

INFORME DE GESTIÓN
CAMINOS IPS SAS
2025



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. ALCANCE
4. INFORME DE SEGUIMIENTO A PROCESOS MISIONALES
 - 4.1 **RIAS CARDIOVASCULAR, METABÓLICA Y RENAL CAMINOS IPS SAS.**
 - 4.1.1 Situación actual enfermedades cardiovascular, metabólicas y renales.
 - 4.1.2 Informe **RIAS cardiovascular, metabólica y renal.**
 - 4.1.3 Caracterización de la población HTA/DM-2025.
 - 4.1.4 Caracterización de la población con falla cardiaca Caminos 2025.
 - 4.1.5 Resultados de indicadores RIAS cardiovascular, metabólica y renal.
 - 4.2 **RIAS RESPIRATORIA CAMINOS IPS SAS.**
 - 4.2.1 Situación actual de las enfermedades respiratorias en Colombia.
 - 4.2.2 RIAS Respiratoria Caminos IPS SAS
 - 4.2.3 Caracterización de la población RIAS respiratoria en Caminos IPS-2025
 - 4.2.4 Resultados de indicadores trazadores-RIAS respiratoria 2025
 - 4.3 **RIAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS VIH CAMINOS IPS SAS.**
 - 4.3.1 Situación actual de las enfermedades infecciosas VIH en Colombia.
 - 4.3.2 RIAS Enfermedades infecciosas VIH Caminos IPS SAS
 - 4.3.3 Caracterización de la población RIAS VIH en Caminos IPS-2025
 - 4.3.4 Resultados de indicadores trazadores-RIAS VIH 2025
 - 4.4 **RIAS PROBLEMAS EN SALUD MENTAL CAMINOS IPS SAS.**
 - 4.4.1 Situación actual de la salud mental en Colombia.
 - 4.4.2 RIAS PROBLEMAS EN SALUD MENTAL en Caminos IPS SAS
 - 4.4.3 Caracterización de la población RIAS Salud mental en Caminos IPS-2025
 - 4.4.4 Resultados de indicadores trazadores-RIAS salud mental 2025.
 - 4.5 **RIAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES ARTRITIS REUMATOIDEA CAMINOS IPS SAS**
 - 4.5.1 Situación actual de la artritis Reumatoidea en Colombia.
 - 4.5.2 RIAS ARTRITIS REUMATOIDEA en Caminos IPS SAS
 - 4.5.3 Caracterización de la población RIAS ARTRITIS REUMATOIDEA en Caminos IPS-2025
 - 4.5.4 Resultados de indicadores trazadores-RIAS ARTRITIS REUMATOIDEA 2025
 - 4.6 **RIAS DETECCION TEMPRANA CANCER DE MAMA CAMINOS IPS SAS.**
 - 4.6.1 Situación actual del cáncer de mama en Colombia.
 - 4.6.2 RUTA INTEGRAL del Cáncer de mama en Caminos IPS SAS
 - 4.6.3 Caracterización de la población cáncer de mama en Caminos IPS-2025

4.6.4 Resultados de indicadores trazadores-Detección temprana de cáncer de mama 2025

5. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1 Resultados del programa

- 5.1.1** Cumplimiento de visitas de verificación de rondas de seguridad
- 5.1.2** Cumplimiento en el cargue del dominio de seguridad Resolución 0256/2016
- 5.1.3** Operatividad del comité de seguridad del paciente
- 5.1.4** Reporte de eventos adversos
- 5.1.5** Proporción de eventos adversos gestionados
- 5.1.6** Proporción de incidentes gestionados
- 5.1.7** Tasa de caídas
- 5.1.8** Flebitis en sitio de venopunción
- 5.1.9** Porcentaje de IAAS
- 5.1.10** Adherencia del protocolo de lavado de manos
- 5.1.11** Logros
- 5.1.12** Desafíos y oportunidades seguridad del paciente

