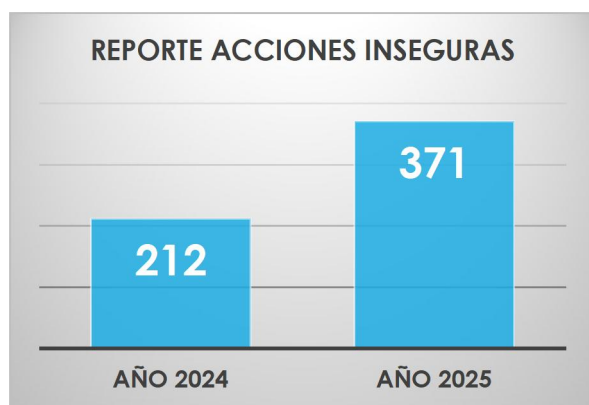
Se realizó un análisis de la ejecución del cronograma de capacitación, el cual evidencia que en 2024 se programaron 48 capacitaciones, de las cuales se llevaron a cabo 48, lo que representa un cumplimiento del 100%. En 2025, se programaron 46 capacitaciones y se logró un cumplimiento del 93% de estas con 43 capacitaciones realizadas, no se dio cumplimiento de 3 capacitaciones las cuales estaban a **cargo de desarrollo humano.**

## ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA

- ✓ **Programa de mantenimiento de infraestructura y equipamiento fijo:** Se contó con un programa estructurado que incluyó el cronograma de ejecución, seguimiento periódico y los respectivos soportes documentales que evidenciaron el cumplimiento de las actividades programadas.
- ✓ **Informe de generación de residuos (RH1):** Se elaboró el informe correspondiente a la generación de residuos hospitalarios y similares (RH1), incluyendo los soportes del cargue oportuno de la información ante el ente de control, en cumplimiento de la normatividad ambiental y sanitaria vigente por parte del Centro de EA.
- ✓ **Rondas de calidad y seguridad en la atención:** Se realizaron rondas periódicas de verificación en calidad y seguridad del paciente, generando informes detallados de los hallazgos identificados y las acciones de mejora implementadas para su gestión y cierre efectivo.
- ✓ **Adecuaciones de infraestructura:** Se ejecutaron las adecuaciones de infraestructura en el consultorio N° 3 se pasó de tener 10 unidades a 13. Se deben de realizar las adecuaciones necesarias en el área de esterilización en concordancia con lo establecido en la resolución 914 del 2025.

## Seguridad del Paciente:

Gráfico N°10: Reporte de acciones inseguras



El gráfico evidencia un incremento significativo en el número de reportes de eventos relacionados con la seguridad del paciente en la Fundación IPS UAM, pasando de 212 reportes en el año 2024 a 371 reportes en el año 2025. Este comportamiento representa un aumento del 57%, lo cual constituye una tendencia positiva en términos de cultura de seguridad del paciente.

Este crecimiento no necesariamente indica un mayor número de eventos adversos, sino un fortalecimiento en la cultura institucional de reporte, reflejando mayor sensibilización del personal, confianza en los canales establecidos y compromiso con la identificación temprana de riesgos. El aumento en los reportes es un indicador favorable de transparencia, aprendizaje organizacional y mejora continua, elementos fundamentales en los sistemas de gestión de calidad en salud.

No obstante, es importante señalar que, pese al avance evidenciado, aún no se alcanza la meta institucional establecida (mayor al 5%), lo que indica la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de capacitación, sensibilización y seguimiento, con el fin de incrementar la adherencia al reporte oportuno y consolidar una cultura de seguridad sólida y sostenible en la institución.

## ESTANDAR DE DOTACION

- ✓ Durante el año **2025** se ejecutó de manera integral el cronograma de calibración y mantenimiento de equipos biomédicos, garantizando que todos los dispositivos se mantuvieran en óptimas condiciones de funcionamiento. Este proceso incluyó la verificación periódica de la precisión y el rendimiento de los equipos, así como la realización oportuna de las reparaciones necesarias para prevenir fallas. La

ejecución rigurosa de este cronograma en 2025 aseguró la seguridad de los pacientes, la eficacia de los tratamientos, la prolongación de la vida útil de los equipos y el cumplimiento de las normativas de calidad vigentes en el sector salud.

- ✓ Además, se realizó la verificación sistemática de los inventarios en los diferentes servicios, con el propósito de garantizar la disponibilidad y el adecuado manejo de los insumos y materiales requeridos para la operación. Este proceso contempló la revisión detallada de los niveles de existencias, la identificación de productos que requerían reposición y la gestión de novedades asociadas al inventario, tales como pérdidas, daños o discrepancias. Asimismo, durante 2025 se implementaron acciones de mejora orientadas a optimizar la gestión de inventarios, asegurando un suministro continuo y eficiente que respalde la calidad en la prestación del servicio.
- ✓ También se llevaron a cabo reuniones de gestión con proveedores de servicios, en las cuales se abordaron temas estratégicos relacionados con la optimización de procesos, la gestión de la información y la capacitación del personal del área. Estas reuniones permitieron fortalecer la articulación institucional con los proveedores, garantizar el cumplimiento de estándares de calidad y promover la adopción de mejores prácticas en la atención. Además, en 2025 se consolidaron herramientas y espacios formativos orientados a mejorar el desempeño del equipo y asegurar un servicio eficiente y de alta calidad.
- ✓ En **2025** se elaboró y consolidó la documentación correspondiente al Plan de Gestión Biomédica, incluyendo la estructuración de guías rápidas para el manejo, limpieza y desinfección de equipos. Este plan fue diseñado con el objetivo de proporcionar directrices claras y accesibles al personal, asegurando la correcta aplicación de los procedimientos y el mantenimiento de la seguridad y eficacia de los dispositivos biomédicos. Las guías desarrolladas durante 2025 facilitaron los procesos de capacitación y promovieron la estandarización de prácticas, contribuyendo a la prevención de infecciones y al adecuado mantenimiento de los equipos en el entorno clínico.

## ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS

En la Fundación IPS UAM contamos con la documentación de nuestros procesos y procedimientos, tanto asistenciales como administrativos, para garantizar la atención segura y de calidad de nuestros pacientes, en el año 2025 se logra la estandarización de los siguientes procesos, procedimientos y manuales:

- ✓ Protocolo de atención con enfoque diferencial.
- ✓ Protocolo para uso de ácido tranexámico en procedimientos.
- ✓ Lista de aplicación segura de anestesia local.
- ✓ Protocolo de detección de necesidades al ingreso en salud mental.

## Seguridad del Paciente:

**Sesiones breves seguridad del paciente:** Durante el año 2025 se llevaron a cabo un total de diecisiete (17) sesiones breves orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente dentro de la institución. Estas jornadas formativas fueron diseñadas y ejecutadas como espacios estructurados de capacitación y sensibilización, dirigidos al personal asistencial y administrativo, con el propósito de reforzar conocimientos, promover buenas prácticas y afianzar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en materia de calidad y seguridad en la atención en salud.

Las sesiones abordaron de manera integral diversos temas y aspectos relacionados con la seguridad del paciente, entre ellos: identificación correcta del paciente, comunicación efectiva entre el equipo de salud, prevención de eventos adversos, notificación y análisis de incidentes, adherencia a protocolos institucionales, higiene de manos, uso seguro de dispositivos médicos, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, manejo seguro de medicamentos, y fortalecimiento de la cultura de reporte sin represalias. Asimismo, se promovió la reflexión sobre la importancia del trabajo en equipo, la responsabilidad compartida y la mejora continua como pilares fundamentales para garantizar una atención segura y humanizada.

Cada una de las 17 sesiones desarrolladas en 2025 se caracterizó por su enfoque práctico y participativo, permitiendo la resolución de dudas, el análisis de casos y la socialización de experiencias propias del contexto institucional. Estas actividades contribuyeron significativamente a la actualización permanente del personal, al fortalecimiento de competencias y a la consolidación de una cultura organizacional centrada en la gestión del riesgo y la protección del paciente.

En conclusión, la ejecución de estas diecisiete sesiones breves durante el año 2025 representó una estrategia clave para el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales, reafirmando el compromiso institucional con la calidad, la seguridad y la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

**Protocolos y guías de atención:** Durante el año 2025 se contó con el apoyo de la docente Yeni Ospina, quien desempeñó un papel fundamental en el fortalecimiento de los procesos institucionales mediante la socialización de protocolos, lineamientos técnicos y guías de práctica clínica adoptadas por la institución. Su acompañamiento estuvo orientado a garantizar que el personal conociera, comprendiera y aplicara de manera adecuada los procedimientos establecidos, promoviendo la estandarización de las prácticas asistenciales y el cumplimiento de la normatividad vigente en el sector salud.

En el transcurso de 2025, la docente lideró espacios formativos y jornadas de actualización dirigidas al talento humano, en las cuales explicó de manera clara y estructurada el contenido de los protocolos institucionales y de las guías de práctica clínica adoptadas, resaltando su importancia para la toma de decisiones basadas en evidencia científica y para la prestación de una atención segura y de calidad. Durante estas sesiones se resolvieron inquietudes, se analizaron casos prácticos y se reforzaron aspectos críticos relacionados con la adherencia a los lineamientos establecidos.

El proceso de socialización incluyó la revisión de los objetivos, alcances, criterios de aplicación y responsabilidades definidas en cada guía, así como la orientación sobre su correcta implementación en los diferentes servicios. Esto permitió fortalecer las competencias técnicas del equipo, mejorar la uniformidad en la atención y disminuir la variabilidad en la práctica clínica, contribuyendo directamente a la seguridad del paciente y a la eficiencia en los procesos asistenciales.

Asimismo, su acompañamiento facilitó la articulación entre las distintas áreas de la institución, promoviendo el compromiso del personal con la actualización permanente y el cumplimiento de los estándares de calidad. Gracias a este apoyo brindado durante 2025, se consolidó una mayor apropiación de los protocolos y de las guías de práctica clínica adoptadas, optimizando la prestación de los servicios y reafirmando el compromiso institucional con la mejora continua y la excelencia en la atención en salud.

## ESTANDAR DE HISTORIA CLINICA

**Auditoria de Historias Clínicas:** Se llevó a cabo la auditoría de historias clínicas conforme a los lineamientos establecidos en el Manual de Historias Clínicas institucional, con el propósito de evaluar la calidad, oportunidad y pertinencia de los registros asistenciales. Este proceso contempló una revisión detallada y sistemática de la documentación clínica, orientada a verificar la exactitud, integridad, coherencia y trazabilidad de la información consignada por los profesionales de la salud.

La auditoría permitió analizar el cumplimiento de los criterios técnicos y normativos relacionados con el diligenciamiento adecuado de la historia clínica, asegurando que los registros reflejen de manera clara y completa la valoración, el diagnóstico, el plan de manejo, la evolución del paciente y las intervenciones realizadas. Asimismo, se evaluó la adherencia a los protocolos institucionales y a los estándares de calidad aplicables.

A través de este ejercicio se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora en la práctica clínica y en los procesos de registro, con el fin de fortalecer la cultura de calidad y responsabilidad profesional. Los hallazgos obtenidos constituyen un insumo fundamental para la implementación de acciones correctivas, preventivas y formativas, orientadas a optimizar el desempeño del talento humano y a garantizar que la información clínica sea confiable, segura y accesible.

En consecuencia, esta auditoría se consolida como una herramienta clave dentro del proceso de mejora continua, contribuyendo al fortalecimiento de la seguridad del paciente, la calidad en la prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de los estándares institucionales y normativos vigentes.

Tabla N°27: Comparativo auditorias historias Clínicas 2024 al 2025

COMPARATIVO EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLOGIA		
ITEMS REVISADOS EN LISTA DE CHEQUEO DE REGISTRO DE ATENCION EN HC SERVICIOS ODONTOLOGICOS	2024	2025
	% DE CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO
Motivo de consulta y descripción motivo	88%	100%
Registro de valoración y gestión de riesgo de caída	29%	100%
Antecedentes	0%	84%
Examen físico EXTRAORAL E INTRAORAL	63%	89%
Carta dental	0%	89%
Diagnósticos presuntivos	10%	78%
Control Placa bacteriana	62%	92%
Anexos examen por sistemas	57%	84%
Diagnósticos definitivos	97%	89%
Plan TTO Y presupuesto	61%	92%
Consentimiento informado	81%	58%
Evolución	93%	74%
Pertinencia	79%	90%
Continuidad	96%	68%
Facturación	97%	100%
Anexos medios diagnósticos	97%	95%
Firmas de docente y estudiante en HC y documentos relacionados	97%	95%
Promedio total de cumplimiento	65%	87%

## **Análisis comparativo 2024 vs. 2025**

El cuadro evidencia un proceso de seguimiento sistemático a los registros clínicos, permitiendo comparar el nivel de cumplimiento en cada uno de los ítems evaluados. A partir de este comparativo, se destaca que en 2025 se evidencian mejoras en varios componentes esenciales del diligenciamiento de la historia clínica, lo que refleja un fortalecimiento en la adherencia a los lineamientos institucionales y normativos.

### **1. Mejora en la calidad del registro clínico inicial**

Se observa avance en aspectos fundamentales como:

- Motivo de consulta y descripción del motivo
- Antecedentes
- Examen físico extraoral e intraoral
- Carta dental

Estos elementos son clave para garantizar una valoración integral del paciente y una adecuada fundamentación diagnóstica. La mejora en estos ítems evidencia mayor rigurosidad en la fase inicial de la atención.

### **2. Fortalecimiento del componente diagnóstico**

En 2025 se evidencia un mayor cumplimiento en:

- Diagnósticos presuntivos
- Diagnósticos definitivos
- Anexos de examen por sistemas
- Anexos de medios diagnósticos

Este avance indica una mejor estructuración del razonamiento clínico y una mayor coherencia entre la valoración, los hallazgos y la conclusión diagnóstica, lo cual impacta directamente la calidad y seguridad de la atención.

### **3. Mayor adherencia al plan de tratamiento y consentimiento informado**

Se identifican mejoras en:

- Plan de tratamiento (Plan TTO y presupuesto)
- Consentimiento informado

Estos aspectos son fundamentales desde el punto de vista legal, ético y asistencial. El incremento en su cumplimiento refleja mayor conciencia sobre la responsabilidad profesional y el respeto por la autonomía del paciente.

### **4. Optimización en la continuidad y seguimiento**

En 2025 se evidencian avances en:

- Evolución
- Pertinencia
- Continuidad
- Facturación

La mejora en estos ítems demuestra un fortalecimiento en la trazabilidad del proceso asistencial, garantizando coherencia entre la atención prestada y los registros

documentales.

- Cumplimiento en firmas y validación docente
- Un aspecto particularmente relevante es la mejora en:  
Firmas de docente y estudiante en historia clínica y documentos relacionados.  
Este avance es crucial en el contexto académico-asistencial, ya que asegura supervisión, respaldo profesional y validez legal de los registros.

### Auditoria historias clínicas fisioterapia

**Tabla N°28:** Evaluación de la calidad historias clínicas fisioterapia

CRITERIO EVALUADO	AÑO	
	2024	2025
IDENTIFICACIÓN	100%	100%
MOTIVO DE CONSULTA Y DESCRIPCIÓN	100%	100%
MEDIOS FISICOS	100%	100%
ANAMNESIS	100%	100%
EXAMEN FISICO Y MOTOR	100%	100%
CONSENTIMIENTO INFORMADO	100%	100%
DIAGNÓSTICOS	100%	100%
PLAN DE TRATAMIENTO	100%	100%
EVOLUCIÓN	100%	95%
PERTINENCIA CON GUIAS DE MANEJO	100%	100%
CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	100%	100%
VALORACION FINAL	100%	100%

Al analizar la tabla correspondiente al comparativo 2024 – 2025 del proceso de auditoría de historias clínicas en el servicio de fisioterapia, se observa una estructura de evaluación organizada por criterio evaluado y año, lo que permite medir el comportamiento y la evolución del cumplimiento entre ambas vigencias. Aunque en la imagen no se visualizan los porcentajes específicos de cada criterio, el diseño del instrumento evidencia un enfoque sistemático de seguimiento, orientado a identificar variaciones en la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas.

