

INFORME ASAMBLEA FUNDACIÓN IPS UAM

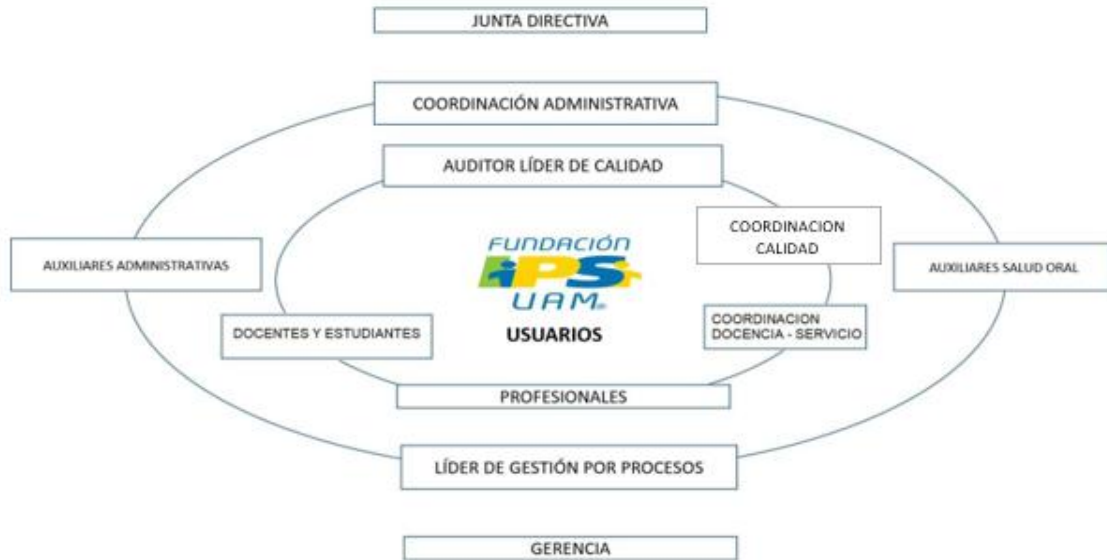


INTRODUCCIÓN

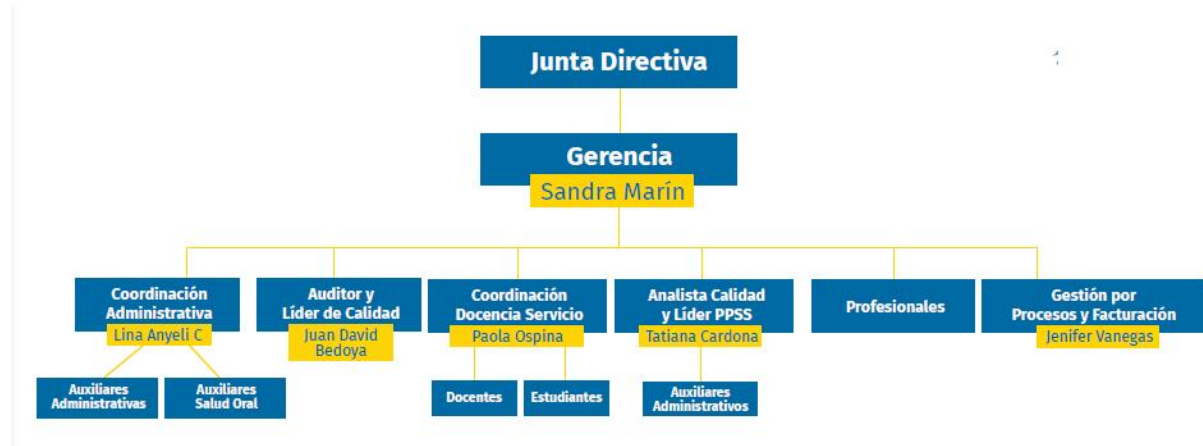
En el presente informe se describen los aspectos más importantes, que se trabajaron en la FUNDACIÓN IPS UAM durante el año 2025.

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:

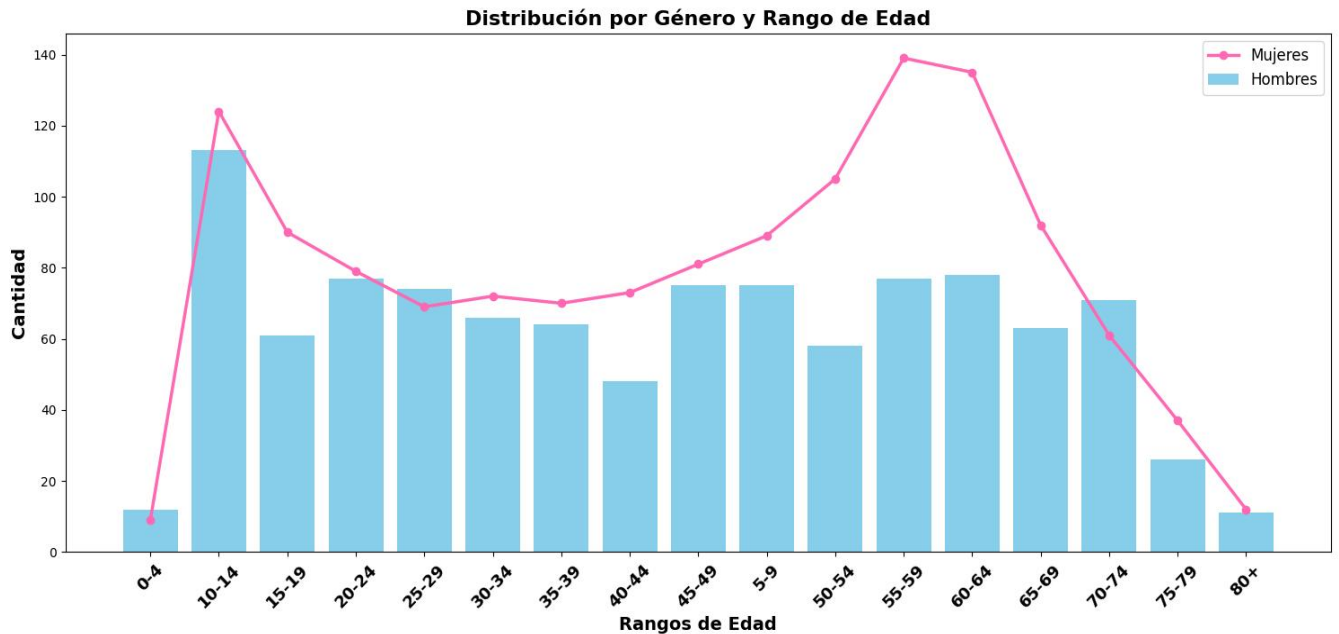
Tipo de riesgo	Descripción	Barrera de seguridad implementada
TIPO 1 Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	Fallas en la oportunidad de la atención. No se realiza cuando esté indicado Incompleta o insuficiente No disponible. Paciente equivocado Proceso o servicio equivocado	Documentación e implementación de procesos y procedimientos
TIPO 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	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
TIPO 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos	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	Manual de historias clínicas
TIPO 4: Infección ocasionada por la atención en salud	Torrente sanguíneo Zona de procedimiento: Tejidos blandos Respiratorio	Manual de bioseguridad
TIPO 5: Relacionados con la medicación	Paciente equivocado- Medicamento equivocado- Dosis / Frecuencia incorrecta Formulación Incorrecta o presentación Cantidad incorrecta- Contraindicación Omisión de medicamento o dosis Reacción adversa al medicamento	Programa de farmacovigilancia
TIPO 6: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	Falta de disponibilidad Inapropiado para la Tarea Sucio - Fallas / Mal funcionamiento Desalojado/ desconectado/ eliminado Error de uso	Programa de tecnovigilancia
TIPO 7: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	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	Modelo de atención Ciclo de atención. Derechos y deberes de los usuarios.

TIPO 8: Caídas de pacientes	Silla- Camilla- Baño Equipo terapéutico Escaleras / Escalones Siendo llevado / apoyado por otra persona	Protocolo de prevención y control de riesgo de caídas.
TIPO 9: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	Inexistente / Inadecuado Dañado / defectuosos / desgastado	Rondas de seguridad
TIPO 10: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	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	Comités institucionales

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.