6. PROCESO DE GESTIÓN HUMANA 2025

6.1 Resultados de indicadores de gestión

- 6.1.1** Distribución de la Planta de Personal y Tipos de Contratos Caminos 2025
- 6.1.2** Índice de rotación
- 6.1.3** Recobro de incapacidades y Recaudo de Incapacidades

6.2 Conclusiones

7. GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA

7.1 Indicadores trazadores mejora continua

- 7.1.1** Servicios contratados habilitados en REPS
- 7.1.2** Cumplimiento de la operatividad de los comités institucionales
- 7.1.3** Cierre de acciones incluidas en los planes de mejoramiento institucionales
- 7.1.4** Cumplimiento del reporte de información a entes de control
- 7.1.5** Cumplimiento del plan de mejoramiento del PAMEC 2025

7.2 Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad – PAMEC

- 7.2.1** Cumplimiento de la ruta crítica

7.3 Cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científicas

8. GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

- 8.1** Estado de Situación Financiera
- 8.2** Estado de Resultados Integral
- 8.3** Estado de Flujo de Efectivo
- 8.4** Estado de Cambios en el Patrimonio

8.5 Indicadores Financieros

8.6 Gestión Presupuestal

8.6.1 Ejecución de ingresos

8.6.2 Ejecución de costos y gastos

8.7 Facturación y radicación por contratos

8.8 Cumplimiento de reportes normativos.

9. GESTIÓN INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2025

9.1 Contexto general de la gestión

9.2 Gestión desarrollada durante el primer semestre

9.3 Gestión desarrollada durante el segundo semestre

9.4 Resultado consolidados por subsistema

9.5 Balance consolidado de mapas de calor

9.6 Canales de reporte y cultura institucional

9.7 Conclusión consolidada de la vigencia

10. GESTIÓN DE EXPERIENCIA AL USUARIO

10.1 Indicadores trazadores experiencia del usuario

10.1.1 Oportunidad en la gestión de PQRSF

10.1.2 Oportunidad en la gestión de quejas y reclamos

10.1.3 Oportunidad en la gestión de peticiones y sugerencias

10.1.4 Oportunidad en la gestión de felicitaciones

10.1.5 Canales de radicación

10.1.6 Comportamiento de las PQRSF

10.1.7 Proporción de satisfacción global de los usuarios

10.1.8 Proporción de usuarios que recomendarían su IPS

11. GESTIÓN LOGÍSTICA Y AMBIENTE FÍSICO

11.1 Indicadores De Gestión

11.1.1 Control de Inventarios

11.1.2 Porcentaje de Cumplimiento de Requerimientos entregados a las diferentes áreas

11.1.3 Porcentaje de Insumos y Dispositivos médicos que cumplen con las especificaciones técnicas.

11.1.4 Porcentaje de Cumplimiento de mantenimientos correctivos de ambiente físico.

11.1.5 Porcentaje de Cumplimiento de los cronogramas de mantenimientos preventivos de equipos biomédicos.

11.1.6 Porcentaje de Cumplimiento de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos.

11.1.7 Oportunidad de mantenimientos correctivos de equipos Biomédicos.

11.1.8 Éxitos y logros

11.1.9 Conclusiones

12. GESTIÓN TIC

12.1 Análisis de Indicadores

12.2 Optimización en Infraestructura de Red.

12.3 Proyección Estratégica

12.4 Innovación Tecnológica

12.5 Logros Estratégicos y Valor Agregado

12.6 Conclusiones

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe consolida los principales logros, resultados y oportunidades derivados de la gestión de los procesos misionales y estratégicos desarrollados por CAMINOS IPS durante la vigencia 2025, con énfasis en la gestión del riesgo en salud como eje articulador de la atención primaria.

La gestión del riesgo en salud se constituye en un componente esencial para la prestación de servicios, en tanto permite la identificación, análisis, intervención y seguimiento de los factores que pueden afectar el estado de salud de la población atendida, así como la calidad, seguridad y efectividad de las intervenciones implementadas. En este sentido, CAMINOS IPS ha orientado sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de modelos de atención integral centrados en el usuario, con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo.