Este tipo de comparativo facilita determinar tendencias de mejora o posibles retrocesos en el cumplimiento de los estándares establecidos, permitiendo evaluar la adherencia a los lineamientos institucionales, la calidad del registro clínico, la coherencia entre valoración, diagnóstico y plan de tratamiento, así como la trazabilidad del proceso asistencial. Asimismo, constituye una herramienta clave para fortalecer la cultura de auditoría interna, ya que permite establecer planes de mejora basados en resultados objetivos y realizar seguimiento al impacto de las acciones correctivas implementadas entre un año y otro.

En términos institucionales, el ejercicio comparativo entre 2024 y 2025 refleja un compromiso con la mejora continua, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo, elementos fundamentales para garantizar una atención segura, organizada y respaldada documentalmente en el servicio de fisioterapia.

### Auditoria al proceso de obtención del consentimiento informado

Tabla N°29: Comparativo consentimiento informado odontología

COMPARATIVO AUDITORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
ITEMS VERIFICADOS MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO A FORMATOS FISICOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS SERVICIO DE ODONTOLOGIA	2024	2025
	% DE CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO
IDENTIFICACION DEL PACIENTE	86%	71%
REGISTRO DE EDAD	82%	71%
REPRESENTACION LEGAL	81%	71%
PARENTESCO	78%	71%
FECHA DE CONSENTIMIENTO	83%	71%
EXPLICACION DE DIAGNOSTICO	86%	71%
DESCRIPCION DE TRATAMIENTO	86%	71%
NUMERO DE DIENTE A INTERVENIR	86%	71%
RIESGOS GENERALES	86%	71%
RIESGOS PARTICULARES	83%	71%
FIRMA DEL PACIENTE	86%	71%
FIRMA ACUDIENTE	86%	74%
FIRMA DOCENTE	86%	71%
FIRMA ESTUDIANTE	86%	71%
PLAN DE TRATAMIENTO	80%	74%
<b>TOTAL % DE ADHERENCIA</b>	<b>84%</b>	<b>72%</b>

Al analizar la imagen correspondiente al Comparativo Auditoría de Consentimiento Informado – Servicio de Odontología (2024 vs. 2025), se observa un seguimiento estructurado mediante lista de chequeo aplicada a los formatos físicos de consentimiento informado, evaluando el porcentaje de cumplimiento en cada vigencia.

Resultado Global de Adherencia

El dato más relevante del comparativo es el Total % de Adherencia, donde se evidencia:

- 2024: 84% de cumplimiento

- 2025: 72% de cumplimiento

Esto refleja una disminución de 12 puntos porcentuales en 2025 respecto al año anterior.

### Análisis comparativo 2024 Vs. 2025

#### 1. Disminución en la adherencia documental

La reducción del 84% al 72% indica una menor consistencia en el diligenciamiento adecuado de los formatos de consentimiento informado durante 2025. Esto se asoció a:

- Omisiones en el diligenciamiento completo del formato.
- Ausencia de firmas del paciente, acudiente, estudiante o docente.
- Falta de fecha o identificación del procedimiento.
- Inconsistencias entre el procedimiento realizado y el consentimiento registrado.
- Problemas en el archivo o custodia del documento físico.

#### 2. Impacto en la seguridad jurídica y asistencial

El consentimiento informado no solo es un requisito ético, sino también legal. Una disminución en su adherencia:

- Aumenta el riesgo jurídico institucional.
- Debilita el respaldo documental ante posibles reclamaciones.
- Puede afectar procesos de habilitación, acreditación o visitas de inspección.
- Impacta negativamente los indicadores de calidad y seguridad del paciente.

### Auditoria de consentimiento informado Terapias de apoyo

Tabla N° 30: Auditoria consentimiento informado terapias de apoyo

RESULTADOS AUDITORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA	
IDENTIFICACION DEL PACIENTE	100%
REPRESENTACION LEGAL	100%
PARENTESCO	100%
FECHA DE CONSENTIMIENTO	100%
EXPLICACION DE DIAGNOSTICO	100%
DESCRIPCION DE TRATAMIENTO	100%
OBJETIVO DEL TRATAMIENTO	100%
CONSECUENCIAS DE NO REALIZARSE EL TRATAMIENTO	100%
CUIDADOS PARTICULARES	100%
RIESGOS PARTICULARES	100%
FIRMA ACUDIENTE	100%
FIRMA PROFESIONAL O DOCENTE	100%
FIRMA ESTUDIANTE	100%
<b>%TOTAL POR HC</b>	<b>100%</b>

La tabla de resultados de la auditoría de consentimiento informado en el servicio de terapias de apoyo (Fisioterapia) de la Fundación IPS UAM evidencia un proceso estructurado y completo de verificación, que evalúa componentes administrativos, legales, éticos y asistenciales, incluyendo identificación del paciente, representación legal, información sobre diagnóstico y tratamiento, riesgos, consecuencias, cuidados y firmas de validación académica y profesional. Este instrumento permite medir el nivel de adherencia por historia clínica, identificar posibles omisiones en el diligenciamiento y fortalecer la seguridad jurídica e institucional. En conjunto, la auditoría refleja un compromiso con la calidad, la mejora continua y la garantía del derecho del paciente a recibir información clara y suficiente para la toma de decisiones informadas.

### **IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LA IPS FUNDACION IPS UAM CON ENFOQUE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) establece de manera clara y estructurada las acciones a desarrollar, con el propósito de realizar un seguimiento sistemático y efectivo que permita priorizar los procesos estratégicos de la organización orientados al fortalecimiento de la calidad. En este contexto, el enfoque central del PAMEC se orienta al fortalecimiento del Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo la identificación, análisis y mitigación de riesgos asociados a la atención en salud. Este enfoque facilita la detección oportuna de desviaciones frente a los estándares esperados, generando información objetiva para la toma de decisiones y la implementación de estrategias preventivas y correctivas.

A partir de los hallazgos identificados, se diseñan e implementan planes de mejora con análisis costo–beneficio, encaminados a cerrar brechas, optimizar recursos y consolidar prácticas seguras que impacten positivamente el proceso de atención al usuario. De esta manera, el PAMEC no solo busca mejorar indicadores de calidad, sino también fortalecer la cultura institucional de seguridad, promoviendo la reducción de eventos adversos y el cuidado centrado en el paciente.


La ruta crítica propuesta por el PAMEC constituye una metodología organizada que busca no solo corregir las oportunidades de mejora identificadas, sino también sostener y potenciar los resultados alcanzados, consolidando así el mejoramiento continuo con énfasis en la seguridad del paciente. Esta ruta se compone de nueve pasos secuenciales, cada uno con actividades específicas que articulan la evaluación, intervención, seguimiento y retroalimentación de los procesos institucionales.

#### **Ruta Crítica PAMEC**

La primera parte de este proceso correspondió al despliegue institucional del PAMEC, el cual consistió en la conformación del equipo de mejoramiento institucional y las

## INFORME DE GESTIÓN 2025

actividades previas de capacitación del equipo de mejoramiento y a la socialización de la metodología con el personal de la institución.

	<b>CRONOGRAMA PAMEC 2025</b>												<b>CÓDIGO</b>	FUN-IPS-UA
													<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>
													<b>FECHA</b>	23/1/2025

FECHA DE ELABORACIÓN	RESPONSABLE	AÑO - 2025												2026	
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	
23/1/2025															
<b>ACTIVIDADES PREVIAS</b>															
Sensibilizar al Personal Institucional	Auditor de calidad														
Conceptualización teórica	Auditor de calidad														
Actualizar el equipo de Autoevaluación y Mejoramiento	Auditor de calidad														
Revisar los instrumentos para la implementación de la ruta crítica	Auditor de calidad														
Documentar la metodología para la realización de la ruta crítica MN-MC-02 PAMEC	Auditor de calidad														

Se elaboró el cronograma con el ciclo PAMEC para el 2025 el cual se estableció para cumplir en un lapso de 12 meses (1 año).

FECHA DE ELABORACIÓN	RESPONSABLE	AÑO - 2025												2026	
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	
23/1/2025															
<b>Fase 1. AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES</b>															
Realizar Autoevaluación cualitativa de los estándares definidos	Grupos de mejoramiento														
<b>Fase 2. SELECCIÓN DE ESTÁNDARES CON OPORTUNIDAD DE MEJORA</b>															
Seleccionar los estándares de seguridad del paciente a los cuales se les haya identificado oportunidades de mejora en la autoevaluación.	Auditor de calidad														
<b>Fase 3. PRIORIZACIÓN DE ESTÁNDARES Y PROCESOS OBJETO DE MEJORA</b>															
Priorizar los estándares a intervenir, aplicando la matriz de priorización definida por la institución.	Grupos de mejoramiento														
<b>Fase 4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA</b>															
Definir o ajustar los indicadores que apliquen a los estándares priorizados	Auditor de calidad														
<b>Fase 5. MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO</b>															
Medir los indicadores que apliquen a los estándares priorizados	Coordinadores de áreas														
Realizar auditorías internas de acuerdo al cronograma definido.	Auditor de calidad														

# INFORME DE GESTIÓN 2025

FECHA DE ELABORACIÓN	RESPONSABLE	AÑO - 2025												2026	
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	
23/1/2025															
<b>PARA EL MEJORAMIENTO</b>															
Desarrollar estrategias específicas para el cierre de las brechas encontradas en la autoevaluación de estándares.	Coordinadores de áreas														
<b>Fase 7. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO</b>															
Ejecutar las acciones de mejora definidas en los planes de mejoramiento.	Coordinadores de áreas														
<b>Fase 8. EVALUACIÓN DE LOS MEJORAMIENTOS</b>															
Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento	Auditor de calidad														
Presentar el informe de cumplimiento de los planes de mejoramiento en el comité de Gerencia.	Auditor de calidad														
<b>Fase 9. APRENDIZAJE DE LA ORGANIZACIÓN</b>															
Consolidar el aprendizaje organizacional	Auditor de calidad														
Presentar el informe a todo el personal Institucional	Auditor de calidad														

El PAMEC 2025 se desarrolló con un enfoque estratégico orientado al fortalecimiento del Programa de Seguridad del Paciente y al mejoramiento continuo de los procesos institucionales. La ruta crítica inició con la autoevaluación institucional, la cual contempló una primera fase cualitativa en la que se identificaron las principales fortalezas de la IPS, así como las oportunidades de mejora relacionadas especialmente con las prácticas complementarias de seguridad del paciente. Este ejercicio permitió contar con un diagnóstico claro del estado actual de los procesos y establecer las bases para la toma de decisiones.

A	B	C	D
Fundación IPS URM		Formato	
Código Estándar	ESTÁNDAR	FORTALEZAS	CALIFICACIÓN CUALITATIVA OPORTUNIDAD DE MEJORA
4.1.3	Coordina procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador		
4.1.3.1	<p><b>Procedimientos de referencia de pacientes:</b> Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.</p>	<p><b>Enfoque:</b> La IPS ha documentado el manual de referencia y contrareferencia, en este se deciben los procedimientos y procesos a llevar a cabo para pacientes ue requieran ser remitidos a niveles de complejidad superiores en casos de urgencia.</p> <p><b>Implementación:</b> Se ceunta con programación para socialización para el año 2025 <b>Resultado:</b> Ninguno</p>	<p><b>Enfoque:</b> Optimizar el sistema de referencia y contrareferencia medi implementación de seguimiento, para garantizar continuidad en la at reducir demoras en pacientes críticos En pacientes que requieren int urgente o seguimiento especializado. Este proceso se basa en: - Protocolos claros que definen responsabilidades, vías de comunicar tiempos máximos de respuesta. - Criterios de priorización, especialmente para casos que requieren at inmediata o de urgencia ante posibles eventos que se puedan preser atención ambulatoria de servicios odontológicos y de terapias de apo Alineación con estándares de seguridad del paciente evitando referer innecesarias o sin garantía de aceptación por parte del receptor.</p> <p><b>Implementación:</b> El cumplimiento del paso a paso del procedimnt referencia y contrareferencia</p> <p><b>Resultado</b> Tiempo promedio de referencia-aceptación. % de contrareferencias completas Realizadas</p>

Posteriormente, se realizó la selección de procesos a mejorar, seguida de la etapa de priorización mediante la metodología de riesgo, costo y volumen, priorizando aquellos procesos con resultados mayores o iguales a 75 y hasta 125 puntos. Como resultado de este análisis, se priorizaron seis (6) procesos estratégicos, considerados de mayor impacto institucional.

## INFORME DE GESTIÓN 2025

Código Estándar	PROCEDIMIENTOS O CRITERIOS	RIESG O	VOLU MEN	COST O	TOTAL
<b>MATRIZ DE PRIORIZACIÓN</b>					
4.1.7	Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes: - Orden médica hecha por computador en toda la institución - Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de eventos adversos o indicios de atención insegura. Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y física a la vez. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.	5	5	5	125
4.2.6	Las complicaciones anestésicas pueden ser prevenibles y no prevenibles. Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el resultado seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución (Ver Anexo C)	5	5	5	125

Con base en los procesos seleccionados, se procedió a definir la calidad esperada, estableciendo los indicadores que serían utilizados para medir el desempeño en el proceso de auditoría.