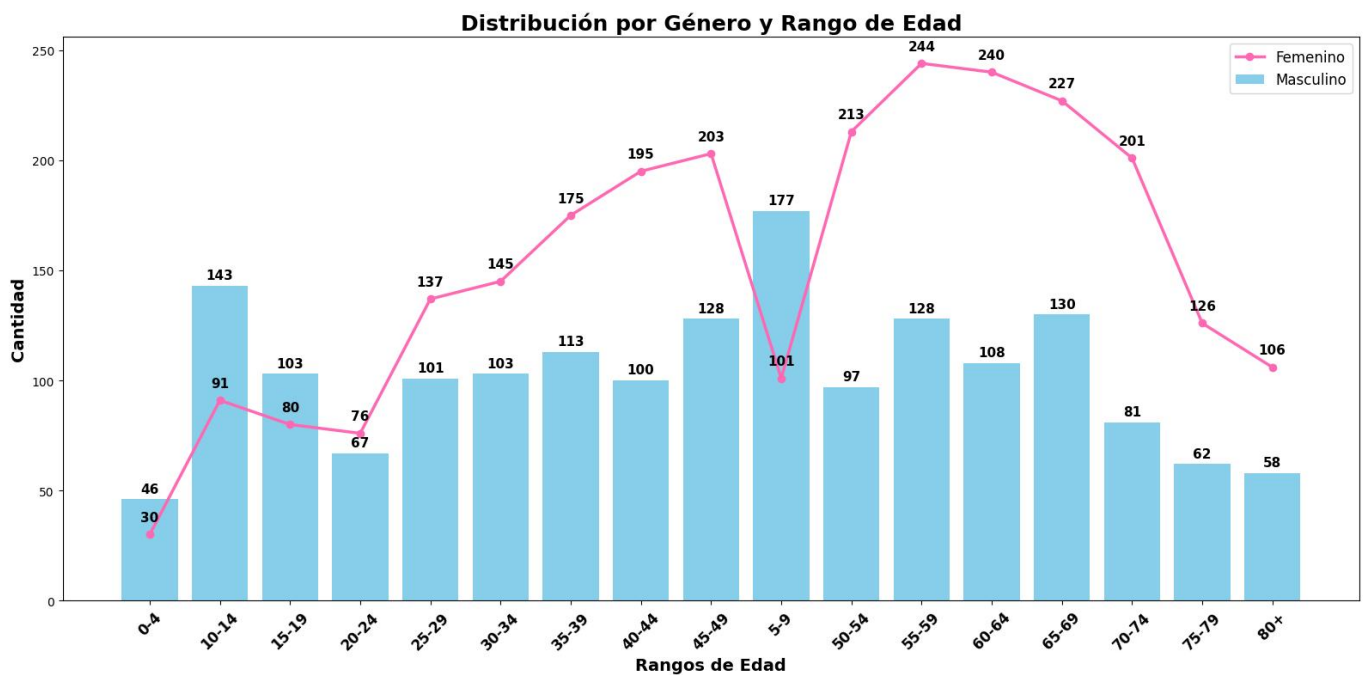
GRAFICO N° 1: En el siguiente gráfico analizamos la distribución por género y rango de edad del servicio de Odontología. Para facilitar la lectura, la población masculina está representada por las barras azules y la femenina por la línea rosa. Notarán que el eje horizontal recorre desde la infancia hasta los mayores de 80 años



El análisis demográfico de la población atendida en el servicio de odontología de la Fundación IPS UAM en 2025 evidencia una mayor participación femenina (56%) frente a la masculina (44%), 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.

A continuación, se presenta un análisis detallado de la distribución de la población atendida en Terapias de Apoyo durante el año 2025, segmentada por grupos de edad y sexo.

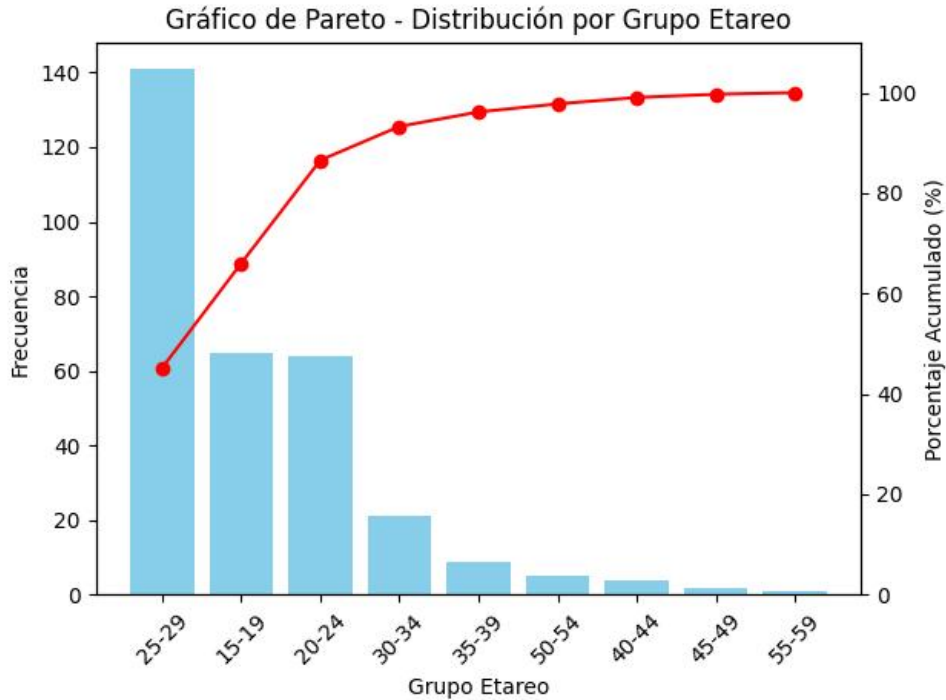
GRAFICO N° 2: En el siguiente gráfico se logra identificar la distribución por grupos de edad y sexo en el servicio terapias de apoyo en el año 2025.



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 55 y 69 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.

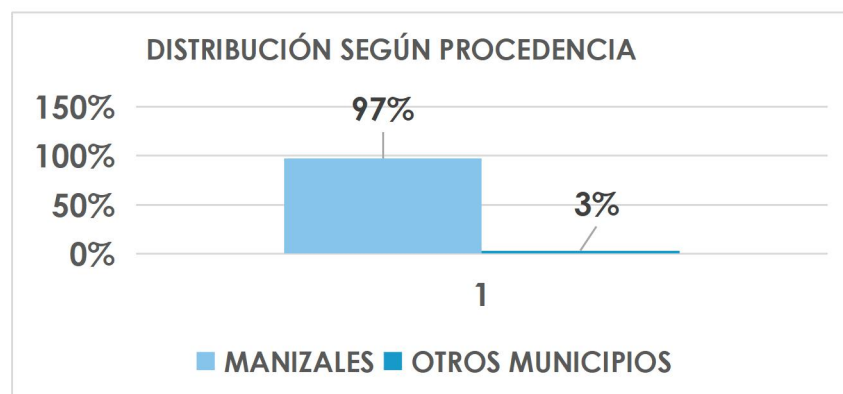
A continuación, se presenta un análisis detallado de la distribución de la población atendida en Servicios Médicos en el periodo 2025, segmentada por grupos de edad.

Gráfico N° 3 : El gráfico de Pareto presentado muestra la distribución de usuarios por grupo etario, considerando el total de hombres y mujeres atendidos.



Se evidencia que la mayor concentración de usuarios de Servicios Médicos se encuentra en los grupos de 25 a 29 años, seguido de 15 a 19 y 20 a 24 años. Estos tres grupos representan aproximadamente el 85% del total de la población atendida en Servicios Médicos, lo que indica que la demanda de pacientes se concentra principalmente en población joven.

GRAFICO N° 4: 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
- 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

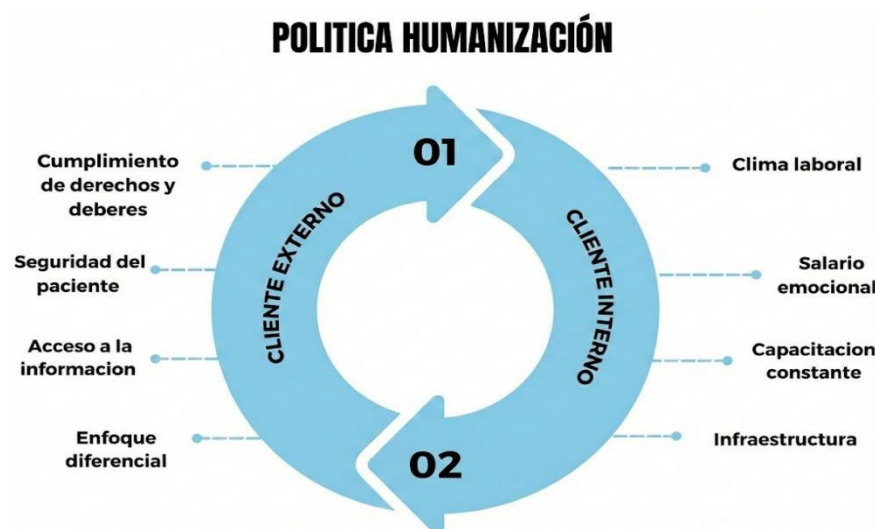
Contamos con procedimiento de medición por medio de encuestas de satisfacción de los servicios prestados, por parte del usuario directo o el acompañante, los resultados son tabulados y gestionados por medio de indicadores de gestión de calidad, tomando las medidas correctivas ante las desviaciones encontradas.