El informe aborda de manera integral los avances en los procesos de Atención Integral y Gestión del Riesgo, Mejora Continua, Seguridad del Paciente, Gestión Financiera, Logística y Experiencia del Usuario, evidenciando la articulación institucional bajo principios de eficiencia, accesibilidad, oportunidad y humanización, en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. OBJETIVO

Presentar de manera estructurada los resultados de la gestión institucional durante la vigencia 2025, evidenciando el desempeño de los procesos misionales y estratégicos de la IPS, con énfasis en la gestión del riesgo en salud

3. ALCANCE

El presente informe comprende el análisis de la gestión institucional desarrollada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, incluyendo los procesos misionales y estratégicos de la IPS en el marco del modelo de atención primaria en salud.

El alcance incluye la evaluación de los componentes de Atención Integral y Gestión del Riesgo en Salud, Mejora Continua, Seguridad del Paciente, Gestión Financiera y contable, TIC, Logística y Experiencia del Usuario, a partir del seguimiento de indicadores, análisis de resultados, cumplimiento de metas y revisión de acciones implementadas.

4. ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

4.1.1 Situación actual enfermedades cardiovascular, metabólicas y renales.

Las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y renales continúan representando uno de los mayores desafíos para la salud pública mundial y nacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las reconoce como pandemias silenciosas debido a su alta prevalencia, su curso progresivo y su impacto directo en la calidad de vida, la productividad y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. En Colombia, estas patologías concentran una proporción significativa de la carga de enfermedad y constituyen una prioridad dentro de las estrategias de gestión del riesgo en salud.

La falla cardíaca (FC) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional, debido a su elevada prevalencia, alta morbilidad y significativo impacto económico, social y sanitario. En Colombia, esta condición representa una de las principales causas de hospitalización y rehospitalización en la población mayor de 60 años, generando una carga importante para los sistemas de salud y un deterioro progresivo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

4.1.2 Informe RIAS cardiovascular, metabólica y renal.

Caminos IPS fortalece la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), garantizando un modelo de atención centrado en el usuario, con enfoque de riesgo, curso de vida y gestión integral del cuidado. La institución articula acciones de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, y servicios externos de rehabilitación y paliación, asegurando continuidad y oportunidad en la atención de los pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus y falla cardíaca.

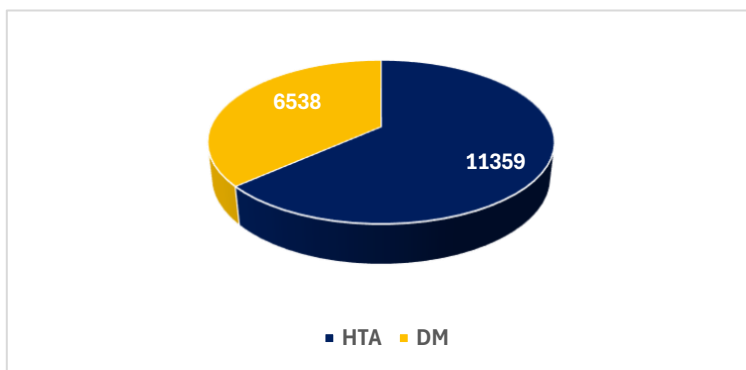
El presente informe de gestión correspondiente al año 2025 analiza el comportamiento de los indicadores de la RIAS Cardiovascular, Metabólica y Renal: cohorte HTA/DM y falla cardíaca, evaluando los avances alcanzados, las brechas y las acciones implementadas para mejorar los resultados en salud. Asimismo, se presentan los logros institucionales, las oportunidades de mejora identificadas y las estrategias orientadas a fortalecer la adherencia, la gestión del riesgo y el desempeño clínico-asistencial de la cohorte atendida.