Código Estándar	Proceso Asociado	Estándar	Nombre del indicador	Meta
4.1.3.3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente	Porcentaje de Intervenciones a pacientes con diagnósticos prioritarios Iniciadas	>/= 95%
4.1.7	GESTIÓN DE LA CALIDAD	La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes: - Orden médica hecha por computador en toda la institución - Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de eventos adversos o indicios de atención insegura. Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de	porcentaje de eventos adversos asociados al uso o prescripción de medicamentos	</= 5%

INFORME DE GESTIÓN  
2025

Código Estándar	Proceso Asociado	Estándar	Nombre del indicador	Meta
		tener historia clínica electrónica y física a la vez. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.		
4.2.6	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD-GESTIÓN DE LA RELACIONA DOCENCIA SERVICIO</b>	Las complicaciones anestésicas pueden ser prevenibles y no prevenibles. Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el resultado seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución (Ver Anexo C)	Porcentaje de adherencia a lista de chequeo preanestésica	>95%
4.3.4	<b>GESTIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO</b>	Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. - Precisar en el convenio como se involucran los procesos de seguridad del paciente - Verificar el cumplimiento del convenio docente- asistencial - Gestionar un programa de inducción sobre Seguridad del Paciente a los docentes y estudiantes. Incluir condiciones de asepsia y antisepsia y de uso de ropa como uniformes, batas de cirugía y demás elementos con los cuales se afecten los protocolos de seguridad de las instituciones.	<b>Porcentaje de Cobertura del Personal del convenio docente asistencial en Actividades de Socialización y Campañas Educativas sobre Seguridad del Paciente</b>	>90%

**INFORME DE GESTIÓN  
2025**

Código Estándar	Proceso Asociado	Estándar	Nombre del indicador	Meta
4.2.14	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental La institución debe desarrollar procesos para: - Identificación del riesgo, clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente - Prevenir suicidio - Prevenir agresión física - Prevenir violación - Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos - Prevenir pérdida de pacientes - Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura)	Porcentaje de cobertura re-socialización Protocolo atención en enfoque diferencial	90,0%
AsSP2	GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>La medición de la cultura de seguridad que incluye la medición del clima de seguridad:</b> A partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.	Proporción de trabajadores con percepción positiva de seguridad	85,0%

Seguidamente, se efectuó la medición inicial, comparando la calidad esperada frente a la calidad observada, lo que permitió identificar brechas concretas en el cumplimiento de los estándares. A partir de estos hallazgos, se elaboró el respectivo plan de acción, orientado al cierre de brechas y a la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Código Estándar	Proceso Asociado	Nombre del Indicador	Meta	Medición Inicial	Seguimiento 1	Seguimiento 2	Seguimiento 3
4.1.3.3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Porcentaje de Intervenciones Iniciadas a pacientes remitidos con diagnósticos prioritarios (G510,Z540,Z988) servicio Terapias de Apoyo	>= 90%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Porcentaje de Intervenciones Iniciadas a pacientes remitidos con diagnósticos prioritarios (K021,K022,K023,K040, K041) servicio de		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## INFORME DE GESTIÓN 2025

Código Estándar	Proceso Asociado	Nombre del Indicador	Meta	Medición Inicial	Seguimiento 1	Seguimiento 2	Seguimiento 3
		Odontología					
4.1.7	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Porcentaje de eventos adversos asociados al uso de medicamentos (anestésicos)	<= 5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4.2.6	GESTIÓN DE LA CALIDAD- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD-GESTIÓN DE LA RELACIONA DOCENCIA SERVICIO	Porcentaje de elaboración de lista de chequeo para aplicación de anestesia local en procedimientos odontológicos	>90%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%
4.3.4	GESTIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO	Porcentaje de Cobertura del Personal del convenio docente asistencial en Actividades de Socialización y Campañas Educativas sobre Seguridad del Paciente	>90%	78,0%	90,0%	90,0%	92,0%
4.2.14	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Porcentaje de cobertura socialización Protocolo identificación de riesgos en salud mental al ingreso	>=90%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%
AsSP2	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Porcentaje de trabajadores con percepción positiva de seguridad	>=90%	100,0%	NA	NA	100,0%

Finalmente, se programaron y ejecutaron las auditorías correspondientes para realizar el seguimiento y evaluación de las mejoras implementadas.

El proceso culminó con la etapa de aprendizaje organizacional, en la cual se consolidaron lecciones clave para la institución. Entre ellas se destaca la importancia de priorizar oportunamente la atención de los usuarios con el fin de evitar la exacerbación de su patología; fortalecer la cultura de reporte de eventos adversos, enfatizando su carácter no punitivo; implementar estrategias que disminuyan reacciones adversas posteriores al uso de anestésicos locales; garantizar el cumplimiento de actividades formativas en seguridad del paciente para fomentar un entorno seguro; estandarizar la búsqueda activa institucional en salud mental; y continuar fortaleciendo el Programa de Seguridad del Paciente, lo cual ha permitido evidenciar resultados positivos y de impacto en la calidad de la atención.

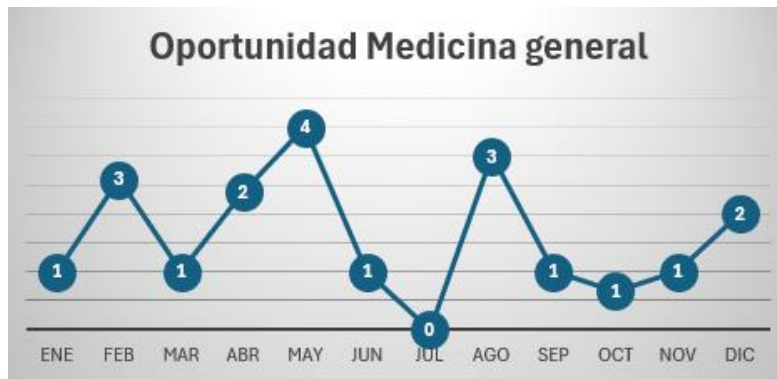
## INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Dando cumplimiento al monitoreo de indicadores del sistema obligatorio de la calidad en salud y según la Resolución 0256 de 2006 se realizó la medición de oportunidad en la atención de los diferentes servicios los cuales se relacionan a continuación:

### Oportunidad Medicina y Psicología:

**Oportunidad Medicina:** El indicador de oportunidad para la asignación de cita de primera vez de Medicina general en el año 2025 fue de 2 días en promedio cumpliendo con la meta del indicador de igual o menor a 3 días, logró mantener una tendencia estable.

**Gráfico 11:** oportunidad en medicina general en el año 2025



**Oportunidad Psicología:** El indicador de Oportunidad para la asignación de cita de primera vez de psicología del año 2025 fue de 2 días en promedio cumpliendo con la meta del indicador de igual o menor a 5 días. Logró mantener una tendencia estable durante todo el periodo.

**Gráfico 12:** Oportunidad en psicología en el año 2025



### Oportunidad en la atención Fisioterapia y Terapias de apoyo 2025

**Oportunidad Fisioterapia:** El indicador de oportunidad para la asignación de cita de primera vez del servicio de Fisioterapia del año 2025 fue de un promedio de 4 días cumpliendo con la meta del indicador igual o menor a 5 días.

**Gráfico 13:** Oportunidad en terapia física del año 2025



**Oportunidad Fonoaudiología:** El indicador de oportunidad para la asignación de cita de primera vez del servicio de Fonoaudiología en el año 2025 fue de 4 días en promedio, cumpliendo con la meta del indicador igual o menor a 10 días.

**Gráfico 14:** Oportunidad en fonoaudiología del año 2025



**Oportunidad Terapia ocupacional:** El indicador tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez del servicio de Terapia ocupacional en el año 2025 obtuvo un promedio de 3 días.

**Gráfico 15:** Oportunidad en terapia ocupacional del año 2025



### SATISFACCIÓN DE USUARIOS

**Satisfacción global:** El resultado obtenido para el indicador satisfacción global de los usuarios de la Fundación IPS UAM, en el año 2025 fue de 100%, se observó que el indicador mantuvo una tendencia positiva y estable.

**Proporción de usuarios que recomendaría a su IPS:** El resultado que se obtuvo para el indicador proporción de usuarios que recomendaría la IPS a familiares y amigos, fue de 100%, con un resultado muy positivo y una tendencia estable a lo largo de todos los meses al periodo 2025.

**Tabla N° 31:** detalle de resultados de medición de satisfacción de todos los servicios en el año 2025.

Nombre del Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	100%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	100%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%

INFORME COMITÉ DOCENCIA SERVICIO

PROCESO DE CAPACITACIONES E INDUCCIONES PROCESO DE DOCENCIA  
SERVICIO

Objetivo: Capacitar a todo el personal asistencial en los procesos y procedimientos requeridos para la adecuada prestación de los servicios en la atención en salud de las diferentes áreas en la Fundación IPS UAM.

En conjunto con coordinación docencia servicio y coordinación administrativa, se revisó, actualizó y ejecutó el proceso de inducción para el personal asistencial, docentes y estudiantes nuevos, el cual se realizó en el I semestre de 2024 de manera presencial a los estudiantes del programa de Fisioterapia, con la siguiente temática contemplada según la Resolución 3100/2019.

Se realizó envío de inducción virtual, la cual se realizó a los estudiantes nuevos de los diferentes programas y especializaciones, se contó con soporte de evaluación, el cual es obligatorio para el inicio de su practica

En el periodo intersemestral no se realizan inducciones y re inducciones por el tiempo de práctica.

Para el III semestre se realiza re inducción a todos los docentes de los programas de fisioterapia y odontología.

Tabla N°32: Detalle de resultados de inducción año 2024 y 2025

PROGRAMA / SERVICIOS	2024-1	2024-3	2025-1	2025-3
Estudiantes práctica Fisioterapia	63	64	33	46
Estudiantes práctica Odontología	134	112	92	101
Estudiantes Especializaciones	44	37	41	35
Docentes	0	46	1	46
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>259</b>	<b>167</b>	<b>228</b>

**Tabla N°33: Temáticas de inducciones Programa de Odontología**

<b>TEMÁTICAS INDUCCIONES F. IPS UAM 2023- 1 SEMESTRE PROGRAMA DE ODONTOLOGIA</b>			
N°	TEMÁTICA	CONTENIDO	RECURSOS DIGITALES
2	Plataforma estratégica	Misión, Visión, Valores, Mapa de procesos, Organigrama Portafolio de Servicios, Horarios de Atención, Directorio (Todo el talento humano de la Fundación con sus correos y extensiones telefónicas de contacto)	Presentación en Power Point
3	Lineamientos Fundación IPS UAM	Descripción de los lineamientos de la Fundación IPS UAM para cada uno de los actores: docentes, estudiantes, auxiliares y administrativos	
4	Seguridad del paciente	Programa Seguridad del paciente Fundación IPS UAM Política de Seguridad del paciente Fundación IPS UAM	
5	Eventos Adversos	Generalidades de eventos adversos en Odontología y Terapias de Apoyo, clasificación de eventos Reporte de Eventos Adversos	
6	Bioseguridad	Generalidades de Bioseguridad: Descripción de los componentes principales del Manual de Bioseguridad de la Fundación IPS UAM, normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia, lavado de manos, distanciamiento y convivencia social por Covid-19. Limpieza y desinfección Manual de Bioseguridad Fundación IPS UAM	
8	Gestión de los Consentimientos informados	Gestión de los consentimientos informados de acuerdo con procedimientos	
10	Mesas de servicio	Proceso de mesa de servicios para la separación de insumos e instrumental requerido para la atención de pacientes	
13	Radio protección	Programa de Protección Radiológica	
14	Disposición de Residuos	Clasificación de los residuos	

**Tabla 34. Temáticas de inducciones Programa de Fisioterapia**

<b>TEMÁTICAS INDUCCIONES PROGRAMA DE FISIOTERAPIA</b>			
N°	TEMÁTICA	CONTENIDO	RECURSOS DIGITALES
2	Plataforma estratégica	Misión, Visión, Valores, Mapa de procesos, Organigrama Portafolio de Servicios, Horarios de Atención, Directorio (Todo el talento humano de la Fundación con sus correos y extensiones telefónicas de contacto)	Presentación en Power Point
3	Lineamientos Fundación IPS UAM	Descripción de los lineamientos de la Fundación IPS UAM para cada uno de los actores: docentes, estudiantes, auxiliares y administrativos	
4	Seguridad del paciente	Programa Seguridad del paciente Fundación IPS UAM Política de Seguridad del paciente Fundación IPS UAM	
5	Eventos Adversos	Generalidades de eventos adversos en Odontología y Terapias de Apoyo, clasificación de eventos Reporte de Eventos Adversos	
6	Bioseguridad	Generalidades de Bioseguridad: Descripción de los componentes principales del Manual de Bioseguridad de la Fundación IPS UAM, normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia, lavado de manos, distanciamiento y convivencia social por Covid-19. Limpieza y desinfección Manual de Bioseguridad Fundación IPS UAM	
8	Gestión de los Consentimientos informados	Gestión de los consentimientos informados de acuerdo con procedimientos	

Para el año 2025 se migra la inducción a la plataforma Genially.

**Hacer introducción a esta tabla**

**Tabla N° 35: Relación de remisiones solicitadas y pendientes en servicios de odontología año 2024 y 2025**

Clinica	N° remisiones 2024	N° entregadas 2024	Pendientes 2024	N° remisiones 2025	N° entregadas 2025	Pendientes 2025
Cirugía	103	96	7	147	133	14
Integral I	32	29	3	55	55	0
Integral II	50	44	6	54	54	0
Integral III	65	51	14	87	77	10
Integral IV	6	5	1	8	7	1
Niños	7	7	0	8	8	0
Endodoncia	105	99	6	116	110	6
Ortodoncia	29	28	1	45	45	0
Periodoncia	55	50	5	101	97	4
Rehabilitación	75	75	0	171	137	34
TOTAL	527	484	43	792	723	69

**Poner título e introducción**

**Tabla N°36: Relación de cumplimientos en rondas de seguridad efectuadas en el año 2025**

PREGUNTA	RESULTADO	%		
1. Uso adecuado de barreras de protección personal.	Cumple	37	65%	100%
	No cumple	22	35%	
2. Lavado de manos: momentos y técnica adecuados.	Cumple	59	100%	100%
	No cumple	0	0%	
3. Manejo de residuos: Dispensación apropiada.	Cumple	55	88%	100%
	No cumple	4	12%	
4. Manejo de guantes desechables.	Cumple	57	94%	100%
	No cumple	0	0%	
	No aplica	2	6%	
5. Manipulación de equipos o instrumental: Estéril y contaminado (manipulación con barreras de bioseguridad, sin cruces en su transporte y no se deja sin supervisión).	Cumple	57	94%	100%
	No cumple	0	0%	
	No aplica	2	6%	

Se realizaron 59 rondas de seguridad a los estudiantes del programa de odontología y fisioterapia, donde se observó un alto nivel del cumplimiento como el manejo de guantes, se identifican oportunidades de mejora, especialmente en el uso adecuado de barreras de protección personal y manejo de residuos en la clínicas odontológicas.

En barreras de bioseguridad se observa la falta del uso de careta o monogafas en especializaciones y a veces en pregrado de odontología. (no cumplimiento un 35%)

Se observa un adecuado manejo de instrumental estéril y contaminado, las rondas de bioseguridad resultan efectivas como herramienta de control y mejora continua en estudiantes.

### **MESAS CLINICAS, ESTADOS DE GARANTIA**

El servicio de Posgrado en Rehabilitación Oral presento un desempeño adecuado, con un indicador de garantías controlado (2,25%), acorde con la complejidad clínica manejada y el contexto formativo del modelo Docencia–Servicio.

El comportamiento del indicador demuestra estabilidad operativa, control académico y calidad asistencial, sin evidencias de desviaciones críticas.

**Tabla N°37:** Relación de las garantías otorgadas

**INFORME DE GESTIÓN  
2025**

FECHA DE LA GARANTÍA	PACIENTE	CONCEPTO DE LA GARANTÍA	ESTADO DE LA GARANTÍA	AÑO	CANTIDAD DE SOLICITUDES	CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS	CANTIDAD DE GARANTÍAS OTORGADAS	SERVICIO	PORCENTAJE
28/3/2025	Luz Enith Jaramillo	Fija de 2 unidades-removible de 1 a 5 dientes con ajustes era-retratamiento endodóntico y poste del diente 34	TERMINADA	2025	5	222	5	POSGRADO DE REHABILITACION ORAL	2,25%
31/03/2025	José Ancizar arias Jaramillo	paciente no desea continuar con el tratamiento en Fundacion IPA UAM, y solicitar cita con el rector para tener una forma de pago de lo restante que debe al tratamiento que se le realizo	NO ES GARANTIA						
24/04/2025	Higor Alexis Zuluaga Gallego	Pilar en titanio análogos y copíng barra en PEEK, prótesis hibrida ,acrílico de alto impacto, DIENTES BIODENT	EN TRATAMIENT O						
07/05/2025	Elsy salgado	Mantenimiento de la prótesis transicional , elaboración de la nueva prótesis definitiva, placa neomio relajante que debe ser asumida por la paciente	TARMINADA						
23/05/2025	Luz Dary Salgado Velasquez	Exodoncias de 2 dientes- prótesis total superior	TERMINADA						
06/06/2025	German salgado	Pendiente de garantía	TEMINADA						

**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD  
FUNDACIÓN IPS UAM**

Desde el año 2020 en la Fundación IPS UAM se formuló la política de participación Social en Salud en donde se planteó dar respuesta a las necesidades y problemáticas que afectan, limitan o restringen la participación de la ciudadanía en salud en el marco

de lo establecido en las leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015, adoptada mediante Resolución 2063 de 2017.