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.

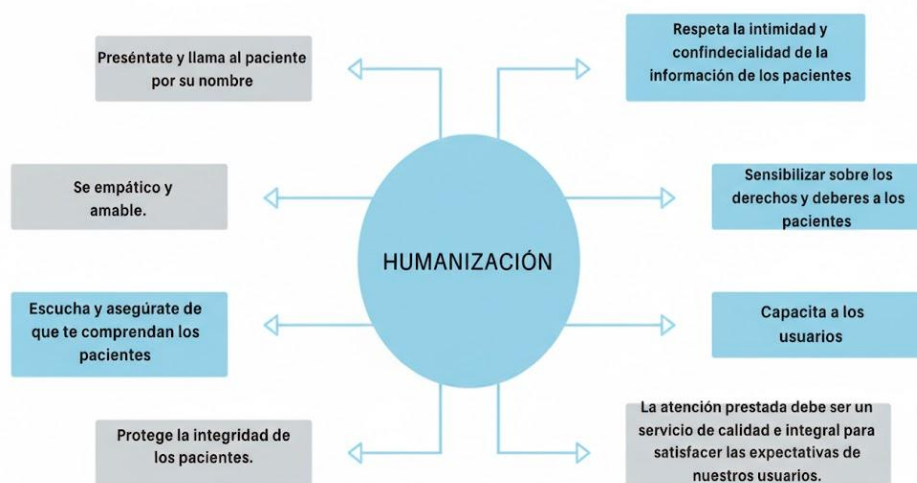
Entender las necesidades de las personas: Ofrecer y prestar servicios con calidad que satisfagan las necesidades de los pacientes.

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 el 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**

SERVICIO	TIEMPO DE POR PACIENTE Y CAPACIDAD DE ATENCION EN SIMULTANEO	OFERTA EN HORARIOS DE ATENCION	TOTAL, DE HORAS OFERTADAS X SERVICIO X PROFESIONAL X MES
<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 -FONOAUDILOGÍA 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

A continuación, se encuentra el detalle de talento humano por cada uno de los servicios ofertados de la Fundación IPS UAM, también se define la cantidad del talento humano de los programas de fisioterapia y odontología que realizan su práctica formativa.

SERVICIO	CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO IPS	CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO CONVENIO DOCENCIA SERVICIO
Clínicas Odontológicas	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	Relación Docencia Servicio año 2025 I semestre pregrado: 92 estudiantes+1 movilidad= 93 23 docentes Posgrado: 41 estudiantes 24 docentes II semestre Pregrado: 36 estudiantes 11 docentes III semestre Pregrado: 101 estudiantes+ 3 movilidad=104 Posgrado: 35 estudiantes

**INFORME DE GESTIÓN
2025**

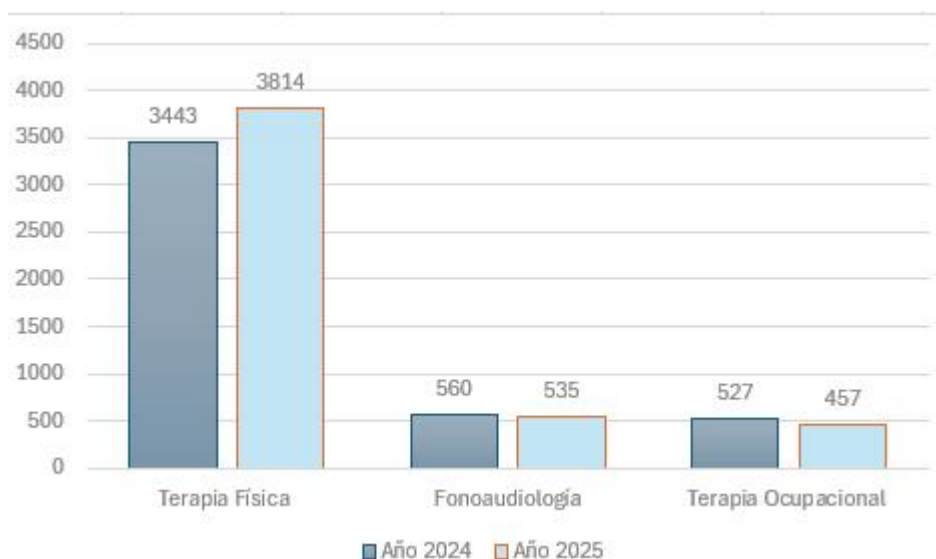
SERVICIO	CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO IPS	CAPACIDAD DE TALENTO HUMANO CONVENIO DOCENCIA SERVICIO
		<p>23 docentes</p> <p>“son estudiantes únicos, los cuales pueden estar en varias prácticas en el semestre”</p>
Terapias de Apoyo	<p>Fisioterapeutas 4 Fonoaudiólogo 1 Terapeuta ocupacional 1 Auxiliares recepción 2 Aseo 1</p>	<p>Relación Docencia Servicio año 2025</p> <p>I semestre pregrado: 92 estudiantes+1 movilidad= 93 23 docentes Posgrado: 41 estudiantes 24 docentes</p> <p>II semestre Pregrado: 36 estudiantes 11 docentes</p> <p>III semestre Pregrado: 101 estudiantes+ 3 movilidad=104 Posgrado: 35 estudiantes 23 docentes</p> <p>“son estudiantes únicos, los cuales pueden estar en varias prácticas en el semestre”</p>
Servicios Médicos	<p>Medico 1 Psicólogos 2 Auxiliares recepción 1</p>	
Gestión administrativa	<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>	

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
Total	4530	4806

Gráfico N°5: Distribución de pacientes atendidos en terapias de apoyo por servicios.



Entre los años 2024 y 2025 el servicio de Terapia Física presentó un incremento del 10,78% en el número de pacientes atendidos. Sin embargo, se observa una disminución en los servicios de Fonoaudiología (4,46%) y Terapia Ocupacional (13,28%). Esta variación se explica principalmente por el traslado de usuarios con tratamientos crónicos, como pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, hacia otras unidades de servicio. Dichos pacientes iniciaron su proceso en la Fundación IPS UAM con órdenes terapéuticas entre 48 y 72 sesiones; sin embargo, durante el desarrollo de su tratamiento fueron remitidos a otras sedes para garantizar la continuidad de la atención.

Adicionalmente se identificó un caso en donde al paciente Hernan Polo le suspendieron su asistencia debido a la eliminación del servicio de transporte previamente suministrado por la EPS SANITAS, lo cual impactó directamente en la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, pacientes pediátricos que requerían un manejo integral, incluyendo el servicio de psicología fueron remitidos a la Clínica San Juan de Dios.

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 Física	34741	36455
Fonoaudiología	5394	4578
Terapia Ocupacional	4895	4121
Total	45030	45154

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%
Total	34741	36455

Durante el primer semestre del año 2024 el servicio de terapia física funcionó bajo el modelo antiguo de Docencia Servicio con una población de 69 estudiantes. Para el segundo semestre de ese año, se implementó una transición que combinó dicho modelo con la modalidad de internado. No obstante, al iniciar el primer semestre de 2025, se consolidó exclusivamente la modalidad de internado y esta transición conllevó una reducción en el número de estudiantes lo cual impactó directamente en el volumen total de consultas realizadas en dicho servicio.

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
Total general	45154

En relación con la población atendida en terapias de apoyo se evidencia un impacto de **206** consultas correspondientes a empleados de la UAM, quienes hicieron uso del beneficio otorgado por la Fundación IPS UAM lo que contribuyó al bienestar y el cuidado de su salud.