4.1.3 Caracterización de la población HTA/DM-2025.

La cohorte cardiovascular de Cartagena y Mahates cuenta con una población total de 19.692 pacientes, distribuida de la siguiente manera: Cartagena concentra 17.897 pacientes (90,9%), mientras que Mahates aporta 1.795 pacientes (9,1%).

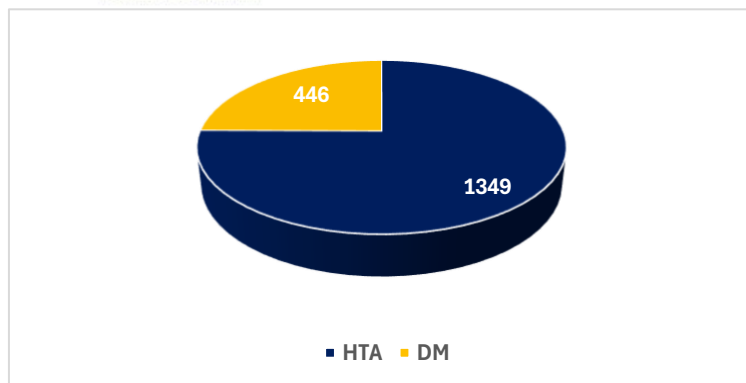
A continuación, se desagrega la cohorte cardiovascular HTA/DM de Cartagena a corte de diciembre de 2025 por diagnósticos:

- 11.359 (65.38%) corresponden a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA).
- 6538 (37%) corresponden a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).



Esto refleja una prevalencia mayor de hipertensión, lo cual coincide con el comportamiento nacional reportado por la Cuenta de Alto Costo, donde la HTA supera el 60 % dentro de las patologías cardiovasculares.

A continuación, se desagrega la cohorte cardiovascular HTA/DM de Mahates a corte de diciembre de 2025 por diagnósticos:

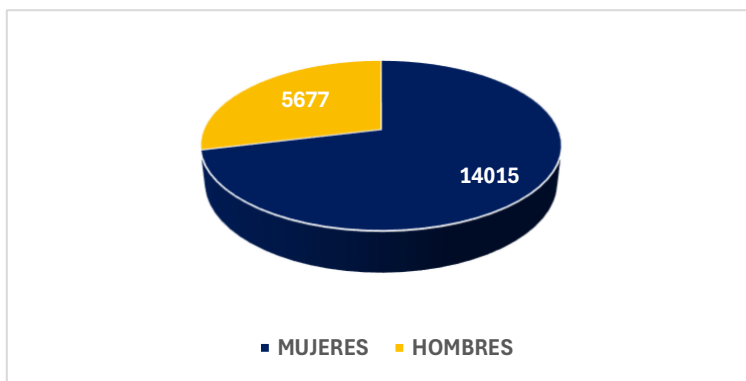


La cohorte cardiovascular HTA/DM de Mahates a corte de diciembre de 2025 fue de 1.795 pacientes, de los cuales:

- 1.349(75%) corresponden a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA).
- 446 (25%) corresponden a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Esto refleja una prevalencia mayor de hipertensión, lo cual coincide con el comportamiento nacional reportado por la Cuenta de Alto Costo, donde la HTA supera el 60 % dentro de las patologías cardiovasculares.

Distribución por sexo cohorte HTA/DM-2025



La cohorte cardiovascular de Cartagena y Mahates cuenta con una población total de 19.692, a continuación se hace la Distribución por sexo año 2025:

- Mujeres: 14.015 (71%)
- Hombres: 5.677 (29%)

Se observa una mayor participación femenina en los programas de riesgo cardiovascular, lo cual puede estar asociado a una mayor asistencia a controles preventivos y a los servicios de salud. Los hombres, por el contrario, tienden a ingresar en etapas más avanzadas o por eventos agudo.

- Distribución según estadio renal HTA/DM (por diagnóstico). Se incluye la cohorte cardiovascular de Cartagena y Mahates para un total de 19.692 pacientes.