**Para el año 2025 se establecieron los siguientes objetivos:**

- Garantizar los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el desarrollo de los espacios de participación social en salud en la Fundación IPS UAM.
- Consolidar la implementación de la Política de Participación Social en Salud y fortalecer la Asociación de Usuarios como instancia formal de participación.
- Diseñar e implementar planes de formación continua en participación social y derecho a la salud dirigidos a funcionarios, usuarios y comunidad
- Incorporar el enfoque diferencial en todos los espacios, programas y estrategias de participación social en salud.
- Impulsar el uso y apropiación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para facilitar la participación, el control social y la comunicación con los usuarios
- Mejorar el acceso a la información mediante la ampliación y difusión de canales de comunicación institucionales

**ESTRUCTURA DE POLITICA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD**

**EJES ESTRATÉGICOS:**

Permiten el desarrollo de los objetivos propuestos, estos se constituyen en las líneas maestras de intervención sistemática para el desarrollo de la Política de participación Social en Salud. Cada uno de los ejes estratégicos definen las grandes líneas de acción que deben impactar de manera transversal a cada uno de los objetivos.

**A continuación, se relacionan los 5 ejes de PPSS:**

1. Fortalecimiento Institucional
2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud
3. Impulsar la cultura de la salud
4. Control social
5. Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión

**Actividades realizadas durante el año 2025**

1. Se llevo a cabo la actualizacion de la adopción de la política de Participacion social en Salud y la actualización del acto administrativo de la Asociación de usuarios.

# INFORME DE GESTIÓN 2025

	<b>ACTA DE COMITÉ</b>	CODIGO: PPS-000-001
		VERSIÓN: 1
		FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 10/04/2025

**COMITÉ A DESARROLLARSE:** Actualización Adopción Política de Participación social en salud

Fecha: 04/05/2025	Lugar: Fundación IPS UAM	Hora: 2:00 Pm
-------------------	--------------------------	---------------

**Integrantes:**

Cargo	Nombre	Firma
Gerente Fundación IPS UAM	Sandra Milena Marin Betancur	
Auditor de Calidad	Juan David Bedoya Cortes	
Analista de Calidad y Lider de PPSS	Kelly Tatiana Cardona Ramirez	
Coordinadora Administrativa	Lina Anyeli Castaño Cuango	
Coordinadora Docencia Servicio	Jerry Paola Ospina Prieta	

**Orden del día:**

- Actualización de la Política de Participación Social en Salud.

**Ejecución del Orden del Día**

En cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en especial la Resolución 2003 de 2017, y con base en los principios de democratización, corresponsabilidad y garantía del derecho a la participación social en salud, la Fundación IPS UAM realiza la presente actualización de la adopción de la Política de Participación Social en Salud (PPSS), con el fin de fortalecer los mecanismos y procesos de participación ciudadana en

	<b>ACTA DE COMITÉ</b>	CODIGO: PPS-000-001
		VERSIÓN: 1
		FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 10/04/2025

**COMITÉ A DESARROLLARSE:** Actualización Acto administrativo de conformación de la Asociación de Usuarios

Fecha: 04/05/2025	Lugar: Fundación IPS UAM	Hora: 02:00pm
-------------------	--------------------------	---------------

**Integrantes:**

Cargo	Nombre	Firma
Gerente Fundación IPS UAM	Sandra Milena Marin Betancur	
Auditor de Calidad	Juan David Bedoya Cortes	
Analista de Calidad y Lider de PPSS	Kelly Tatiana Cardona Ramirez	
Coordinadora Administrativa	Lina Anyeli Castaño Cuango	
Coordinadora Docencia Servicio	Jerry Paola Ospina Prieta	

**Orden del día:**

- Actualización Acto administrativo de conformación de la Asociación de usuarios

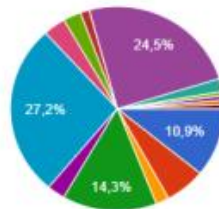
**Ejecución del Orden del Día**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 700 de 2016, que compila el artículo 10 del Decreto 1757 de 1994, y en concordancia con la Resolución 2003 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece la Política de

- Se diseño e implementó un cronograma de formación en temáticas relacionadas con la política de participación social en salud.

Nombre del curso	POBLACIÓN OBJ	METODOLOG	LUGAR	RESPONSABIL	FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:											
					CODIGO: FGTB-000-001											
					VERSIÓN: 1											
					FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 20-mar-20											
					ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCTU	NOV	DICEM
Educación al usuario, medidas de seguridad y autocuidado en consulta	Usuarios y acompañantes	presencial	Fundación IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Política de participación social en salud	usuarios	presencial	Fundación IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Derechos y deberes, SIAU	Personal asistencial y	Presencial	Fundación IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Derechos y deberes, SIAU	Usuarios	Presencial	Fundación IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Estrategias de prevención y atención del desastre emocional	Personal asistencial y	Presencial	Fundación IPS	Andres Florez												
Control social	Personal	Virtual	Fundación IPS	Psicólogo - ANALISTA DE CALIDAD												
Enfoque diferencial	Personal	Virtual	Fundación IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Humanización en el Contexto de la Atención a Pacientes	Auxiliares clínicas odontológicas	Presencial- ArteSalon	Fundación IPS	ANALISTA DE CALIDAD Y METRO												

**En que tema se capacitó:**



- Derechos y deberes
- Papsivi
- Enfoque diferencial
- Política de Participación Social en salud
- Canales de atención, valores corporat...
- Control social
- Cuidado Emocional
- Referencia y contrareferencia

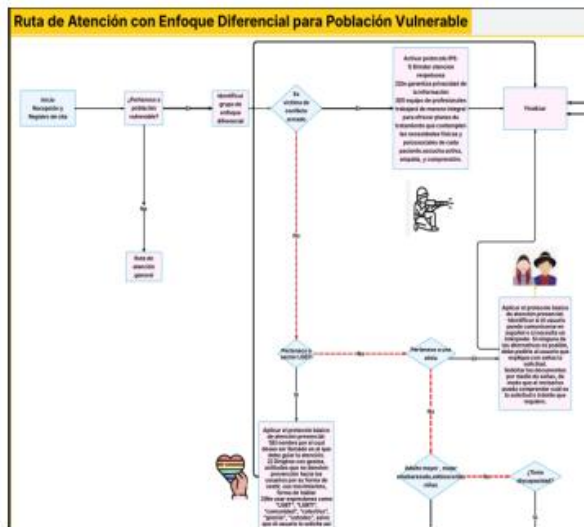
« PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD » PPS5 2025 » 1.EJES ESTRATEGICOS » EJE 1 » E1 Libronograma de formación » EVIDENCIAS CAPACITACIONES » MATERIAL FORMATIVO

Ido	Nombre	Fe
	1. Política Participación social en salud y mecanismos	12/
	2. BOLETIN ENFOQUE SEGURO POLITICA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD 2025	10/
	7. BOLETIN ENFOQUE SEGURO RUTA ATENCION DIFERENCIAL- 2025	8/1
	9. BOLETIN ENFOQUE SEGURO HUMANIZACION	10/
	Folleto Derechos y Deberes IPS UAM 2025	22/
	Folleto Política Participación Social en Salud 2025	22/
	Gestión PQRSF- Canales de atención-derechos y deberes	13/
	Infografía Autocuidado en tu consulta	22/
	Modulo Control Social	22/

- Se contó con un recurso del SENA en práctica en la Fundación IPS UAM el cual apoyó la consecución de actividades y charlas para los usuarios.



- La Fundación IPS UAM contó con espacios de participación en los que se incorporó el enfoque diferencial; además, se diseñó la ruta de atención y se socializó el protocolo correspondiente con el personal asistencial y administrativo, garantizando su conocimiento y aplicación en la atención a los usuarios.



	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL	CÓDIGO: PUMPIFYJALBYT VERSION: 01 FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 2025/01/20
--	---	---

### 1. OBJETIVO

Implementar en todos los puntos de atención de la Fundación IPS UAM, mecanismos de atención diferencial a grupos priorizados, cumpliendo con los estándares establecidos por la normativa vigente. El objetivo es eliminar cualquier barrera que dificulte el acceso al servicio solicitado y garantizar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

### 2. ALCANCE

Con este protocolo se busca brindar una atención diferenciada, priorizando los derechos de los usuarios atendidos en la Fundación IPS UAM. Se enfoca en ofrecer una atención humanizada, oportuna y eficaz, así como en proporcionar orientación y comunicación constante de forma cordial. Además, se garantiza una atención integral basada en principios de objetividad y trato amable.

### 3. RESPONSABLES

	LISTA DE ASISTENCIA FUNDACIÓN IPS UAM	IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO
--	--	---

Fecha Socialización Ruta Atención Enfoque Diferencial						
Fecha del Evento: 24 de 2025						
Ubicación: Fundación IPS UAM						
Organización: ASILH Población Vulnerable						
No.	NOMBRES COMPLETOS	SEDE	CARGO O TENDENCIA (ASISTENTE)	E-mail	TELÉFONO	SEDE
1	Andrés Rodríguez		Coordinador	andresrodriguez@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH
2	Diana Escobar		PT	dianaescobar@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH
3	Andrés María Muñoz		PT	andresmaria@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH
4	Andrés María Muñoz		PT	andresmaria@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH
5	Florencia García A.		Asistente Social	florenciagarcia@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH
6	Natalia López G		Asistente Social	natalialopez@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH
7	Carolina Torres G		Asistente Social	carolinatorres@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH
8	Andrés Rodríguez		Coordinador	andresrodriguez@ipsuam.gov.co	310 474 1111	ASILH

- Se establecieron contenidos y se diseñaron piezas de comunicación (videos, infografías, spots, banners, entre otros) con enfoque diferencial, utilizando lenguajes y narrativas tanto textuales como gráficas incluyentes. Como evidencia, se cuenta con el boletín de enfoque seguro, en el cual se describe la ruta de atención con enfoque diferencial.

- Se establecieron incentivos para propiciar la participación social y comunitaria, mediante la definición de una estrategia institucional para su entrega, que incluyó espacios de reconocimiento de procesos participativos y capacitaciones,

# INFORME DE GESTIÓN 2025

así como la visibilidad de dichas iniciativas en la página web, micrositio y redes sociales institucionales.



7. Se impulsaron y promovieron iniciativas para el uso y la apropiación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en las organizaciones sociales en salud, mediante el diseño e implementación de un módulo orientado al desarrollo de habilidades y competencias para la apropiación de herramientas TIC.



8. Se definió y diseñó la estructura y la parrilla de contenidos en los medios institucionales y comunitarios para visibilizar las iniciativas de la Fundación IPS UAM y sus buenas prácticas participativas, mediante la publicación de boletines informativos destacados en la página web institucional.

## Cronograma de Boletines Informativos



9. Se diseñó e implementó una estrategia de comunicación e información mediante el uso de canales institucionales y alternativos, que incluyó la generación de contenidos y material comunicativo, así como la disposición de espacios para visibilizar experiencias exitosas y buenas prácticas participativas.

## Evidencias de Canales digitales



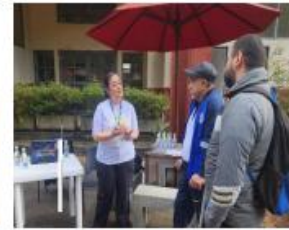
10. Se definieron e implementaron estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades, mediante el diseño e implementación de un módulo de Salud Pública en el marco del programa de formación, así como el desarrollo de capacitaciones orientadas a activar los programas de promoción y prevención, con el apoyo de profesionales de la comunidad UAM.

**Vive UAM, Vive más**

En este intersemestral, sumérgete en nuestros Talleres Virtuales y adquiere herramientas clave para potenciar tu bienestar integral y seguridad laboral.

**¡Inscríbete aquí!**

FECHA	TEMA
Miércoles 07 8:00 a 9:30 a.m.	Estrategia habilidades para la vida - Manejo de tensiones y estrés
Viernes 08 8:00 a 9:45 a.m.	Platos saludables en mi lugar de trabajo
Viernes 08 4:00 a 5:30 p.m.	Estrategia habilidades para la vida - Fluir es la vida una manera de comprender las emociones
Sábado 09 10:00 a 11:30 a.m.	¿Cómo las emociones impactan las finanzas?
Lunes 07 2:00 a 3:30 p.m.	Estrategia habilidades para la vida - Me conecto con el otro, soy empático
Martes 08 4:00 a 4:45 p.m.	Salud mental y su impacto en la sostenibilidad organizacional
Miércoles 09 8:00 a 9:30 a.m.	Beneficios del uso de la tecnología y sus riesgos



11. Se impartieron talleres sobre los derechos y deberes de los pacientes con el apoyo del área de Arte y Cultura.

**ArteSalon difusión de derechos y deberes**



**ArteSalon trato digno "Humanización en Salud"**





INFORME DE GESTIÓN  
2025

Equipo	Actividades Realizadas – febrero del año 2024			
	Programadas	Realizadas	Cumplimiento	Observaciones
ASPIRADOR DE SECRECIONES	5	5	100%	1
AUTOCLAVE	1	1	100%	1
BALANZA ANALOGA	1	1	100%	0
BALANZA DIGITAL	1	1	100%	1
CAVITRON	4	4	100%	2
ELECTROBISTURI	2	2	100%	1
FONENDOSCOPIO	7	7	100%	1
GRAMERA	2	2	100%	1
LAMPARA DE FOTOCURADO	9	9	100%	1
LOCALIZADOR APICAL	2	2	100%	1
MICROMOTOR	1	1	100%	0
MICROSCOPIO	3	3	100%	3
PIEZOTOMO	1	1	100%	0
RAYOS X PERIAPICAL	3	3	100%	3
TENSIOMETRO ANEROIDE	5	5	100%	1
TERMOHIGROMETRO DIGITAL	5	5	100%	1
UNIDAD DE FRESADO	1	1	100%	0
	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>

Porcentaje de cumplimiento 100%

También se realizan mantenimientos a los equipos adquiridos con Eurodent, como son: Rx panorámico, radiovisiografos, equipo CEREC y lámparas para cirugía (mantenimiento correctivo por cableado expuesto), Autoclave W&H. Se realizó la compra de un RX periapical para sustituir otro que ya no tenía reparación y una planta generadora por solicitud de la Territorial de Salud de Caldas para cumplir con la normatividad vigente.