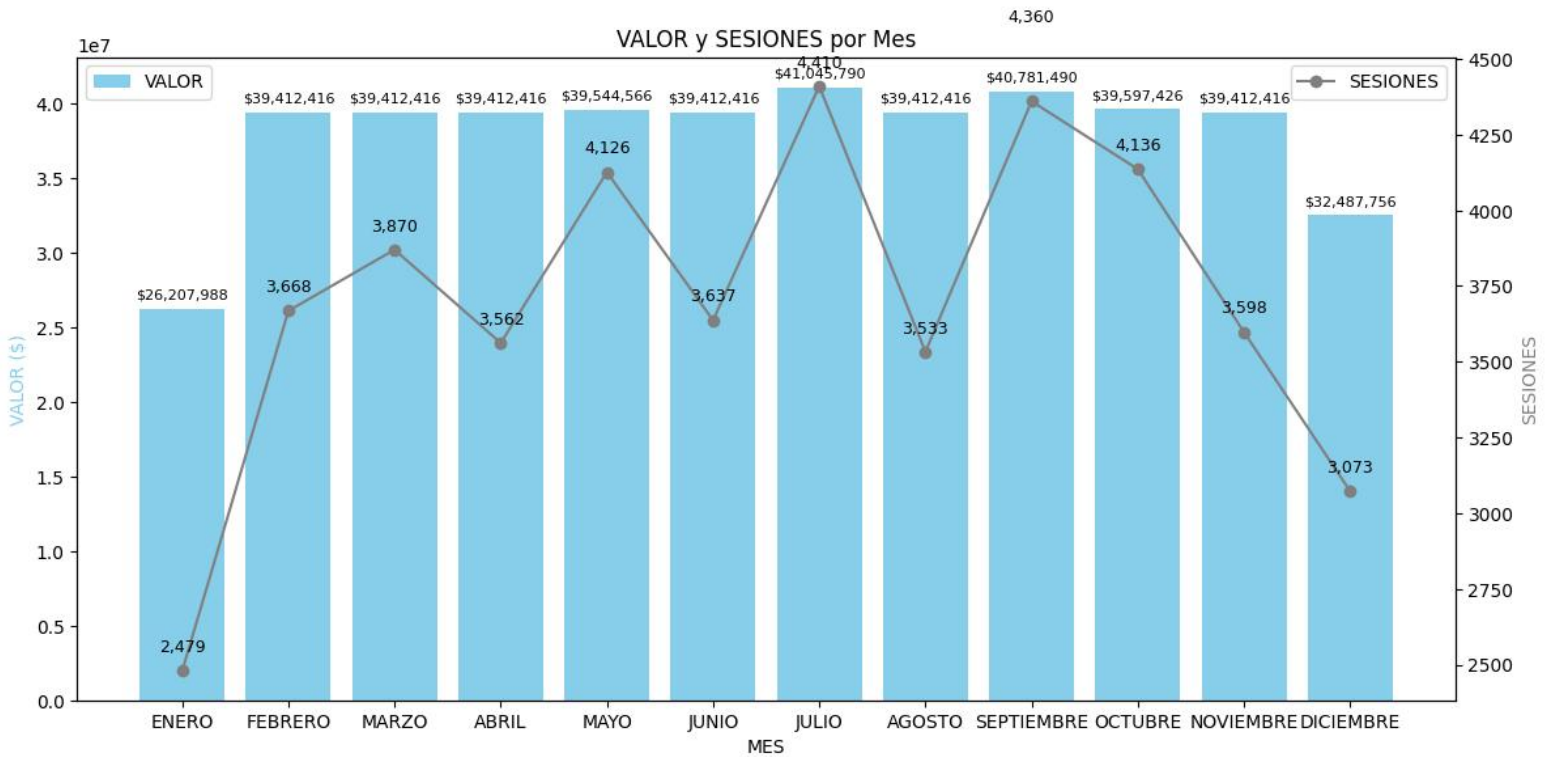
INFORMACIÓN DE FACTURACION TERAPIAS DE APOYO:

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

Gráfico N°6: Distribución 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.

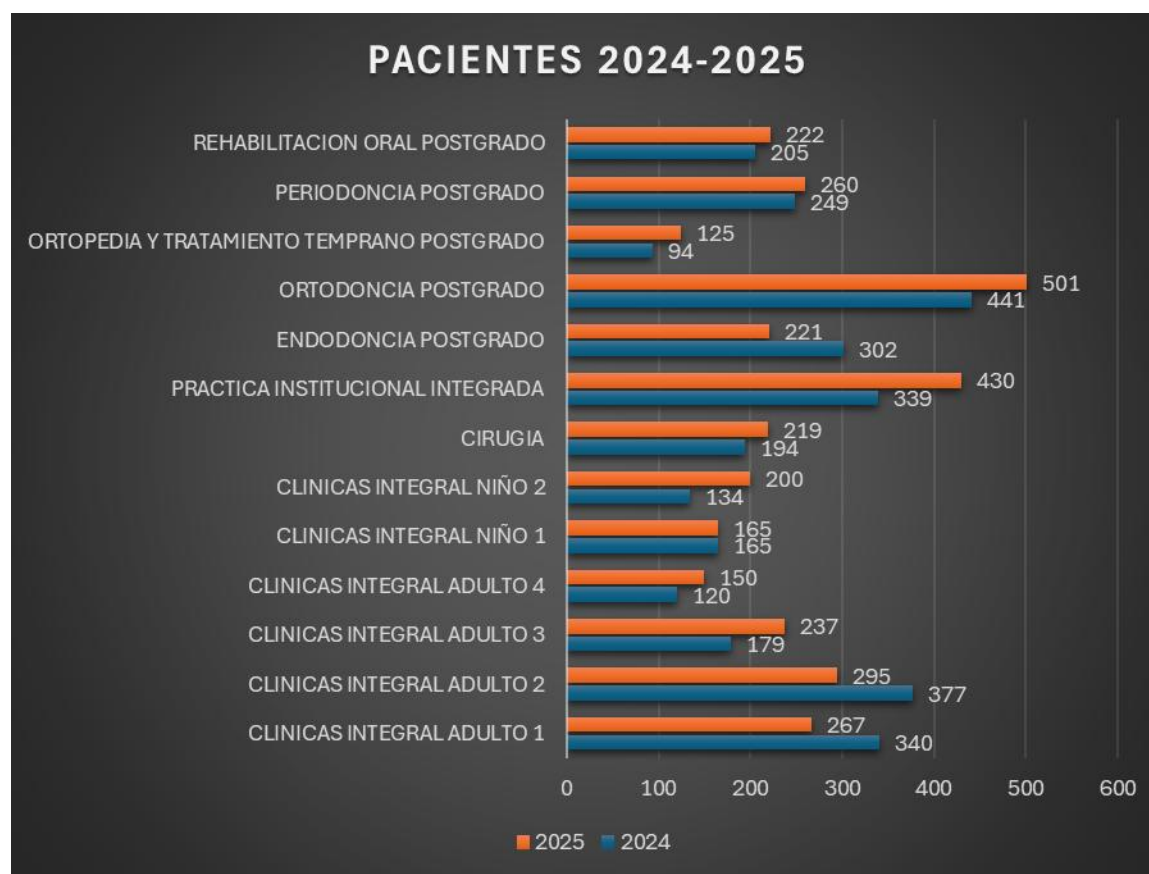
La información presentada constituye una base objetiva para la planeación académica, la optimización de recursos y la proyección institucional del próximo periodo.

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
TOTAL DE PACIENTES	3139	3292

GRAFICA N° 7: Comparativo de producción de servicios años 2024 y 2025 clínicas odontológicas.

El análisis permite identificar una disminución puntual en Endodoncia POSGRADO, situación que se presentó a causa de la disminución de estudiantes en este servicio.



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 %)