Estadio Renal (ERC)	Pacientes DM	Pacientes HTA	Total	% del total
1 y 2	5106	8328	13434	68.2%
3A	846	1689	2535	12.9%
3B	585	1223	1808	9.2%
4	208	419	627	3.2%
5	30	39	69	0.4%
Sin estadio	209	1010	1219	6.2%
Total	6984	12708	19692	100 %

La mayoría (68.2%) está en estadios 1–2, lo cual es esperable en cohortes grandes de DM y HTA. Sin embargo, el 31.8% restante ya tiene deterioro renal o no tiene estadio registrado.

El 22.1% está en ERC 3A–5, es decir, daño renal moderado a severo. Esto es un grupo crítico para seguimiento estricto, nefro protección y control de factores de progresión.

4.1.4 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON FALLA CARDÍACA-2025.

El Programa de Atención Integral de Falla Cardíaca de Caminos IPS S.A.S. realizó seguimiento y control clínico a 869 pacientes activos, se efectuó la captación de 182 pacientes nuevos con diagnóstico confirmado de falla cardíaca, fortaleciendo la detección temprana y el ingreso oportuno al programa, conforme a las rutas definidas de atención integral.

En cuanto a la distribución por sexo, se observó una mayor participación masculina, **con 503 hombres (58%) y 366 mujeres (42%)** dentro de la cohorte total atendida.

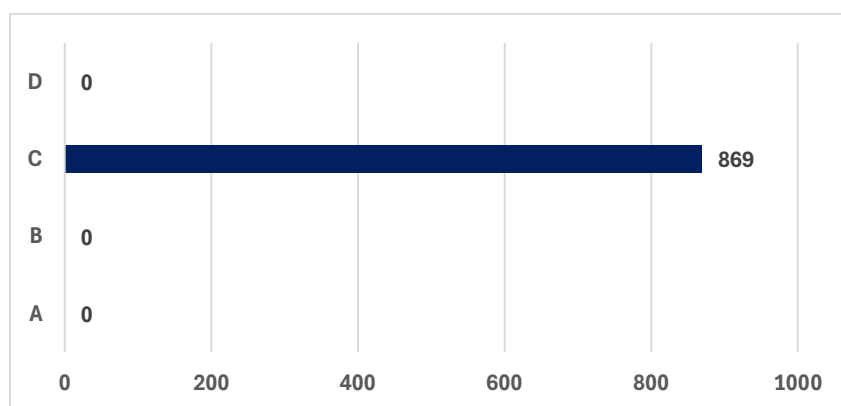
Estos resultados evidencian el fortalecimiento del seguimiento clínico y la capacidad del programa para mantener la cobertura de la población asignada, garantizando la adherencia terapéutica, la

vigilancia de signos de descompensación y la articulación con los diferentes niveles de atención para asegurar la continuidad del cuidado.

Distribución Falla Cardíaca según estratificación AHA-2025.

De acuerdo con la clasificación de estadios clínicos de la AHA/ACC, que permite establecer la progresión de la falla cardíaca y orientar las intervenciones terapéuticas y preventivas, se evidenció que la totalidad de los pacientes atendidos por Caminos IPS en el 2025 corresponden al Estadio C.

La concentración de la población en este estadio resalta la importancia del acompañamiento multidisciplinario, la adherencia al tratamiento farmacológico, el fortalecimiento del autocuidado y la vigilancia estrecha de signos de descompensación para evitar el avance al Estadio D, caracterizado por descompensaciones frecuentes y mayor riesgo de hospitalización.