Equipo que se dio de baja:



Equipo adquirido:



Mantenimiento IPS fisioterapia:

EQUIPO	PROGRAMADOS	REALIZADOS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BALANZA DE PISO	1	1	100%	1
DYNATRON	1	1	100%	0
ELECTROESTIMULADOR	14	14	100%	8
FONENDOSCOPIO	1	1	100%	0
LAMPARA INFRARROJA	1	1	100%	0
MASAJEADOR	2	2	100%	1
NEVERA	1	1	100%	1
PULSIOXIMETRO	1	1	100%	0
REGULADOR DE OXIGENO	1	1	100%	0
SILLA DE RUEDAS	1	1	100%	1
TANQUE DE COMPRESAS	2	2	100%	0
TANQUE DE HIDROTERAPIA	1	1	100%	0
TANQUE DE PARAFINA	2	2	100%	0
TENSIOMETRO ANEROIDE	2	2	100%	1
ULTRASONIDO	3	3	100%	3
<b>Total general</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

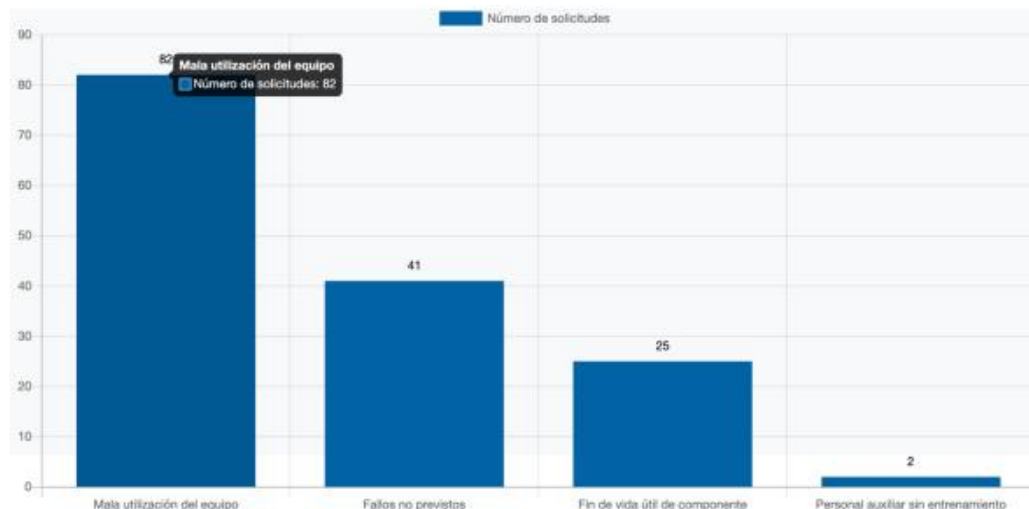
Porcentaje de cumplimiento del 100%

En fisioterapia se han tenido mantenimiento correctivo de ultrasonido, cambio de transductor y tarjeta con Brasmedica, también mantenimientos correctivos de tanques de parafina debido a que estos tanques siempre están funcionando y no se da un período de receso.

Servicios médicos:

Equipo	Actividades Realizadas - AÑO 2023			
	Programadas	Realizadas	Cumplimiento	Observaciones
Baculada	2	2	100%	0
Equipo de órganos	1	1	100%	0
Fonendoscopio	1	1	100%	0
Lampara Cuello de Cisne	1	1	100%	0
pulsioxímetro	1	1	100%	0
tensiómetro	1	1	100%	0
Martillo de reflejos	1	1	100%	0
	8	8	100%	0

Los mantenimientos preventivos se cumplen en un 100%, con los equipos listados anteriormente. Los informes completos, se encuentran compartidos en la carpeta de Google Drive. Las intervenciones correctivas a los equipos de la FUNDACIÓN IPS UAM desde la mesa de servicio fueron en el período 286 de las cuales 215 se generaron por el uso de las unidades odontológicas; en la siguiente imagen que se obtiene de la Mesa de servicio, se encuentra las causas de los llamados, se obtuvo aumento del mal uso por daños en los cables en los equipos de fisioterapia en donde los cables de poder son halados y tienen fisuras internas.



En la siguiente tabla se da cuenta de los equipos seleccionados por la Territorial de Salud De Caldas para demostrar la gestión de mantenimiento en la Fundación IPS UAM presentados el 5 de junio; de todos los equipos sólo se encontró una observación en una hoja de vida de un equipo faltante, que se envió el mismo día al correo de los interesados

Equipo	Servicio	Porcentaje de equipos
ASPIRADOR DE SECRECIONES	Clínica de Odontología	27%
AUTOCLAVE		
BALANZA DIGITAL		
CAVITRON		
FONENDOSCOPIO		
LAMPARA DE FOTOCURADO		
LAMPARA DE FOTOCURADO		
LOCALIZADOR APICAL		
RAYOS X PERIAPICAL		
RAYOS X PERIAPICAL		
RAYOS X PERIAPICAL		
RAYOS X PERIAPICAL		
REGULADOR DE OXIGENO		
TENSIOMETRO ANEROIDE		
TERMOHIGROMETRO DIGITAL		
BALANZA DE PISO	Fisioterapia	26%
PULSIOXIMETRO		
TENSIOMETRO ANEROIDE		
ELECTROESTIMULADOR		
ELECTROESTIMULADOR		
NEVERA		
TANQUE DE HIDROTERAPIA		
TANQUE DE PARAFINA		
ULTRASONIDO		
BASCULA	Servicio médico	43%
PULSIOXÍMETRO		
TENSIÓMETRO		

### INFORMACIÓN FINANCIERA

Los ingresos totales con corte a **Diciembre 2025** fueron por valor de **\$821.829.768**, y representaron un incremento del **1.00%** con relación al año anterior a **Diciembre 2024**, estos ingresos corresponden al contrato que se tiene vigente con Sanitas y también la facturación de clínicas odontológicas que a

partir del mes de Septiembre 2025 se empezó a realizar por la Fundación IPS. Los costos de funcionamiento del mismo período se incrementaron en un **1.94%** dicho aumento se debe principalmente al porcentaje de participación de los ingresos brutos que obtuvo la Fundación IPS y que le corresponden a la UAM, según convenio de Alianza Estratégica firmado entre ambas entidades. A continuación, se detalla en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	2024	2025	%
INGRESOS POR SERVICIOS DE SALUD	442.885.916	821.829.768	
(-) COSTOS CONVENIO CON LA UAM	403.963.879	782.802.024	
<b>EXCEDENTE (INGRESOS MENOS COSTOS CONVENIO UAM)</b>	<b>38.922.037</b>	<b>39.027.744</b>	<b>1,00</b>

Se realizó una inversión en Equipo Médico y Científico para fortalecer el área de Odontología y fisioterapia con los recursos destinados en la asignación permanente 2023 y recursos para la reinversión de excedentes del año gravable 2025 dicha compra corresponde a los equipos:

- NEURODYN II 4 CANALES CUERPOBOLIGRAFO \$ 5.542.800

Se realizó una inversión en Equipo Médico y Científico para fortalecer el área Odontología y de Fisioterapia con los recursos destinados en la asignación permanente 2024 y recursos para la reinversión de excedentes del año gravable 2025 dicha compra corresponde a los equipos:

- ELECTROESTIMULADOR PROFESIONAL QUATTRO 2.5 \$ 4.940.000

A **Diciembre 31 de 2025**, la Fundación IPS Universidad Autónoma de Manizales se encontraba cumpliendo en forma adecuada, lo dispuesto en la Ley 603 del 2000 con relación a la propiedad intelectual y a los derechos de autor.



SANDRA MILENA MARIN BETANCUR  
Gerente-Representante Legal Fundación IPS UAM

FUNDACIÓN IPS UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

NIT. 900.562.845-2

ESTADO DE RESULTADOS

ENERO 1 A DICIEMBRE 31 DE 2025 Y 2024

(Valores expresados en pesos)

	Nota	2025	2024
<b>INGRESOS POR ACTIVIDADES ORDINARIAS</b>			
INGRESOS OPERACIONALES	14	821,829,768	442,885,916
<b>INGRESOS OPERACIONALES NETOS</b>		<b>821,829,768</b>	<b>442,885,916</b>
(-) COSTO DEL SERVICIO	15	813,049,150	423,880,792
<b>EXCEDENTE O DEFICIT BRUTO</b>		<b>8,780,618</b>	<b>19,005,124</b>
<b>(-) GASTOS DE OPERACIÓN</b>			
Administración		-	-
Ventas		-	-
<b>TOTAL GASTOS DE OPERACIÓN</b>		<b>-</b>	<b>-</b>
<b>EXCEDENTE O DEFICIT OPERATIVO</b>		<b>8,780,618</b>	<b>19,005,124</b>
(+) INGRESOS FINANCIEROS	16	564,664	444,879
(+) INGRESOS NO FINANCIEROS	17	628	769
(-) GASTOS FINANCIEROS	18	1,710,672	57,890
(-) OTROS EGRESOS	19	3,387,878	1,355,896
<b>EXCEDENTE O DÉFICIT ANTES DE IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS</b>		<b>4,247,359</b>	<b>18,036,985</b>
(-) GASTO POR IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS		3,372,721	2,206,000
<b>EXCEDENTE O DEFICIT NETO</b>		<b>874,638</b>	<b>15,830,985</b>

VEANSE LAS NOTAS DE REVELACION QUE ACOMPAÑAN A LOS ESTADOS FINANCIEROS

Firmado digitalmente por  
Sandra Milena Marin Betancur  
Fecha: 2026.03.16 07:18:48  
-05'00'

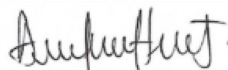
**SANDRA MILENA MARIN BETANCUR**

Representante Legal



**LORENA PINILLA LONDOÑO**

Contadora  
TP No 293003 - T



**ANA ISABEL HENAO JARAMILLO**

Revisor Fiscal Principal, firma DCT Desarrollos  
Contables y Tributarios S.A.S.

TP No. 218280-T

Ver dictamen adjunto

Vigilado



FUNDACIÓN IPS UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
NIT. 900.562.845-2  
ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA  
AÑOS QUE TERMINARON EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024  
(Valores expresados en pesos)

ACTIVO	Nota	AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025	AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	PASIVO Y PATRIMONIO	Nota	AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025	AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024
<b>ACTIVO CORRIENTE</b>				<b>PASIVO CORRIENTE</b>			
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	6	317,117,662	410,840,321	OBLIGACIONES FINANCIERAS		-	-
ACTIVOS FINANCIEROS		-	-	CUENTAS COMERCIALES POR PAGAR Y OTRAS CUENTAS POR PAGAR	11	343,883,931	385,043,419
CUENTAS COMERCIALES POR COBRAR Y OTRAS CUENTAS POR COBRAR	7	74,878,935	36,522,796	PASIVO POR IMPUESTOS CORRIENTES	12	3,592,721	2,206,000
ACTIVOS POR IMPUESTOS CORRIENTES				OBLIGACIONES A CORTO PLAZO POR BENEFICIO A LOS EMPLEADOS			-
INVENTARIOS		-	-	PASIVOS ESTIMADOS Y PROVISIONES		-	-
OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS		-	-	PASIVOS NO FINANCIEROS		-	-
				OTROS PASIVOS NO FINANCIEROS		-	-
<b>TOTAL ACTIVO CORRIENTE</b>		<b><u>391,996,597</u></b>	<b><u>447,363,117</u></b>	<b>TOTAL PASIVO CORRIENTE</b>		<b><u>347,476,652</u></b>	<b><u>387,249,419</u></b>
				<b>PASIVO NO CORRIENTE</b>			
				OBLIGACIONES FINANCIERAS		-	-
				OBLIGACIONES A LARGO PLAZO POR BENEFICIO A LOS EMPLEADOS		-	-
<b>ACTIVO NO CORRIENTE</b>				<b>TOTAL PASIVO NO CORRIENTE</b>		<b><u>-</u></b>	<b><u>-</u></b>
OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS	8	24,084,782	7,157,850	<b>TOTAL PASIVO</b>		<b><u>347,476,652</u></b>	<b><u>387,249,419</u></b>
PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO	9	81,472,449	82,663,827	<b>PATRIMONIO</b>			
PROPIEDADES DE INVERSION				FONDO SOCIAL		30,000,000	30,000,000
ACTIVOS INTANGIBLES	10	1,491,464	758,625	ASIGNACION PERMANENTE		9,524,934	4,176,749
ACTIVO POR IMPUESTOS DIFERIDOS		-	-	REINVERSION EXCEDENTES (ACTIVOS FIJOS)		118,546,839	108,064,039
				RESULTADOS DEL EJERCICIO		874,638	15,830,985
<b>TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE</b>		<b><u>107,048,695</u></b>	<b><u>90,580,302</u></b>	RESULTADOS ACUMULADOS		- 7,377,771	- 7,377,771
				IMPACTOS POR CONVERGENCIA A NIIF		-	-
<b>TOTAL ACTIVO</b>		<b><u>499,045,292</u></b>	<b><u>537,943,419</u></b>	<b>TOTAL PATRIMONIO</b>		<b><u>151,568,641</u></b>	<b><u>150,694,002</u></b>
				<b>TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO</b>		<b><u>499,045,292</u></b>	<b><u>537,943,419</u></b>

VEANSE LAS NOTAS DE REVELACION QUE ACOMPAÑAN A LOS ESTADOS FINANCIEROS

Firmado digitalmente por  
Sandra Milena Marin Betancur  
Fecha: 2026.03.16 07:17:14  
-05'00'

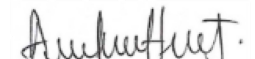
**SANDRA MILENA MARIN BETANCUR**

Representante Legal



**LORENA PINILLA LONDOÑO**

Contadora  
TP No. 293003 - T



**ANA ISABEL HENAO JARAMILLO**  
Revisor Fiscal Principal, firma DCT Desarrollos  
Contables y Tributarios S.A.S.  
TP No. 218280-T  
Ver dictamen adjunto

**Vigilado** 


(\*) Los suscritos Representante Legal y Contadora, certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en los estados financieros, y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros contables.

RTA

**FUNDACIÓN IPS UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**  
**NIT. 900.562.845-2**  
**ESTADO DE CAMBIOS EN EL PATRIMONIO**  
**AÑOS QUE TERMINARON EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024**  
**(Valores expresados en pesos)**

	FONDO SOCIAL	EXCEDENTE O PERDIDA DEL EJERCICIO	EXCEDENTES O PERDIDAS ACUMULADAS	TOTAL
<b>SALDO AÑO 2020</b>	<b>85,476,701</b>	<b>10,496,657</b>	<b>-7,377,701</b>	<b>88,595,657</b>
Excedente del Ejercicio año 2021		9,626,024	-	9,626,024
Traslado a Reinversión de Excedentes (AG 2020)		-10,496,657	-	-10,496,657
Reinversión Activos Fijos	10,496,657		-	10,496,657
Asignación Permanente (2021-2025)	-		-	-
<b>SALDO AÑO 2021</b>	<b>95,973,358</b>	<b>9,626,024</b>	<b>-7,377,701</b>	<b>98,221,681</b>
Excedente del Ejercicio año 2022		22,684,229	-	22,684,229
Traslado a Reinversión de Excedentes (AG 2021)		-9,626,024	-	-9,626,024
Reinversión Activos Fijos	9,000,000		-	9,000,000
Asignación Permanente (2022-2026)	626,024		-	626,024
<b>SALDO AÑO 2022</b>	<b>105,599,382</b>	<b>22,684,229</b>	<b>-7,377,701</b>	<b>120,905,910</b>
Excedente del Ejercicio año 2023		13,957,107	-70	13,957,037
Traslado a Reinversión de Excedentes (AG 2022)		-22,684,229	-	-22,684,229
Reinversión Activos Fijos	17,790,500		-	17,790,500
Asignación Permanente (2018)	-10,000,000		-	-10,000,000
Asignación Permanente (2022-2026)	626,024		-	626,024
Asignación Permanente (2023-2027)	14,267,775		-	14,267,775
<b>SALDO AÑO 2023</b>	<b>128,283,681</b>	<b>13,957,107</b>	<b>-7,377,771</b>	<b>134,863,017</b>
Excedente del Ejercicio año 2024		15,830,986	-	15,830,986
Traslado a Reinversión de Excedentes (AG 2023)		-13,957,107	-	-13,957,107
Reinversión Activos Fijos	25,300,181		-	25,300,181
Asignación Permanente (2022-2023-2027)	-15,519,823		-	-15,519,823
Asignación Permanente (2024-2028)	4,176,749		-	4,176,749
<b>SALDO AÑO 2024</b>	<b>142,240,788</b>	<b>15,830,986</b>	<b>-7,377,771</b>	<b>150,694,003</b>
Excedente del Ejercicio año 2025		874,638	-	874,638
Traslado a Reinversión de Excedentes (AG 2024)		-15,830,986	-	-15,830,986
Reinversión Activos Fijos	10,482,800		-	10,482,800
Asignación Permanente (2024-2028 AG 2023)	-4,176,749		-	-4,176,749
Asignación Permanente (2025-2029 AG 2024)	9,524,935		-	9,524,935
<b>SALDO AÑO 2025</b>	<b>158,071,774</b>	<b>874,638</b>	<b>-7,377,771</b>	<b>151,568,641</b>