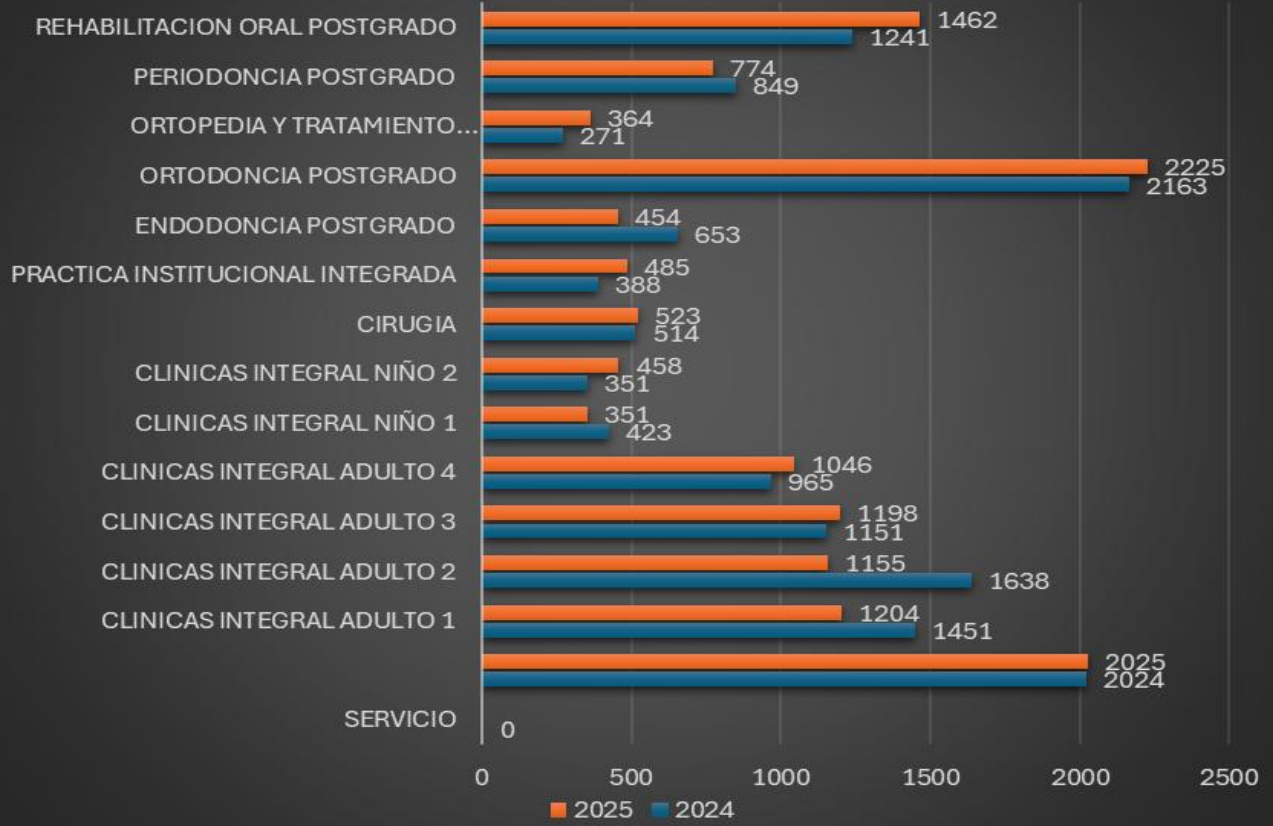
Tabla N°. 12: Consultas Odontología periodos años 2024 y 2025

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
TOTAL DE CONSULTAS	12058	11699

En la siguiente grafica el comportamiento indica una redistribución de la demanda hacia servicios más especializados con rehabilitación oral y tratamiento temprano, las áreas con descenso de consultas es Adulto 1, Adulto 2 y Endodoncia

Gráfico N° 8: Consultas odontología años 2024 y 2025

CONSULTAS 2024-2025



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 esp. de endodoncia. La especialización de rehabilitación oral mantiene una estabilidad en la cantidad de estudiantes.

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

RELACION DE CLINICA PRACTICA DE ODONTOLOGIA	2024-1	2024-INTER	2024-3	2025-1	2025-INTER	2025-3	RELACION DOCENTE-ESTUDIANTE SEGÚN ACUERDO DE PRACTICA	RELACION DOCENTE-ESTUDIANTE EJECUTADO EN 2025
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	11	6	11	8	5	8	1 7	1 3
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	13	5	12	9	3	9	1 7	1 3
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	3	4	4	3	2	3	1 7	1 7
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	3	4	4	4	3	4	1 7	1 5
CLINICAS INTEGRAL NIÑOS	1	1	1	1	1	1	1 7	1 6
CIRUGIA	2	2	3	2	1	2	1 7	1 6
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	1	1	1	1	1	1	1 4	1 3
ORTODONCIA POSGRADO	7	0	7	8	0	8	1 6	1 6
PERIODONCIA POSGRADO	9	0	9	8	0	7	1 4	1 3
REHABILITACION ORAL POSGRADO	6	0	6	6	0	7	1 4	1 4
ENDODONCIA POSGRADO	4	0	4	2	0	1	1 4	1 4
TOTALES	60	23	61	52	16	51		

Para el año 2025, se observa una disminución de docentes frente al año 2024, esto se dio por la disminución de estudiantes y que en las clínicas integrales de adultos I y II comparten docente de periodoncia

Para la especialización de endodoncia se observa una gran disminución por la cantidad de estudiante que ingresaron a la especialización.

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

SERVICIO	CANTIDAD DE RADIOGRAFIAS	NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	RELACION PORCENTUAL DE LA TOMA DE IMAGENES
			2025
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 1	59	267	22%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 2	64	295	22%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 3	35	237	15%
CLINICAS INTEGRAL ADULTO 4	13	150	9%
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 1	38	165	23%
CLINICAS INTEGRAL NIÑO 2	36	200	18%
CIRUGIA	32	219	15%
PRACTICA INSTITUCIONAL INTEGRADA	176	430	41%
ENDODONCIA POSTGRADO	21	221	10%
ORTODONCIA POSTGRADO	260	501	52%
ORTOPEDIA Y TRATAMIENTO TEMPRANO POSTGRADO	56	125	45%
PERIODONCIA POSTGRADO	18	260	7%
REHABILITACION ORAL POSTGRADO	29	222	13%
TOTAL	837	3292	

Fuente: Coordinación de radiología y sistema de información Oficlinic

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

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

INFORME DE GESTIÓN 2025

del registro. Implementar un plan de mejora en acompañamiento y capacitaciones para tener una mejor adherencia a el proceso y registro de periapicales.

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%
TOTAL	781	3139		442	3292	

Fuente: coordinación de radiología y sistema de información Oficlinic.

GESTION DE AGENDA DE SERVICIO DE CLINICAS ODONTOLOGICAS.

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 de citas y mesas de servicios con mínimo 24 horas de anticipación.

Sin embargo, en los seguimientos realizados se encontró mayor adherencia en 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 ADULTO 4	965	112	12%	1046	77	7%
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%

PACIENTES SIN CITA PREVIA						
SERVICIO	2024			2025		
	CONSULTAS	CANTIDAD DE AGENDAMIENTO SIN CITA	PORCENTAJE	CONSULTAS	CANTIDAD DE AGENDAMIENTO SIN CITA	PORCENTAJE
REHABILITACION ORAL POSGRADO	849	162	19%	1462	93	6%
TOTAL	1241	1478		11214	656	74%

Como se describe anteriormente el agendamiento previo es fundamental para la gestión operativa de servicios, sin embargo 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

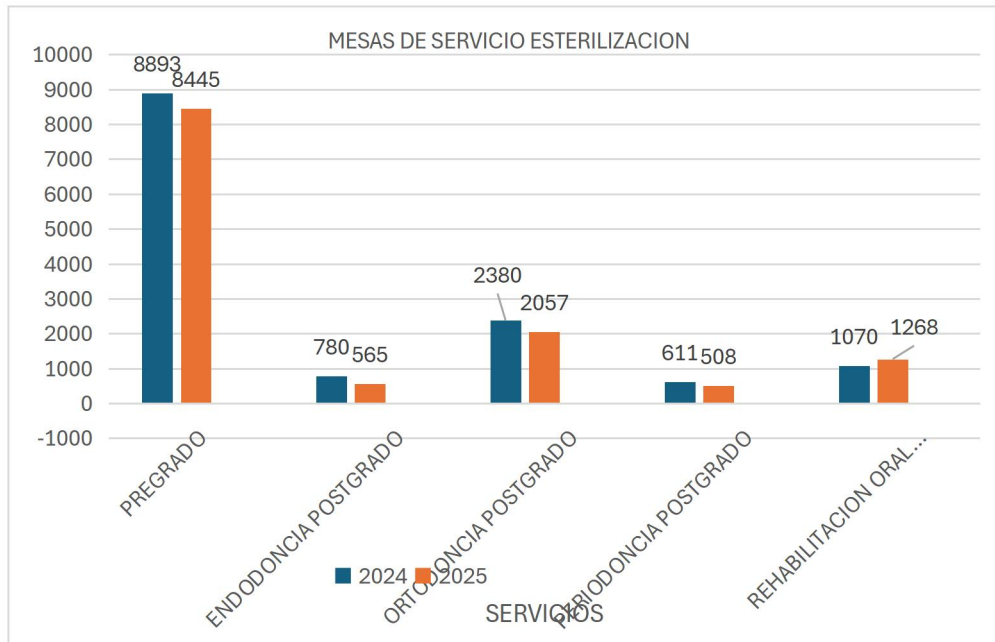
La central de esterilización de la IPS tiene bajo su responsabilidad la gestión de bioseguridad, custodia e identificación segura de los instrumentales de los estudiantes, actividad que hace la diferencia entre todos los prestadores de servicios odontológicos de la ciudad al ser prestado exclusivamente 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 y de consultas. 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