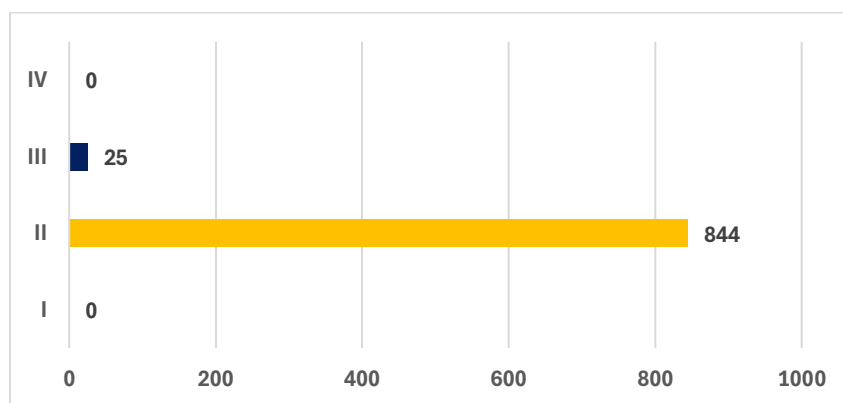


Distribución según estratificación NYHA- Falla Cardíaca 2025.

Con base en la clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA), que evalúa el grado de limitación física y sintomatología del paciente con falla cardíaca, se identificó que la mayoría de la población atendida en el programa se encuentra en los estadios funcionales II y III, lo cual refleja un estado clínico estable, con presencia de síntomas leves a moderados ante la actividad física.

De la población activa de 869 se encontraban en NYHA II, 844 (97%) y en NYHA III 25 pacientes (3%).

Estos resultados evidencian que el 97% de los pacientes del programa se encuentran en estadios funcionales compensados, lo que demuestra la efectividad del manejo clínico, la adherencia terapéutica y la continuidad del seguimiento multidisciplinario, contribuyendo a reducir las descompensaciones y hospitalizaciones por falla cardíaca.

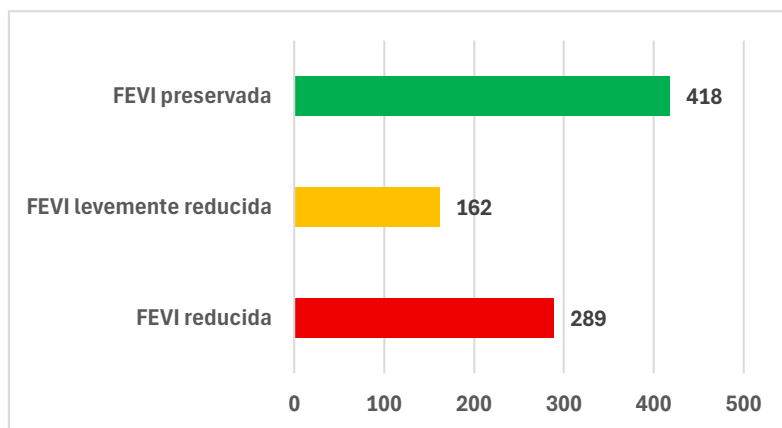


Distribución según la FEVI (Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo) Falla cardíaca 2025.

De acuerdo con la clasificación clínica basada en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), se realizó la distribución de los pacientes del programa, identificando los tres subgrupos de insuficiencia cardíaca: con FEVI reducida, levemente reducida y preservada.

En la población de 2025 FC se encontró la siguiente distribución:

- FEVI $\leq$ 40% (IC con FEVI reducida): 289 pacientes (33%)
- FEVI 41–49% (IC con FEVI levemente reducida): 162 pacientes (19%)
- FEVI $\geq$ 50% (IC con FEVI preservada): 418 pacientes (48%)

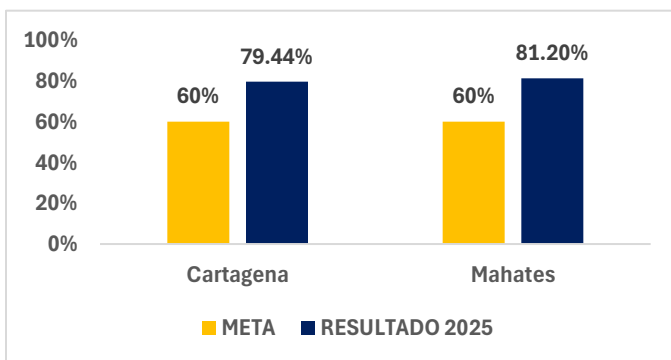


Estos resultados muestran que la mayoría de los pacientes atendidos en Caminos IPS presentan fracción de eyección preservada o reducida, lo que refleja la diversidad fenotípica de la falla cardíaca y la necesidad de un enfoque diferenciado en el tratamiento y seguimiento clínico, conforme a las guías de

manejo de la European Society of Cardiology (ESC, 2023) y la AHA/ACC (2022).