VEANSE LAS NOTAS DE REVELACIÓN QUE ACOMPAÑAN A LOS ESTADOS FINANCIEROS

  
 Firmado digitalmente por Sandra Milena Marin Betancur  
 Fecha: 2026.03.16 07:19:29 -05'00'  
**SANDRA MILENA MARIN BETANCUR**  
 Representante Legal

  
**LORENA PINILLA LONDOÑO**  
 Contadora


TP No 293003 - T

  
**ANA ISABEL HENAO JARAMILLO**  
 Revisor Fiscal Principal, firma DCT Desarrollos Contables y Tributarios S.A.S.  
 TP No. 218280-T  
 Ver dictamen adjunto



**FUNDACIÓN IPS UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**  
**ESTADO DE FLUJOS DE EFECTIVO**  
**AÑOS QUE TERMINARON EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Y 2024**  
**METODO INDIRECTO**  
**(Valores expresados en pesos)**

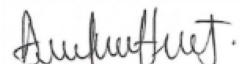
	2025	2024
<b>ACTIVIDADES DE OPERACIÓN</b>		
RESULTADO DEL EJERCICIO	874,638	15,830,986
<b>PARTIDAS QUE NO AFECTAN EL EFECTIVO</b>		
Depreciaciones	11,674,178	10,344,909
Reversion Deterioro de Cartera	-	-
Deterioro de Cartera	-	-
<b>EFFECTIVO GENERADO EN OPERACIÓN</b>	<b>12,548,816</b>	<b>26,175,895</b>
<b>CAMBIOS EN LAS PARTIDAS OPERACIONALES</b>		
'+/- Disminución (Aumento) en Cuentas comerciales por cobrar y otras cuentas por cobrar	-	38,356,139
'-/+ (Disminución) (Aumento) Cuentas comerciales por pagar y otras cuentas por pagar	-	39,772,767
<b>FLUJO DE EFECTIVO NETO EN ACTIVIDADES DE OPERACIÓN</b>	<b>-</b>	<b>104,654,418</b>
<b>ACTIVIDADES DE INVERSION</b>		
'+/- Disminución (Aumento) Otros Activos no Financieros	-	732,839
'+/- Disminución (Aumento) Otros Activos Intangibles	-	16,926,930
'+/- Disminución (Aumento) Propiedad, Planta y Equipo	-	10,482,800
<b>FLUJO DE EFECTIVO NETO EN ACTIVIDADES DE INVERSIÓN</b>	<b>-</b>	<b>28,142,569</b>
<b>ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN</b>		
'-/+ (Disminución) Incremento en Obligaciones Financieras Largo Plazo	-	-
'-/+ (Disminución) Aumento del Patrimonio	-	-
<b>FLUJO DE EFECTIVO EN ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>AUMENTO (DISMINUCIÓN) NETO EN EFECTIVO Y EQUIVALENTES DE EFECTIVO</b>	<b>-</b>	<b>93,722,658</b>
<b>EFFECTIVO Y EQUIVALENTES DE EFECTIVO AL INICIO DEL AÑO</b>	<b>410,840,321</b>	<b>332,227,107</b>
<b>EFFECTIVO Y EQUIVALENTES DE EFECTIVO AL FINAL DEL AÑO</b>	<b>317,117,663</b>	<b>410,840,321</b>

  
 Firmado digitalmente por  
 Sandra Milena Marin  
 Betancur  
 Fecha: 2026.03.16 07:17:58  
 -05'00'

**SANDRA MILENA MARIN BETANCUR**  
 Representante Legal



**LORENA PINILLA LONDOÑO**  
 Contadora  
 TP No 293003 - T



**ANA ISABEL HENAO JARAMILLO**  
 Revisor Fiscal Principal, firma DCT  
 Desarrollos Contables y Tributarios S.A.S.  
 TP No.218280-T  
 Ver dictamen adjunto

**NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS****Por los períodos terminados al 31 de diciembre de 2025, 31 de diciembre de 2024****(Cifras expresadas en pesos colombianos)****NOTA 1 - INFORMACIÓN GENERAL**

La Fundación IPS Universidad Autónoma de Manizales es una persona jurídica de derecho privado del tipo de las fundaciones, de las reguladas, en lo pertinente, por los artículos 633 a 652 del Código Civil Colombiano, el decreto 2150 de 1995 y demás normas concordantes. Se constituye como una entidad sin ánimo de lucro, de utilidad común, de carácter permanente, independiente y autónomo; con personería Jurídica reconocida por Resolución número 1118 del 11 de septiembre de 2012, expedida por la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

**Domicilio**

Situada en la ciudad de Manizales, Departamento de Caldas, República de Colombia. Su ubicación en la ciudad de Manizales es en la Antigua Estación del Ferrocarril.

**Duración**

La Fundación IPS UAM, tiene una duración indefinida, pero podrá disolverse anticipadamente por las causas que contempla la ley y el estatuto de la Fundación IPS UAM.

**Actividad económica principal**

La Fundación IPS UAM es una institución prestadora de servicios de salud para el desarrollo de las prácticas de formación, para la investigación y para la proyección de los programas académicos del área y prestar servicios de salud a los colaboradores de la UAM, a estudiantes y a terceros.

La Fundación IPS UAM se encuentra vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud.

**NOTA 2 - BASES DE PREPARACIÓN**

Los presentes estados financieros de La Fundación IPS UAM, se han preparado de acuerdo con las Normas de Contabilidad e Información Financiera Aceptadas en Colombia, fundamentadas en las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), junto con sus interpretaciones, marco de referencia conceptual, los fundamentos de conclusión y las guías de aplicación autorizadas y emitidas por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2012 y publicadas en español hasta el mes de Agosto de 2013, y adoptadas en Colombia según la Ley 1314 de 2009 y sus decretos reglamentarios aplicables 2784 de 2012, 3023 de 2013, 3024 de 2013 y 2420 de 2015, compilados y racionalizados en el Decreto Único Reglamentario de las Normas de Contabilidad, de Información Financiera y de Aseguramiento de la Información 2496 del 23 de diciembre de 2015.

Los presentes estados financieros están compuestos por: Estado de situación financiera, Estado de resultados, Estado de cambios en el patrimonio y Estado de flujo de efectivo, por los ejercicios terminados al 31 de diciembre de 2025 y 2024 y sus correspondientes revelaciones y notas a los Estados financieros.

#### **Bases de medición**

Los estados financieros han sido preparados sobre la base del costo histórico, excepto por la medición a valor razonable de ciertos instrumentos financieros.

#### **Moneda funcional y de presentación**

Los estados financieros son llevados en pesos colombianos, que a la vez es la moneda funcional y la moneda de presentación de La Fundación IPS UAM.

Las cifras del presente informe están expresadas en pesos colombianos.

#### **Clasificación de partidas en corrientes y no corrientes**

En el estado de situación financiera adjunto, los activos y pasivos se clasifican en función de sus vencimientos entre corrientes, aquellos con vencimiento igual o inferior a doce (12) meses después del cierre del periodo sobre el que se informa, y no corrientes, aquellos cuyo vencimiento es superior a doce (12) meses.

### **NOTA 3 - PRINCIPALES POLITICAS CONTABLES**

A continuación, se detallan las principales políticas contables que La Fundación IPS UAM aplica en la preparación de sus estados financieros:

#### **Efectivo y equivalentes de efectivo**

La Fundación IPS UAM considera efectivo y equivalentes de efectivo las entradas y salidas de efectivo incluye el dinero en caja, bancos y fiducias.

#### **Préstamos y cuentas por cobrar corrientes y no corrientes**

Los préstamos y cuentas por cobrar se incluyen en deudores en el estado de situación financiera. Las cuales corresponden a facturación radicada con las EPS y se reconoce una cuenta por cobrar al valor presente del importe por cobrar en efectivo.

Para determinar el monto del deterioro, La Fundación IPS UAM realiza una estimación sobre aquellas cuentas de cobro dudoso, tomando como base los vencimientos iguales o superiores a 360 días al final de cada ejercicio. Las pérdidas por deterioro relativos a cartera dudosa se registran en resultados en el ejercicio en que se incurre.

#### **Activos Intangibles**

La Fundación IPS UAM, ha definido para los programas informáticos vida útil definida por lo que la cuota de amortización anual se reconoce como gasto o costo de otro activo, determinándose en función del método lineal, basado en la vida útil estimada que se le asigne a cada elemento o clase de activo intangible.

Los gastos relacionados con el desarrollo o mantenimiento de programas informáticos se reconocen como gasto, cuando se incurre en ellos.

**Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar**

Las cuentas comerciales por pagar son obligaciones de pago por bienes o servicios que se han adquirido de los proveedores para el desarrollo de la actividad. Las cuentas por pagar se clasifican como pasivos corrientes, si el pago debe ser efectuado en un período de un año o menos, si el pago debe ser efectuado en un período superior a un año se presentan como pasivos no corrientes. Las cuentas por pagar comerciales se reconocen a su valor presente.

**Ingresos ordinarios**

Los ingresos se reconocen cuando el importe de los mismos se pueda valorar con fiabilidad, es probable que los beneficios económicos futuros fluyan a La Fundación IPS UAM y se cumplan las condiciones específicas para cada una de las actividades de La Fundación IPS UAM, como se describe a continuación:

**a. Prestación de servicios de salud**

Los ingresos procedentes de la prestación de servicios se reconocen cuando estos son prestados a los usuarios cotizantes o beneficiarios de las EPS con las que se tenga convenio a través de la Fundación IPS o a través del convenio de alianza estratégica celebrado entre la Fundación IPS y la Universidad Autónoma de Manizales.

**b. Intereses**

Los ingresos provenientes de intereses son cargos por el uso de efectivo: rendimientos financieros de cuentas de ahorro.

**Reconocimiento de costos y gastos**

La Fundación IPS UAM reconoce sus costos y gastos en la medida en que ocurran los hechos económicos en forma tal que queden registrados sistemáticamente en el periodo contable correspondiente (principio de causación).

Se incluyen dentro de los costos las erogaciones causadas a favor de empleados o terceros directamente relacionados con la venta o prestación de servicios. También se incluyen aquellos costos que, aunque no estén directamente relacionados con la venta o prestación de servicios son un elemento esencial en ellos.

Se incluyen dentro de gastos las demás erogaciones que no clasifiquen para ser registradas como costo o como inversión.

**Estado de flujos de efectivo**

El estado de flujos de efectivo que se acompaña fue preparado usando el método indirecto. Se ha considerado como efectivo y equivalente al efectivo el dinero en caja, bancos y fiducias.

**Importancia relativa o materialidad**

La información es material o tendrá importancia relativa si puede, individualmente o en su conjunto, influir en las decisiones económicas tomadas por los usuarios con base en los estados financieros. La materialidad dependerá de la magnitud y la naturaleza del error o inexactitud, enjuiciados en función de las circunstancias particulares en que se

hayan producido. La magnitud o la naturaleza de la partida o una combinación de ambas, podría ser el factor determinante.

### **Negocio en marcha**

La administración de La Fundación IPS UAM prepara los estados financieros sobre la base de un negocio en marcha. En la realización de este juicio la administración considera la posición financiera actual de la institución, sus intenciones actuales, el resultado de las operaciones y el acceso a los recursos en el mercado financiero y analiza el impacto de tales factores en las operaciones futuras de La Fundación IPS UAM. A la fecha de este informe no tenemos conocimiento de ninguna situación que nos haga creer que La Fundación IPS UAM no tenga la habilidad para continuar como negocio en marcha durante los siguientes 12 meses.

### **NOTA 4 – JUICIOS, ESTIMACIONES Y SUPUESTOS CONTABLES SIGNIFICATIVOS**

La preparación de los estados financieros conforme a las NIIF exige que en su preparación se realicen juicios, estimaciones y supuestos contables que afectan los montos de ingresos y gastos, activos y pasivos, y revelaciones relacionadas, así mismo, la revelación de pasivos contingentes al cierre del período sobre el que se informa. En este sentido, los resultados reales que se observen en fechas posteriores podrían requerir de ajustes significativos a los importes en libros de los activos o pasivos afectados.

En la aplicación de las políticas contables de La Fundación IPS UAM, se ha realizado los siguientes juicios y estimaciones, que tienen efecto significativo sobre los importes reconocidos en los presentes estados financieros:

- Evaluación de la existencia de indicadores de deterioro de valor para los activos y valoración de activos para determinar la existencia de pérdidas de deterioro de valor (activos financieros y no financieros).
- Vida útil de la propiedad, planta y equipo.
- Probabilidad de ocurrencia y el valor de los pasivos de valor incierto o contingentes.

### **NOTA 5 – TRANSICION A LAS NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA**

Los estados financieros de La Fundación IPS UAM al 31 de diciembre de 2016, son los primeros estados financieros elaborados de acuerdo con Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) aprobadas en Colombia mediante Ley 1314 de 2009, Decreto 2784 de 2012, Decreto 3023 de 2013, sus normas reglamentarias y las demás normas contables prescritas.

La Fundación IPS UAM aplicó la SECCION 35 para el reconocimiento de la transición de sus estados financieros bajo normas locales hacia las NIIF preparando su balance de apertura al 1 de enero de 2016.

Antes de la aplicación de las NIIF, La Fundación IPS UAM preparaba los estados financieros de acuerdo con principios de contabilidad generalmente aceptados y aplicados en Colombia.

#### **NOTA 6 - EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO**

Al 31 de diciembre de 2025, el saldo del efectivo y sus equivalentes de la **Fundación IPS UAM** está conformado por los recursos disponibles en caja y en entidades financieras, destinados a atender oportunamente las obligaciones operativas y administrativas de la Fundación IPS UAM.

Estos recursos se encuentran debidamente conciliados a la fecha de cierre y no presentan restricciones para su uso. La administración garantiza su adecuada custodia mediante controles internos y procedimientos de conciliación periódica, asegurando liquidez suficiente para el normal desarrollo de las actividades misionales y administrativas de la **Fundación IPS UAM**.

CONCEPTO	DIC 31/ 2025	DIC 31/ 2024
Caja	1.050.300	-
Bancos cuenta corriente	25,788,159	9,835,245
Banco cuenta de ahorro	290,279,204	401,005,077
<b>Total Efectivo y Equivalentes al Efectivo</b>	<b>317.117.663</b>	<b>410,840,321</b>

- El saldo de caja corresponde al recaudo efectuado en el último día de atención a pacientes en terapias, valor que fue debidamente consignado en las entidades bancarias el siguiente día hábil del año 2026, garantizando su adecuada trazabilidad y control.
- La cuenta corriente se utiliza para la gestión operativa de la Fundación IPS UAM, a través de la cual se realizan los pagos a proveedores, prestadores de servicios y demás obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social.
- Por su parte, en la cuenta de ahorros se reciben principalmente los pagos efectuados por las EPS por concepto de prestación de servicios de salud; asimismo, allí se consignan los recursos recaudados en caja por atención a pacientes. Esta cuenta genera rendimientos diarios, los cuales se encuentran debidamente reconocidos y detallados en la nota de rendimientos financieros, en cumplimiento de los principios de transparencia y adecuada revelación contable.