INFORME DE GESTIÓN 2025

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%
TOTAL	13734	12843	

Gráfico N°9: Mesas de servicio esterilización

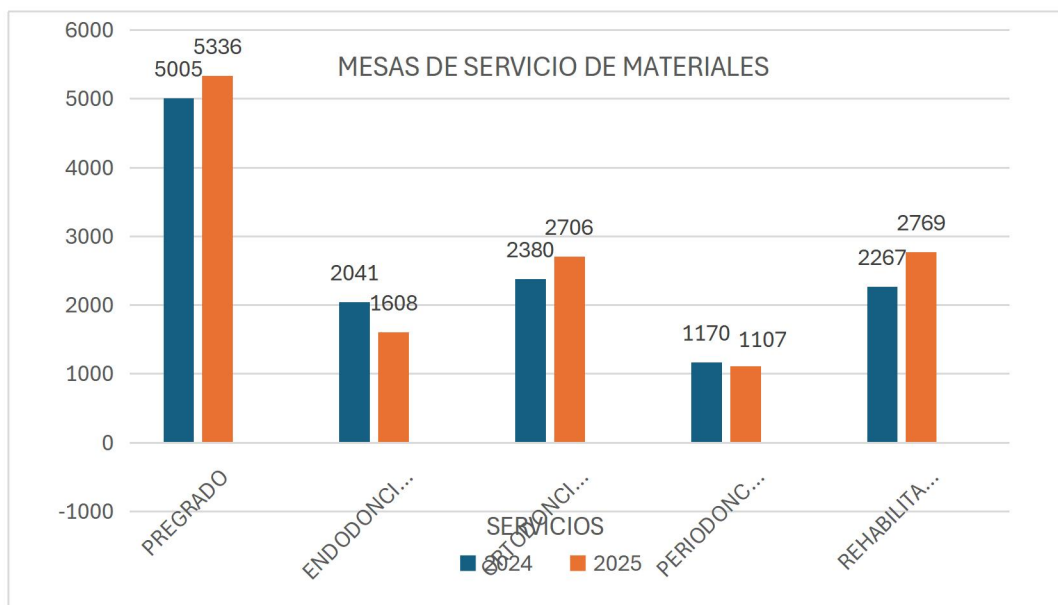


GESTIÓN DE MESAS DE SERVICIO REALIZADAS A LA CENTRAL DE MATERIALES

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 endodoncia equivalente a un 21% directamente proporcional a la cantidad de consultas.

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%
TOTAL	12863	13526	

Grafica N° 10: 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 2025

MESAS DE SERVICIO AREAS DE APOYO				
SERVICIO	2024	%	2025	%
GESTION DE TECNOLOGIA	159	33%	119	29%
MANTENIMIENTO	238	49%	228	57%
PLANEACION FISICA	87	18%	56	14%
TOTAL	484	100%	403	100%

En la tabla anterior se puede observar que las necesidades de mantenimiento tuvieron un peso del 49% Y 57% respectivamente en los años relacionados. De todas las solicitudes registradas, el área de gestión de tecnología tuvo un peso del 33% y 29% y planeación física de un 18% y 14%.

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 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.

INFORME DE GESTIÓN 2025

Tabla N°19: Detalle de tipo de solicitud a áreas de apoyo por mesas de servicio en clínicas odontológicas.

MESAS DE SERVICIO AREAS DE APOYO 2025		
Área Responsable	Asunto Solicitud de mesa	Total
Gestión de tecnología	Falla en equipo de computo	33
	Falla de accesorios(mouse,teclados,cargador ,guaya, teléfono , impresora	42
	Fallas en la red	19
	Oficlinic	7
	Fallas en licencia y soproy pxp	18
Total Gestión de Tecnología		119
Mantenimiento	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
	cavitroneos	2
	Microscopio	1
	Motores, equipos de cirugía	5
	Total Mantenimiento	
Planeación Física	Humedad en paredes	1
	Reparación baños-lavamanos- pocetas	14
	reparacion 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
Total Planeación Física		56
Total general		403

INFORME DE GESTIÓN 2025

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
Gestión de tecnología	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
Total Gestión de Tecnología		119
Mantenimiento	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
Total Mantenimiento		228
Planeación Física	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,st and y rejillas)	10
Total Planeación Física		56
Total general		403

Tabla N°21: Mesas de servicio terapias de apoyo

**INFORME DE GESTIÓN
2025**

MESAS DE SERVICIO TERAPIAS DE APOYO 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
	Préstamo reserva de equipos	1
	Sitio web	6
	Telefonía IP	1
		3
Total, Gestión de Tecnología		56
Mantenimiento	Equipo Biomédico	2
	Mecánico	3
Total Mantenimiento		5
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
Total, Planeación Física		58
Comunicaciones 360	Creación contenido promocional	1
	Diseño	8
	Toma de fotografías	1
	Toma de fotografías para sitio web	1
		11
Total general		130

Tabla N°22: Distribución de mesas de servicio de Terapias de Apoyo en el año 2025.

MESAS DE SERVICIO AREAS DE APOYO		
SERVICIO	2025	%
GESTION DE TECNOLOGIA	56	43%
MANTENIMIENTO	5	4%
PLANEACION FISICA	58	45%
COMUNICACIONES 360	11	8%
Total	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	%
Psicologia	598	78%	205	79%
Medicina General	66	9%	38	15%
Consulta de Gimnasio	102	13%	16	6%
Total	766	100%	259	100%

Se evidencia una disminucion en el número de pacientes atendidos para el periodo 2025 ya que los profesionales de Servicios Médicos desarrollaron actividades de bienestar tales como amate responsablemente (salud sexual), conéctate más conciencia (salud mental), Vive UAM, hábitos para una vida saludable entre otros.

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	62%
Consulta de primera vez Psicología	150	27%
Consulta de gimnasio	16	3%
Consulta de primera vez Medicina General	44	8%
Total general	559	100%

Durante el año 2025 en Servicios Médicos se realizaron **559** consultas de las cuales el **89%** corresponde a citas atendidas en el servicio de Psicología (Consulta de primera vez y consulta de control). El **8%** corresponde a atenciones de medicina general de primera vez y el **3%** restante corresponde consulta de gimnasio.

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

Servicio	Numero documento	Diagnostico	Observación	Cantidad sesiones
Psicología	1143337003	F321	Episodio depresivo	12
Psicología	1054862731	F411	Trastorno de ansiedad generalizada	12
Psicología	1108206556	Z554	Trastorno de labilidad emocional	10
Psicología	1117015097	F411	Trastorno de ansiedad generalizada	9
Psicología	1091884875	F411	Trastorno de ansiedad generalizada	9
Psicología	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 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 CUMPLIMIENTO	100%	93%

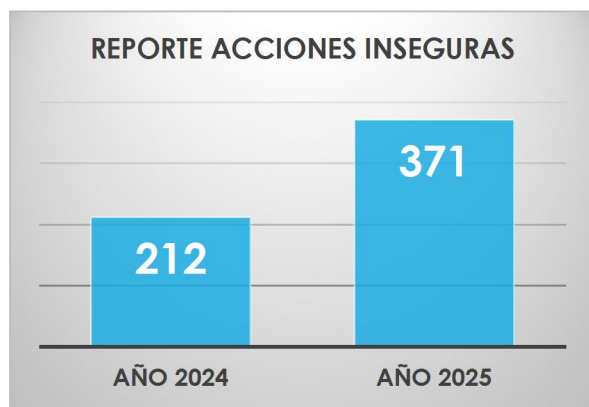
Se realizó un análisis de la ejecución del cronograma de capacitación, el cual evidencia que en 2024 se programaron 48 capacitaciones, de las cuales se llevaron a cabo 48, lo que representa un cumplimiento del 100%. En 2025, se programaron 46 capacitaciones y se logró un cumplimiento del 93% de estas 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

Auditoría 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 FÍSICOS	100%	100%
ANAMNESIS	100%	100%
EXAMEN FÍSICO 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%
TOTAL % DE ADHERENCIA	84%	72%

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%
%TOTAL POR HC	100%

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.