4.1.5 Resultados de indicadores RIAS cardiovascular, metabólica y renal.

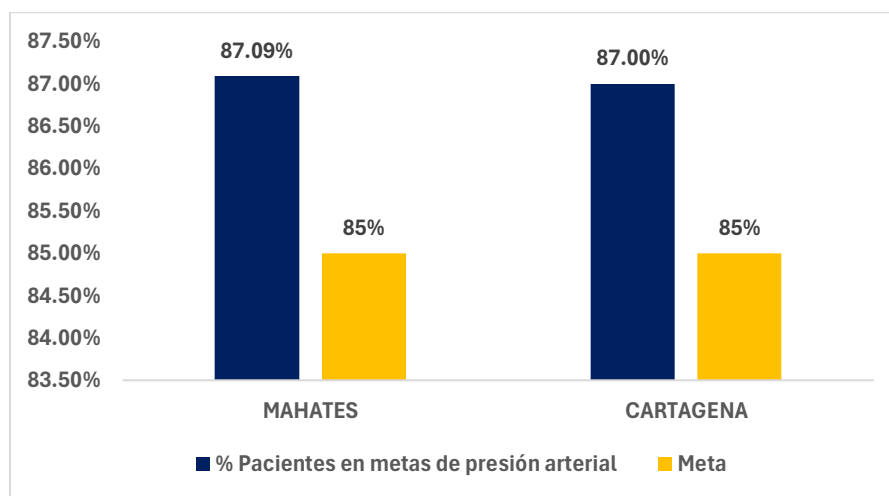
% de pacientes HTA/DM Estudiados para enfermedad renal crónica 2025



El indicador de pacientes hipertensos y diabéticos estudiados para enfermedad renal crónica en 2025 muestra un desempeño superior a la meta establecida ($\geq 60\%$), con resultados de 79.44% en Cartagena y 81.20% en Mahates. Esto evidencia una adecuada implementación del tamizaje renal en la población de riesgo y una integración efectiva de los protocolos de crónicos. Se recomienda mantener las

estrategias actuales, fortalecer la periodicidad del estudio según riesgo y consolidar alertas en el sistema para garantizar la sostenibilidad del resultado y la detección oportuna de enfermedad renal crónica.

% de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus arterial con cifras tensionales en meta. Cartagena y Mahates 2025.

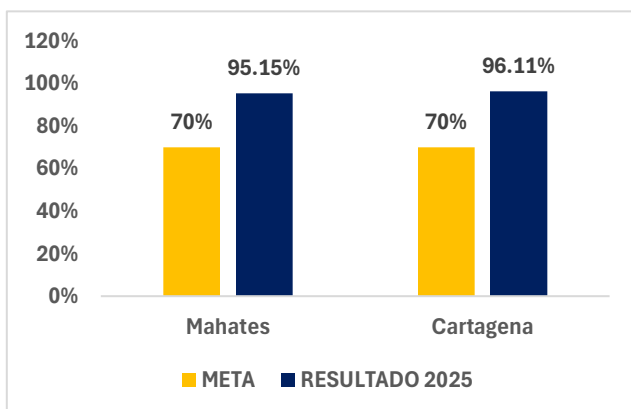


El indicador de % de pacientes en metas de presión arterial muestra un desempeño altamente favorable en ambas sedes evaluadas, con resultados que superan ampliamente tanto la meta institucional como el promedio nacional reportado por la Cuenta de Alto Costo.