**NOTA 7 – CUENTAS COMERCIALES POR COBRAR Y OTRAS CUENTAS POR COBRAR**

Las operaciones presentadas en este rubro corresponden a los ingresos generados por la prestación de servicios de salud de la **Fundación IPS UAM**, así como otros ingresos relacionados con las actividades complementarias y administrativas de la Fundación.

El saldo al 31 de diciembre refleja los valores pendientes de cobro por dichas operaciones y se compone de los siguientes conceptos:

CONCEPTO	DIC 31 2025	DIC 31 2024
Clientes facturación radicada	77,136,498	39,907,154
Particulares-personas jurídicas	1,126,795	-
Deterioro de cartera	-3,384,358	-3,384,358
<b>Total cuentas comerciales por cobrar y otras cuentas por cobrar</b>	<b>74.878.935</b>	<b>36,522,796</b>

El saldo al 31 de diciembre refleja los valores pendientes de cobro por dichas operaciones y se compone de las siguientes cuentas por cobrar: Sanitas EPS: \$75.066.587, Coomeva EPS: \$2.069.911, Bancolombia: \$1.126.795.

Estos saldos se encuentran registrados de acuerdo con los principios de reconocimiento de ingresos, prudencia y consistencia contable, y su seguimiento se realiza mediante controles internos que aseguran la recuperación oportuna de los recursos, contribuyendo a la transparencia y sostenibilidad financiera de la Fundación.

**NOTA 8 – OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS (No corrientes)**

Los gastos pagados por anticipado representan desembolsos efectuados por la Fundación correspondientes a bienes o servicios que serán recibidos en ejercicios futuros. En particular, incluyen la prima del seguro de la póliza de Responsabilidad civil de Clínicas y Hospitales, contratada para proteger los riesgos asociados a la operación de las clínicas de práctica de la **Fundación IPS UAM**.

La póliza tiene vigencia para períodos futuros, por lo que el costo correspondiente se reconoce como un activo diferido y se amortiza de manera sistemática conforme se incurre en el periodo asegurado. Este tratamiento asegura que los estados financieros reflejen adecuadamente la relación entre los gastos y los periodos a los que

corresponden, cumpliendo con los principios de prudencia, correspondencia y relevancia contable.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Pólizas de seguro	24,084,782	7,157,850
<b>Total Otros Activos no Financieros</b>	<b>24,084,782</b>	<b>7,157,850</b>

La póliza de seguro presentó un incremento significativo como consecuencia del requerimiento efectuado por la EPS Sanitas, que exigió la ampliación del valor asegurado como condición para garantizar la continuidad del contrato de prestación de servicios. Durante el año 2024, la póliza tenía un costo de \$7.157.850. En noviembre de 2025 fue necesario realizar un ajuste adicional por valor de \$6.156.563 para incrementar la cobertura; posteriormente, se efectuó la renovación anual por \$26.274.308, estableciendo una nueva cobertura aproximada de \$750.000.000. El valor reflejado en el cuadro corresponde al saldo pendiente por amortizar al cierre del año 2025, el cual se encuentra debidamente reconocido conforme a los principios de causación y revelación contable.

## NOTA 9 – PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO

La composición de la Propiedad, Planta y Equipo de la **Fundación IPS UAM** para los años presentados refleja los activos utilizados en la operación de la IPS UAM, destinados al desarrollo de su función social y administrativa.

Estos activos incluyen equipos médicos adquiridos y mantenidos conforme a los procedimientos internos de adquisición y control de la Fundación.

El detalle por categoría y año se presenta a continuación:

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Equipo Médico científico	127,800,182	117,317,382
Menos - depreciación acumulada	- 46,327,733	- 34,653,555
<b>Total propiedad, planta y equipo</b>	<b>81,472,449</b>	<b>82,663,827</b>

Se efectuó la adquisición de equipo médico y científico con el propósito de fortalecer y optimizar la capacidad operativa del área de Fisioterapia, garantizando una mejora en la calidad del servicio prestado y en la atención a los usuarios.

Esta inversión se realizó con cargo a los recursos aprobados para la Reinversión de Excedentes correspondientes al año 2024, según autorización otorgada por la Asamblea en sesión celebrada en marzo de 2025.

Las compras se efectuaron a los siguientes proveedores:

Brasmedica Colombia SAS, por un valor de \$5.542.800.

Kiantik Suministros de Salud SAS, por un valor de \$4.940.000.

El total de la inversión ascendió a \$10.482.800, valor que fue reconocido contablemente como propiedad, planta y equipo, conforme a la normatividad contable vigente aplicable a la entidad.

La operación se encuentra debidamente soportada y registrada conforme a la normatividad contable vigente, asegurando transparencia, trazabilidad y adecuada ejecución de los recursos aprobados.

#### **NOTA 10 - ACTIVOS INTANGIBLES**

El rubro de Activos Intangibles de la **Fundación IPS UAM** está compuesto por la adquisición de licencias de uso de software, destinadas a soportar las operaciones administrativas, financieras y clínicas de la IPS UAM.

Estas licencias representan derechos de uso adquiridos, que proporcionan beneficios económicos futuros y contribuyen a la eficiencia operativa, el control de la información y la prestación de servicios de salud. Los costos asociados se reconocen como activos intangibles y se amortizan sistemáticamente durante su vida útil estimada, aplicando criterios de prudencia y correspondencia contable.

La administración realiza seguimiento y control de estas licencias, asegurando su vigencia, actualización y adecuada contabilización, garantizando que los estados financieros reflejen de manera fiel la inversión en tecnologías necesarias para el desarrollo de las actividades de la Fundación.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Licencias de uso de Software	1,491,464	758,625
<b>Total Activos Intangibles</b>	<b>1,491,464</b>	<b>758,625</b>

La licencia corresponde al software contable Mekano y presenta un incremento en su valor como consecuencia de la implementación del módulo de facturación electrónica. Esta actualización fue necesaria para optimizar el proceso de facturación y garantizar la adecuada recepción y registro de los pagos derivados de la atención a pacientes en

las clínicas de práctica, fortaleciendo el control interno, la trazabilidad de la información y el cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

### **NOTA 11 – CUENTAS COMERCIALES POR PAGAR Y OTRAS CUENTAS POR PAGAR**

Los valores registrados en el rubro de Cuentas por Pagar corresponden a obligaciones derivadas de operaciones propias del giro ordinario de la **Fundación IPS UAM**, formalizadas conforme a los acuerdos y compromisos vigentes con proveedores, contratistas y otras entidades relacionadas.

Este rubro refleja pasivos reconocidos oportunamente, cuya cancelación se efectuará en los plazos y condiciones pactadas contractualmente, garantizando el cumplimiento de las obligaciones legales, financieras y administrativas de la Fundación.

A continuación, se detallan los principales conceptos que integran las cuentas por pagar:

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Proveedores	-	-
Costos y gastos por pagar	343,883,931	385,043,419
<b>Total Cuentas Comerciales por Cobrar y Otras cuentas por cobrar</b>	<b>343,883,931</b>	<b>385,043,419</b>

En relación con los costos y gastos por pagar, estos comprenden:

- **Cuenta por pagar a la UAM**, correspondiente a la participación sobre los ingresos generados, de acuerdo con el convenio suscrito entre ambas entidades por un valor de \$311.921.138.
- **Anticipos recibidos de pacientes**, correspondientes a tratamientos programados para el mes de enero de 2026, por valor de \$5.688.485, los cuales se encuentran reconocidos como pasivo hasta la efectiva prestación del servicio.
- **Cuenta por pagar a Aseguradora Solidaria de Colombia**, correspondiente a la póliza de cobertura de pacientes de la EPS Sanitas, por un valor de \$26.274.308.

Estos saldos reflejan obligaciones ciertas y debidamente soportadas, reconocidas conforme a los principios contables aplicables y a los compromisos contractuales adquiridos por la entidad.

**NOTA 12 – PASIVOS POR IMPUESTOS CORRIENTES**

El presente rubro corresponde a los saldos por pagar por concepto de impuestos de la Fundación IPS UAM al 31 de diciembre de 2025, cuyos vencimientos están programados entre los meses de enero y mayo de 2026.

Estas obligaciones fueron reconocidas de acuerdo con la normatividad tributaria vigente, reflejando de manera fiel las responsabilidades fiscales adquiridas por la Fundación durante el ejercicio, incluyendo impuestos sobre la renta, retenciones y contribuciones legales aplicables.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Retención en la Fuente	220,000	-
Impuesto de Renta por Pagar	3,372,721	2,206,000
<b>Total Pasivo por Impuestos Corrientes</b>	<b>3,592,721</b>	<b>2,206,000</b>

- **Pago a la DIAN correspondiente a la retención en la fuente** practicada en el mes de diciembre de 2025, por valor de \$220.000, la cual será cancelada dentro de los plazos establecidos por la administración tributaria.
- **Pago a la DIAN por concepto del impuesto sobre la renta** del año gravable 2025, por valor de \$3.372.721, obligación determinada con base en la depuración fiscal del ejercicio.

Estos valores representan obligaciones fiscales ciertas, debidamente provisionadas y pendientes de pago a la fecha de cierre, garantizando el adecuado cumplimiento de las responsabilidades tributarias de la entidad.

**NOTA 13 - PATRIMONIO**

El patrimonio de la **Fundación IPS UAM** está conformado por el Fondo Social, los resultados del ejercicio y los resultados acumulados de períodos anteriores. Es importante precisar que el resultado económico generado en cada vigencia no tiene finalidad lucrativa; por el contrario, su destinación es exclusivamente la **reversión total en actividades alineadas con el objeto social de la Fundación IPS UAM**, en cumplimiento de su naturaleza y propósito institucional.

La composición del patrimonio correspondiente a los años 2025 y 2024 se presenta detalladamente en el Estado de Cambios en el Patrimonio, donde se evidencian las variaciones más representativas del período.

Como principal movimiento patrimonial durante la vigencia 2025, se destaca la adquisición de equipos destinados al área de fisioterapia, inversión que fortalece la

capacidad operativa y la prestación de servicios de salud. Esta operación se encuentra debidamente descrita en la Nota 9 – Propiedad, Planta y Equipo (Maquinaria y Equipo) de los presentes estados financieros.

#### NOTA 14 – INGRESOS OPERACIONALES

Este rubro comprende los valores reconocidos por concepto de prestación de servicios de salud y servicio social en desarrollo del objeto social de la Fundación IPS UAM, los cuales se discriminan de la siguiente manera:

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Servicios Sociales y de Salud	821,829,768	442,885,916
<b>Total Ingresos Operacionales</b>	<b>821,829,768</b>	<b>442,885,916</b>

Dichos ingresos provienen de las siguientes entidades:

ENTIDAD	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Sanitas EPS	436,439,472	416,457,607
Convenio Universidad Autónoma de Manizales – Fundación IPS UAM	385,390,296	26,428,309
<b>Total Servicios Sociales y de Salud</b>	<b>821,829,768</b>	<b>442,885,916</b>

Los ingresos provenientes de la Universidad Autónoma de Manizales (UAM) corresponden al porcentaje de participación sobre los ingresos brutos obtenidos por dicha entidad durante el período comprendido entre enero y agosto de 2025, los cuales, en virtud del convenio de alianza estratégica suscrito entre ambas instituciones, le corresponden a la **Fundación IPS UAM**.

Es importante precisar que, a partir del mes de septiembre de 2025, los ingresos derivados de las clínicas de práctica estudiantil comenzaron a ser facturados directamente por la **Fundación IPS UAM**, en concordancia con los ajustes operativos y administrativos establecidos entre las partes. Esta modificación implicó que el reconocimiento de los ingresos se realizara de manera directa en la contabilidad de la **Fundación**, reflejando de forma más precisa la realidad económica de las operaciones.

Al analizar la diferencia representativa en los ingresos entre los años 2025 y 2024, es importante precisar que dicho comportamiento no corresponde a un incremento real en los ingresos de la entidad. Esta variación se explica porque, en el marco del convenio suscrito, la **Fundación IPS UAM** asumió únicamente el rol de recaudador de los recursos, los cuales posteriormente fueron transferidos según lo establecido en el

acuerdo, sin que ello represente un aumento efectivo en los ingresos propios de la organización. Tal como se describe a continuación:

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Sanitas EPS	436,439,472	416,457,607
Convenio Universidad Autónoma de Manizales – Fundación IPS UAM	385,390,296	26,428,309
<b>Sub total Ingresos antes de descontar gasto del convenio</b>	<b>821,829,768</b>	<b>442,885,916</b>
Ménos gasto del convenio con la UAM	-782,802,024	-403,963,879
<b>Excedente (Ingreso ménos gasto de convenio - solo informativo)</b>	<b>39,027,744</b>	<b>38,922,037</b>

Dentro de los ingresos operacionales de la Fundación IPS UAM, se incluyen los valores generados por la prestación de servicios sociales y de salud, desglosados según la especialidad de atención, lo que permite reflejar con mayor detalle la composición de los ingresos de la entidad. Estos servicios comprenden:

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Servicios sociales y de salud - Fisioterapia	361,331,344	291,543,882
Servicios sociales y de salud – Fonoaudiología	57,427,085	83,275,743
Servicios sociales y de salud – Terapia ocupacional	28,713,543	41,637,982
Servicios sociales y de salud - Odontología	14,642,946	26,428,309
<b>Total</b>	<b>462,114,918</b>	<b>442,885,916</b>

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Clínicas Odontológicas	359,714,850	-
<b>Total</b>	<b>359,714,850</b>	<b>-</b>

- **Servicios sociales y de salud – Fisioterapia:** Ingresos derivados de la prestación de servicios de recuperación y fortalecimiento físico a pacientes, realizados por personal especializado.
- **Servicios sociales y de salud – Fonoaudiología:** Ingresos generados por la atención de trastornos del habla, lenguaje y comunicación, en cumplimiento del objeto social de la Fundación.
- **Servicios sociales y de salud – Terapia ocupacional:** Valores obtenidos por servicios de rehabilitación funcional y adaptación de pacientes a sus actividades diarias.

- **Servicios sociales y de salud – Odontología:** Ingresos correspondientes a la atención odontológica integral brindada a la población atendida por la Fundación IPS UAM.

Esta clasificación permite un seguimiento claro y transparente de los ingresos por cada línea de servicio, facilitando la gestión financiera y la toma de decisiones estratégicas de la Fundación IPS UAM.

## NOTA 15 - COSTO DEL SERVICIO

Este rubro comprende los costos y gastos en que incurre la **Fundación IPS UAM** para el desarrollo normal de su objeto social, relacionados directamente con la prestación de servicios de salud y con el funcionamiento administrativo de la entidad. Incluye aquellos desembolsos necesarios para garantizar la adecuada operación asistencial, el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales, y el sostenimiento de la estructura organizacional, en concordancia con la naturaleza jurídica y finalidad social de la **Fundación IPS UAM**.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Impuestos	3,000	4,000
Servicios por convenio UAM – Fundación IPS UAM	782,802,024	403,963,879
Costos Legales	1,276,048	2,020,675
Depreciación	11,674,178	10,344,909
Amortizaciones (seguros, licencias)	17,008,300	7,547,329
Asistencia técnica	285,600	-
<b>Total Costo del Servicio</b>	<b>813,049,150</b>	<b>423,880,792</b>

Durante el período se reconoció el impuesto de Industria y Comercio Manizales por valor de \$4.000. Asimismo, se registró el ingreso correspondiente al servicio prestado en virtud del convenio suscrito con la UAM para la práctica de los estudiantes, por valor de \$782.802.024.