	CRONOGRAMA PAMEC 2025												CÓDIGO	FUN-IPS-UA
													VERSIÓN	1
													FECHA	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															
ACTIVIDADES PREVIAS															
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															
Fase 1. AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES															
Realizar Autoevaluación cualitativa de los estándares definidos	Grupos de mejoramiento														
Fase 2. SELECCIÓN DE ESTÁNDARES CON OPORTUNIDAD DE MEJORA															
Seleccionar los estándares de seguridad del paciente a los cuales se les haya identificado oportunidades de mejora en la autoevaluación.	Auditor de calidad														
Fase 3. PRIORIZACIÓN DE ESTÁNDARES Y PROCESOS OBJETO DE MEJORA															
Priorizar los estándares a intervenir, aplicando la matriz de priorización definida por la institución.	Grupos de mejoramiento														
Fase 4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA															
Definir o ajustar los indicadores que apliquen a los estándares priorizados	Auditor de calidad														
Fase 5. MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO															
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												2025	
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	
23/1/2025															
PARA EL MEJORAMIENTO															
Desarrollar estrategias específicas para el cierre de las brechas encontradas en la autoevaluación de estándares.	Coordinadores de áreas														
Fase 7. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO															
Ejecutar las acciones de mejora definidas en los planes de mejoramiento.	Coordinadores de áreas														
Fase 8. EVALUACIÓN DE LOS MEJORAMIENTOS															
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														
Fase 9. APRENDIZAJE DE LA ORGANIZACIÓN															
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
Formato			
Código Estándar		CALIFICACIÓN CUALITATIVA	
ESTÁNDAR		OPORTUNIDAD DE MEJORA	
4.1.3	Coordina procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador	OPORTUNIDAD DE MEJORA	
4.1.3.1	<p>Procedimientos de referencia de pacientes: 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>Enfoque: 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>Implementación: Se ceunta con programación para socialización para el año 2025 Resultado: Ninguno</p>	<p>Enfoque: 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>Implementación: El cumplimiento del paso a paso del procedimnt referencia y contrareferencia</p> <p>Resultado 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
MATRIZ DE PRIORIZACIÓN					
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 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	GESTIÓN DE LA CALIDAD- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD-GESTIÓN DE LA RELACIONA DOCENCIA SERVICIO	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	GESTIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO	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.	Porcentaje de Cobertura del Personal del convenio docente asistencial en Actividades de Socialización y Campañas Educativas sobre Seguridad del Paciente	>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	La medición de la cultura de seguridad que incluye la medición del clima de seguridad: 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.

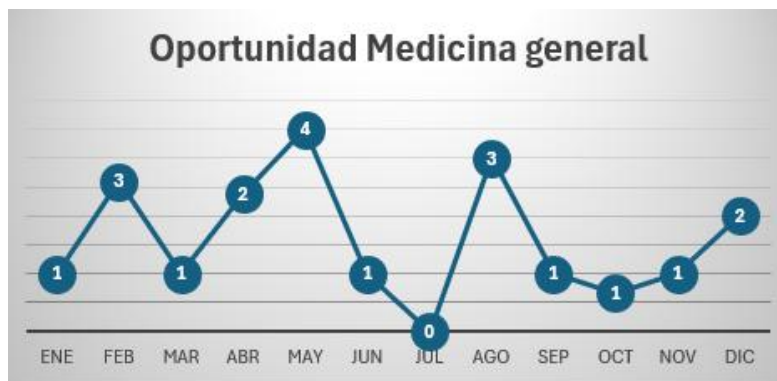
INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

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 práctica

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

Para el III semestre se realiza reinducción 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
Total	241	259	167	228

Tabla N°33: Temáticas de inducciones Programa de Odontología

TEMÁTICAS INDUCCIONES F. IPS UAM 2023- 1 SEMESTRE PROGRAMA DE ODONTOLOGIA			
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

TEMÁTICAS INDUCCIONES PROGRAMA DE FISIOTERAPIA			
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.

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

A continuación, se dan a conocer las remisiones realizadas, entregadas y pendientes de los años 2024 y 2025 de las diferentes practicas clinicas de la Fundacion IPS UAM

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

El crecimiento general de remisiones fue de 50.3% donde en el año 2024 fueron 527 remisiones y en el año 2025 fueron 792 remisiones, el aumento de ordenes entregadas fue 49.4% lo que muestra un crecimiento significativo en la demanda y en la capacidad de entrega de remisiones en 2025.

el proceso de remisiones se mantiene estable alrededor del 91%, para el año 2025 se observa mayor incremento en las remisiones de: rehabilitación oral, periodoncia, cirugía, siendo rehabilitación oral la que tiene mayor cantidad de remisiones y pendientes por atender, por la alta demanda de usuarios de la especialización.

La entrega de las remisiones a los estudiantes se realiza por medio de la auxiliar administrativa, donde se lleva control de las remisiones atendidas.

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

Cada año a los estudiantes de los programas de fisioterapia y odontología se les realiza rondas de seguridad sin previo aviso, para el año 2025 se presentaron los siguientes resultados:

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%	
	Cumple	57	94%	
4. Manejo de guantes desechables.	No cumple	0	0%	100%
	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 clínica odontológica.

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.

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.

	ACTA DE COMITÉ	CODIGO: PPS-FORMA
		VERSIÓN: 1
		FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 04/06/2025

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

Fecha: 04/06/2025	Lugar: Fundación IPS UAM	Hora: 2:00 PM
-------------------	--------------------------	---------------

Integrantes:

Cargo	Nombre	Firma
Gerente Fundación IPS UAM	Sando Miana Marin Betancor	
Auditor de Calidad	Juan David Bedoya Cortes	
Analista de Calidad y Lider de PPSS	Kelly Tabara Cardona Ramirez	
Coordinadora Administrativa	Lina Anyell Castillo Ocampo	
Coordinadora Docencia Servicio	Jerry Paola Ojeda 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 2053 de 2017, y con base en los principios de descentralización, corresponsabilidad y garantía del acceso 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

	ACTA DE COMITÉ	CODIGO: PPS-FORMA
		VERSIÓN: 1
		FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 04/06/2025

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

Fecha: 04/06/2025	Lugar: Fundación IPS UAM	Hora: 02:00pm
-------------------	--------------------------	---------------

Integrantes:

Cargo	Nombre	Firma
Gerente Fundación IPS UAM	Sando Miana Marin Betancor	
Auditor de Calidad	Juan David Bedoya Cortes	
Analista de Calidad y Lider de PPSS	Kelly Tabara Cardona Ramirez	
Coordinadora Administrativa	Lina Anyell Castillo Ocampo	
Coordinadora Docencia Servicio	Jerry Paola Ojeda 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 760 de 2016, que modifica el artículo 10 del Decreto 1757 de 1994, y en concordancia con la Resolución 2053 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece la Política de

INFORME DE GESTIÓN 2025

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

FUNDACIÓN IPS UAM.					CODIGO: FGTN-000-007											
VERSIÓN: 1																
FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 20-abr-20																
Nombre del curso	POBLACIÓN OBJ.	METODOLOG.	LUGAR	RESPONSABLE	ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCTU	NOV	NOVIEM
Educación al usuario , medidas de seguridad y autocuidado en consulta	Usuarios y acompañantes	presencial	Fundacion IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Politica de participacion social en salud	usuarios	presencial	Fundacion IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Derechos y deberes , SIAU	Personal asistencial y	Presencial	Fundacion IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Derechos y deberes , SIAU	Usuarios	Presencial	Fundacion IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Estrategias de prevencion y atencion del desastre emocional	Personal asistencial y	Presencial	Fundacion IPS	Andres Florez												
Control social	Personal asistencial	Virtual	Fundacion IPS	Psicologo												
Enfoque diferencial	Personal asistencial	Virtual	Fundacion IPS	ANALISTA DE CALIDAD												
Humanización en el Contexto de la Atención a Pacientes	Auxiliares clinicas odontologicas	Presencial- Artesalon	Fundacion IPS	ANALISTA DE CALIDAD Y												

En que tema se capacitó:



« PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD » PPS5 2025 » 1.EJES ESTRATEGICOS » EJE 1 » El lbronograma de formacion » EVIDENCIAS CAPACITACIONES » MATERIAL FORMATIVO

Ido	Nombre	Fe
	1.Politica Participacions social en salud y mecanismos	12/
	2.BOLETIN ENFOQUE SEGURO_POLITICA PARTICIPACION SOCIAL EN SALLUD 2025	10/
	7.BOLETIN ENFOQUE SEGURO RUTA ATENCION DIFERENCIAL- 2025	8/
	9.BOLETIN ENFOQUE SEGURO HUMANIZACION	10/
	Folleto Derechos y Deberes IPS UAM 2025	22/
	Folleto Política Participacion Social en Salud 2025	22/
tos	Gestion PQRSF-Canales de atencion-derechos y deberes	13/
	Infografia 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.



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.

Creacion de modulo virtual de control social.



Formulario virtual Encuestas de Satisfaccion



Reporte de Incidentes y acciones inseguras.



Encuesta de percepción a usuarios de atributos de calidad.