En relación con los gastos administrativos y operativos, se contabilizaron costos legales asociados al pago de la tasa oficial ante la Superintendencia de Salud, así como la renovación anual obligatoria del mecanismo digital, por valor de \$127.648.

Respecto a los activos fijos, se registró la depreciación de los equipos adquiridos con la reinversión de los excedentes generados anualmente. Dichos activos se deprecian bajo el método de línea recta, con una vida útil estimada de cinco (5) años contados a partir de la fecha de adquisición, reconociéndose en el período un valor de \$11.674.178.

Adicionalmente, se reconoció la amortización de licencias y de la póliza asociada al contrato suscrito con EPS Sanitas, por valor de \$17.008.300. Este rubro presentó un incremento debido al ajuste efectuado en la póliza, con el fin de ampliar la cobertura en la atención a pacientes.

Finalmente, se registró el gasto por capacitación correspondiente al módulo del aplicativo Mekano, por valor de \$285.600, inversión orientada al fortalecimiento de los procesos contables y administrativos de la entidad.

#### **NOTA 16 - INGRESOS FINANCIEROS**

Durante el ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2025, a la **Fundación IPS UAM**, Bancolombia reconoce rendimientos financieros generados por los recursos depositados en su cuenta de ahorros. Estos rendimientos ascendieron a un valor total de \$564.664, producto de los intereses liquidados periódicamente por la entidad financiera sobre los saldos disponibles.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Rendimientos financieros	564,664	444,879
<b>Total Ingresos Financieros</b>	<b>564,664</b>	<b>444,879</b>

Los recursos mantenidos en la cuenta de ahorros corresponden a fondos destinados al cumplimiento del objeto social de la Fundación y se administran bajo criterios de seguridad, liquidez y prudencia financiera.

Los rendimientos obtenidos fortalecen la sostenibilidad financiera de la entidad y contribuyen a la financiación de sus programas y actividades misionales, en concordancia con las políticas internas de manejo y administración de recursos.

#### **NOTA 17 - INGRESOS NO FINANCIEROS**

Durante el ejercicio contable, a La Fundación IPS UAM registra otros ingresos originados en ajustes contables menores, principalmente por concepto de aproximaciones al peso, ajustes relacionados con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y diferencias resultantes en la conciliación y cancelación de saldos con proveedores.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Diversos	628	769
<b>Total Ingresos no Financieros</b>	<b>628</b>	<b>769</b>

Estos valores corresponden a diferencias no significativas generadas en el curso normal de las operaciones, derivadas de procesos de redondeo, depuración de saldos y conciliaciones administrativas. Su reconocimiento se realizó conforme a los principios de razonabilidad, prudencia y revelación suficiente, sin que representen ingresos recurrentes ni asociados directamente al desarrollo de la actividad misional.

La administración considera que estos ajustes contribuyen a la adecuada presentación de la información financiera y reflejan la correcta depuración de las cuentas al cierre del periodo.

### NOTA 18 – GASTOS FINANCIEROS

Durante el ejercicio 2025, la Fundación reconoció gastos financieros bancarios por valor total de \$1.710.672, correspondientes principalmente a comisiones generadas por el movimiento de cuentas bancarias, costos asociados a transferencias y pagos a proveedores, así como comisiones por el uso de tarjeta de crédito, debito y por la recepción de pagos efectuados por los usuarios en las clínicas.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Gastos financieros bancarios	1,710,672	57,890
<b>Total Gastos Financieros</b>	<b>1,710,672</b>	<b>57,890</b>

Estos gastos se derivan del uso habitual de los servicios financieros requeridos para garantizar la adecuada operación administrativa y asistencial de la Fundación, facilitando el recaudo oportuno de ingresos y el cumplimiento eficiente de las obligaciones con terceros.

La administración mantiene controles y procesos de seguimiento sobre estos costos, procurando una gestión financiera eficiente y transparente, alineada con los principios de austeridad y adecuado manejo de los recursos institucionales.

### NOTA 19 – OTROS EGRESOS

Durante el ejercicio 2025, la Fundación reconoció gastos diversos asociados al giro normal de la función administrativa de la IPS UAM, los cuales no se encuentran directamente relacionados con la ejecución de la función social, pero resultan necesarios para garantizar la adecuada operación institucional.

CONCEPTO	DIC 31/2025	DIC 31/2024
Gravamen movimiento financiero	3,352,876	1,352,914
Otros gastos no operacionales	35,002	2,982
<b>Total Gastos Extraordinarios</b>	<b>3,387,878</b>	<b>1,355,896</b>

Gastos diversos

Dentro de estos conceptos se registra el gravamen a los movimientos financieros por valor de \$3.352.876, cuyo incremento obedece principalmente a la mayor recepción directa de ingresos derivados de la prestación de servicios en las clínicas de práctica, generando un mayor volumen de transacciones bancarias sujetas a dicho impuesto.


En el rubro de otros gastos no operacionales se reconocen los valores correspondiente al ajuste impuesto de renta año gravable 2024 por un valor de \$35.002.

Adicionalmente:

**Deterioro de activos:** A 31 de diciembre de 2025, el deterioro de activos corresponde principalmente a la obsolescencia y desgaste de equipos utilizados en la operación. El monto registrado por este concepto no presentó variación durante el año 2025, manteniéndose el mismo valor reflejado en el Estado de Cambios en la Situación Financiera.

**Deterioro de cartera:** Conforme a la política contable establecida por la Fundación, se reconoce un deterioro equivalente al 100% de la cartera con vencimiento superior a 360 días. El saldo del deterioro no presentó variación durante el año 2025, permaneciendo el valor registrado según lo indicado en el Estado de Cambios en la Situación Financiera.

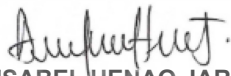
La administración mantiene seguimiento permanente sobre estos conceptos, fortaleciendo los controles internos y la gestión financiera, con el propósito de preservar la sostenibilidad económica y la transparencia en la presentación de la información financiera.

 Firmado digitalmente por Sandra Milena Marin Betancur  
Fecha: 2026.03.16 07:20:16 -05'00'

**SANDRA MILENA MARIN BETANCUR**  
Representante Legal



**LORENA PINILLA LONDOÑO**  
Contadora – TP 293003-T



**ANA ISABEL HENAO JARAMILLO**  
Revisor Fiscal Principal, firma DCT Desarrollos Contables y Tributarios S.A.S.  
TP – 218280-T (ver dictamen adjunto)

Señores  
**CONSEJO DIRECTIVO FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES**

## **Opinión**

He examinado los estados financieros de la **FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES**, preparados por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, los cuales incluyen el estado de situación financiera, el estado del resultado integral, el estado de cambios en el patrimonio y el estado de flujos de efectivo, correspondientes al ejercicio terminado en dicha fecha, así como un resumen de las políticas contables significativas y otra información explicativa.

En mi opinión, los estados financieros tomados de los registros de contabilidad presentan razonablemente, en todos los aspectos materiales, la situación financiera de la **FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES** por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, así como de los resultados y los flujos de efectivo terminados en dichas fechas, de conformidad con el marco técnico normativo compilado en el anexo técnico compilatorio y actualizado para entidades del grupo 2 del DUR 2420 de 2015 y sus modificatorios.

## **Fundamento de la opinión**

He llevado a cabo esta auditoría de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría –NIA– expuestas en el *anexo técnico compilatorio y actualizado* de las Normas de Aseguramiento de la Información, incorporado al DUR 2420 de 2015 a través del Decreto 2270 de diciembre 13 de 2019. Mi responsabilidad, de acuerdo con dichas normas, se describe más adelante en la sección “Responsabilidades del revisor fiscal en relación con la auditoría de los estados financieros”.

Cabe anotar que me declaro en independencia de la **FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES**, de conformidad con los requerimientos de ética aplicables a mi auditoría de los estados financieros, y he cumplido las demás responsabilidades de ética establecidas en la Ley 43 de 1990 y el anexo 4-2019 del

DUR 2420 de 2015. Adicionalmente, considero que la evidencia de auditoría que he obtenido proporciona una base suficiente y adecuada para nuestra opinión.

### **Cuestiones clave de auditoría**

Las cuestiones clave de la auditoría son aquellas que, según mi juicio profesional, han sido de la mayor significatividad en el encargo de auditoría de los estados financieros en su conjunto de la **FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES** en el período 2025. Dichas cuestiones han sido tratadas en el contexto de la auditoría que realicé y no expreso una opinión por separado sobre estas cuestiones.

### **Responsabilidad de la administración y de los responsables de gobierno**

Los estados financieros certificados que se adjuntan son responsabilidad de la administración, quien supervisó su adecuada elaboración de acuerdo con los lineamientos incluidos en el anexo técnico compilatorio y actualizado para entidades del grupo 2 del DUR 2420 de 2015 y sus modificatorios, así como las directrices de las orientaciones profesionales y técnicas del Consejo Técnico de Contaduría Pública, junto con el manual de políticas contables adoptadas por la **FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES**, de conformidad con las Normas Internacionales de Información Financiera. Dicha responsabilidad administrativa incluye diseñar, implementar y mantener el control interno relevante en la preparación y la presentación de los estados financieros para que estén libres de errores de importancia relativa; seleccionar y aplicar políticas contables apropiadas; y registrar estimaciones contables que sean razonables.

Adicionalmente, en la preparación de la información financiera, la administración es responsable de la valoración de la capacidad que tiene la Fundación para continuar como empresa en funcionamiento, revelando, según corresponda, las cuestiones inherentes, teniendo en cuenta la hipótesis de negocio en marcha. A su vez, los responsables de gobierno de la Fundación deben supervisar el proceso de información financiera de esta.

## **Responsabilidad del revisor fiscal en relación con la auditoría de estados financieros**

Mi responsabilidad consiste en obtener una seguridad razonable sobre si los estados financieros en su conjunto están libres de incorrección material, debida a fraude o error, y expresar una opinión sobre los estados financieros adjuntos, realizando una auditoría de conformidad con las Normas de Aseguramiento de la Información.

Dichas normas exigen el cumplimiento a los requerimientos de ética, así como la planificación y la ejecución de pruebas selectivas de los documentos y los registros de contabilidad. Los procedimientos analíticos de revisión dependen de mi juicio profesional, incluida la valoración de los riesgos de importancia relativa en los estados financieros, debido a fraude o error. Al efectuar dichas valoraciones de riesgo, debo tener en cuenta el control interno relevante para la preparación y la presentación de los estados financieros.

También hace parte de mi responsabilidad obtener evidencia suficiente y adecuada de auditoría en relación con la información financiera de la entidad, y evaluar la adecuación de las políticas contables aplicadas, la razonabilidad de las estimaciones contables y la información revelada por la entidad, así como lo adecuado de la utilización, por la administración, de la hipótesis de negocio en marcha, y determinar, sobre la base de la evidencia de auditoría obtenida, si existe o no una incertidumbre material relacionada con hechos o condiciones que puedan generar dudas significativas sobre la capacidad de la entidad para continuar como empresa en marcha.

## **Informe sobre otros requerimientos legales y reglamentarios**

Manifiesto que durante el año 2025 la **FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES** llevó su contabilidad conforme a las normas legales y a la técnica contable y que las operaciones registradas en los libros de contabilidad de la entidad se ajustan a los estatutos y a las decisiones del consejo directivo.

Es pertinente mencionar que la Ley 1314 de 2009 introdujo las normas y principios de contabilidad que deben ser aplicados en Colombia. Esta norma fue reglamentada por el DUR 2420 de 2015 y sus respectivos decretos modificatorios. Al respecto, a partir de 2016, como fue exigido, los estados financieros de la **FUNDACION IPS UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES** han sido expresados bajo estas normas.

Además, informo que durante el año 2025 los actos de los administradores de la entidad se ajustaron a los estatutos y a las decisiones del consejo directivo, que la correspondencia, los comprobantes de contabilidad y los libros de actas se llevan y conservan debidamente.

Por último, declaro que el informe de gestión de la administración guarda la debida concordancia con los estados financieros de la entidad y que en este se incluye una referencia acerca de que los administradores no entorpecieron la libre circulación de las facturas emitidas por los proveedores y acreedores.

### **Opinión sobre el control interno y el cumplimiento legal y normativo**

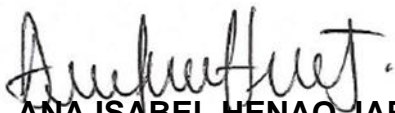
El artículo 209 del Código de Comercio requiere que me pronuncie sobre el cumplimiento legal y normativo de la entidad y sobre lo adecuado del sistema de control interno.

Al respecto, declaro que efectué pruebas selectivas para determinar el grado de cumplimiento legal y normativo por parte de la administración de la entidad y de la efectividad del sistema de control interno.

Para la evaluación del cumplimiento legal y normativo tuve en cuenta las normas que afectan la actividad de la entidad, sus estatutos y las actas del consejo directivo.

Cabe anotar que el control interno es el conjunto de políticas y procedimientos adoptados por la administración para 1) proveer seguridad razonable sobre la información financiera de la entidad, 2) cumplir con las normas inherentes a la entidad y 3) lograr una efectividad y eficiencia en las operaciones.

En mi opinión, la Fundación ha cumplido, en todos los aspectos importantes, las leyes y regulaciones aplicables, las disposiciones estatutarias del consejo directivo. Además, el sistema de control interno es efectivo, en todos los aspectos importantes



**ANA ISABEL HENAO JARAMILLO**

Revisor Fiscal (P)

En representación de Desarrollos Contables y Tributarios S.A.S

T.P. N° 218280-T

02 de marzo del 2026

Calle 21 N° 21-45 Piso 16

Manizales, Caldas

**LOS SUSCRITOS REPRESENTANTE LEGAL Y CONTADORA DE LA  
FUNDACIÓN IPS UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
NIT 900.562.845**

**CERTIFICAN QUE:**

Que en forma previa hemos verificado las afirmaciones contenidas en los estados financieros de la Fundación IPS Universidad Autónoma de Manizales a 31 de diciembre de 2025 y 2024, y que las mismas se han tomado fielmente de los libros.

De acuerdo con lo anterior, en relación con los estados financieros mencionados, manifestamos lo siguiente:

1. Los activos y pasivos de la entidad existen y las transacciones registradas se han efectuado en el año correspondiente.
2. Todos los hechos económicos realizados han sido reconocidos.
3. Los activos representan derechos obtenidos y los pasivos representan obligaciones a cargo de la Universidad.
4. Todos los elementos han sido reconocidos por los importes apropiados de acuerdo con el anexo 2 del Decreto 2420 del 2015, el cual es congruente, en todo aspecto significativo, con las Normas Internacionales de Información Financiera (Estándar Internacional para Pymes) tal como han sido adoptadas en Colombia.
5. Los hechos económicos han sido correctamente clasificados, descritos y revelados.

Lo anterior para efectos de dar cumplimiento al artículo 37 de la Ley 222 de 1995.

La presente certificación se expide en Manizales a los dos (2) días del mes de marzo de 2026.



Firmado digitalmente por Sandra  
Milena Marin Betancur  
Fecha: 2026.03.16 07:16:25 -05'00'



**SANDRA MILENA MARIN BETANCURT**  
Representante legal

**LORENA PINILLA LONDOÑO**  
Contadora  
TP.293003-T