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



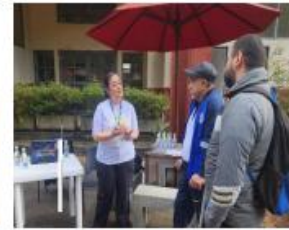
10. Se definieron e implementaron estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades, mediante el diseño e implementación de un módulo de Salud Pública en el marco del programa de formación, así como el desarrollo de capacitaciones orientadas a 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"



**7.2 ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
PARA EL AÑO 2025:**

EQUIPO	PROGRAMADOS	REALIZADOS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BALANZA DE PISO	1	1	100%	1
DYNATRON	1	1	100%	0
ELECTROESTIMULADOR	16	16	100%	6
FONENDOSCOPIO	1	1	100%	0
LAMPARA INFRARROJA	1	1	100%	1
MASAJEADOR	3	3	100%	3
NEVERA	1	1	100%	0
PULSIOXIMETRO	1	1	100%	0
SILLA DE RUEDAS	1	1	100%	0
TANQUE DE COMPRESAS	2	2	100%	0
TANQUE DE HIDROTERAPIA	1	1	100%	0
TANQUE DE PARAFINA	1	1	100%	1
TENSIOMETRO ANEROIDE	2	2	100%	0
ULTRASONIDO	3	3	100%	1
TERMOHIGROMETRO	1	1	100%	1
Total general	36	36	100%	14

Porcentaje de Cumplimiento del 100%

Actividades Programadas	36
Actividades Realizadas	36
Actividades Pendientes	0
Observaciones	14

También se realizan mantenimientos a los equipos adquiridos con Eurodent, como son: Rx panorámico (en el primer semestre y desmonte en el segundo), digitalizadores de RX, equipo CEREC y lámparas para cirugía (mantenimiento correctivo por cableado expuesto), Autoclave W&H.

Mantenimiento IPS fisioterapia:

7.2 ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
PARA EL AÑO 2025:

Equipo	Actividades Realizadas – FEBRERO del año 2025			
	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%	4
ELECTROBISTURI	2	2	100%	1
FONENDOSCOPIO	7	7	100%	1
GRAMERA	2	2	100%	1
LAMPARA DE FOTOCURADO	10	10	100%	3
LOCALIZADOR APICAL	2	2	100%	1
MICROMOTOR	1	1	100%	0
MICROSCOPIO	3	3	100%	2
PIEZOTOMO	1	1	100%	0
RAYOS X PERIAPICAL	2	2	100%	2
TENSIOMETRO ANEROIDE	5	5	100%	0
TERMOHIGROMETRO DIGITAL	5	5	100%	2
	52	52	100%	20

Porcentaje de cumplimiento 100%.

Actividades programadas	52
Actividades realizadas	52
Actividades pendientes	0
Equipos con observaciones	20

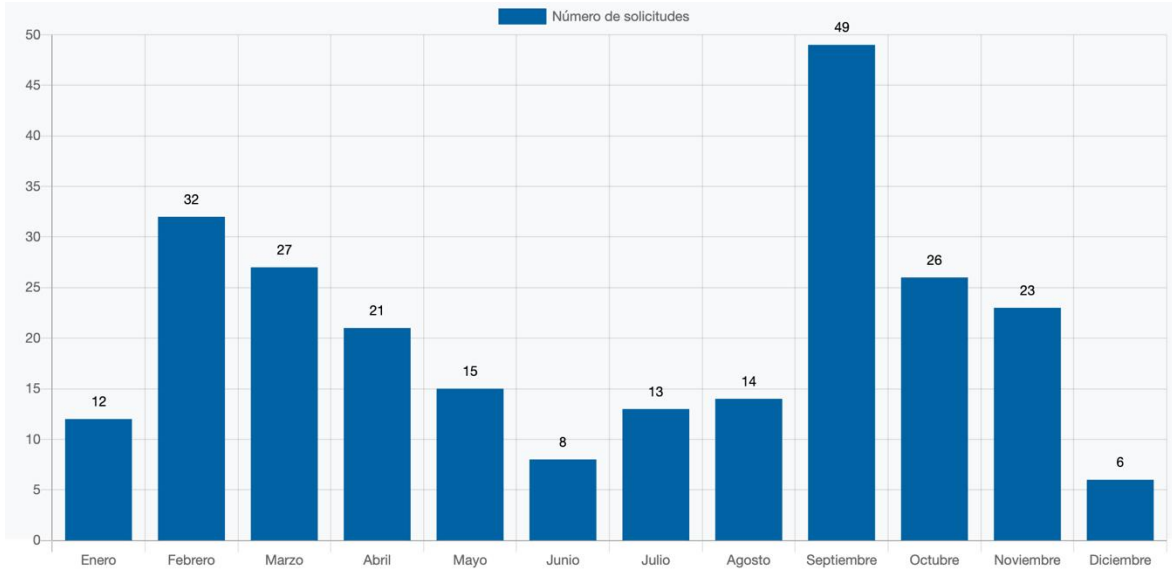
En fisioterapia se han tenido mantenimiento correctivo de ultrasonido, también mantenimientos correctivos de tanques de parafina debido a que estos tanques siempre están funcionando y no se da un período de receso.

Se tienen inconveniente para la consecución de los cables para los ultrasonidos 740, se están consiguiendo fuera del país.

Servicios médicos:

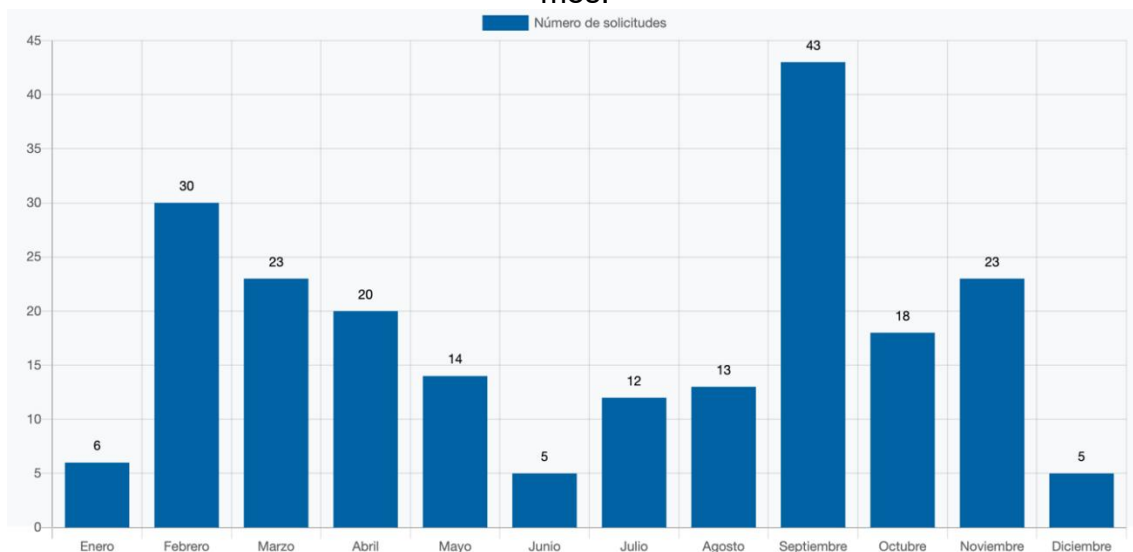
Los mantenimientos preventivos se cumplen en un 100%, con los equipos listados anteriormente. Los informes completos, se encuentran compartidos en la carpeta de Google Drive. En el mes de septiembre se realizaron las calibraciones a los equipos que las requieren. En diciembre se realizó mantenimiento a unidades, pintando partes de algunas de ellas y se enviaron a tapizar 2 unidades y 7 butacos para odontólogo.

Las intervenciones correctivas a los equipos de la FUNDACIÓN IPS UAM desde la mesa de servicio fueron en el período 246 de las cuales 208 se generaron por el uso de las unidades odontológicas.



Solicitudes realizadas por mesa de servicio de la Fundación IPS UAM

Las mesas de servicio para las unidades odontológicas fueron las siguientes por cada mes:



Mesas de servicio solicitadas para unidad odontológica.

Los meses de febrero y septiembre son los que tienen más solicitudes, esto se debe al ingreso de nuevos estudiantes a las instalaciones y en ocasiones al uso inadecuado o desconocimiento de los equipos; el total de solicitudes fueron 208.

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	
EXCEDENTE (INGRESOS MENOS COSTOS CONVENIO UAM)	38.922.037	39.027.744	1,00

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.

Cordialmente,



SANDRA MILENA MARIN BETANCUR
Gerente-Representante Legal Fundación IPS UAM