La sede Mahates alcanza un 87.09% (n= 1353) de pacientes con presión arterial controlada, superando la meta institucional del 85% y ubicándose 17.34 puntos por encima del promedio nacional (69.75%). Este resultado evidencia un proceso de seguimiento clínico sólido, adherencia terapéutica adecuada y una gestión efectiva del riesgo cardiovascular. La consistencia del indicador sugiere un equipo asistencial con buena capacidad de monitoreo, ajuste farmacológico y educación al paciente. Por su parte, la sede Cartagena presenta un desempeño muy similar, con un 87.00% (n=15.214) de pacientes en metas de presión arterial, también por encima de la meta institucional y 17.25 puntos por encima del promedio nacional. Este comportamiento demuestra que Cartagena mantiene un control tensional adecuado en su población, con procesos clínicos alineados a las guías de manejo y una adecuada articulación entre consulta médica, programas de riesgo y seguimiento farmacológico.

La comparación entre sedes muestra que ambas superan ampliamente el estándar nacional, lo que posiciona a la institución por encima del promedio del país en control de presión arterial, un indicador crítico para la prevención de eventos cardiovasculares mayores.

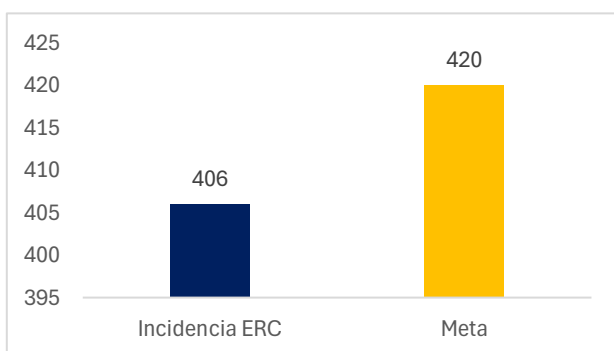
% de Pacientes HTA/DM con función renal conservada -2025



El indicador de pacientes hipertensos y diabéticos con función renal conservada presenta resultados sobresalientes en 2025: Mahates con 95.15% y Cartagena con 96.11%, superando ampliamente la meta establecida ($\geq 70\%$). Este desempeño refleja la efectividad de los procesos de seguimiento clínico, tamizaje renal y

adherencia terapéutica. Se recomienda mantener las estrategias actuales y fortalecer acciones preventivas para garantizar la sostenibilidad del resultado y evitar deterioro renal en la población de riesgo.

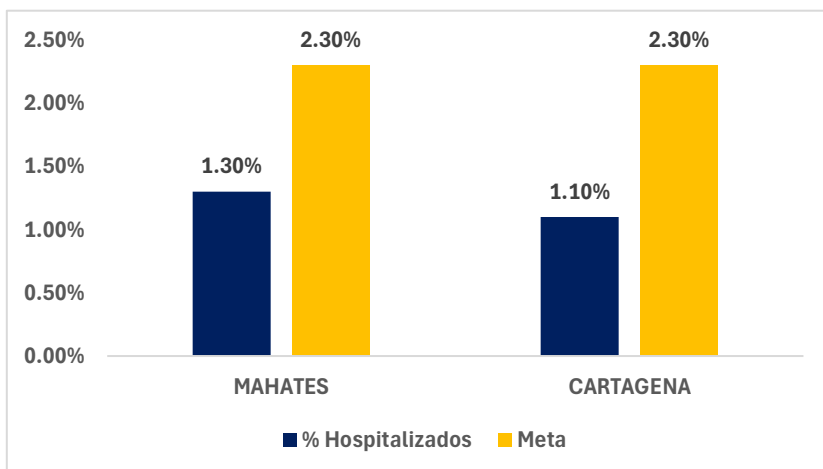
Tasa de incidencia de pacientes estadio renal 5 en HTA/DM-2025



El indicador de incidencia de ERC estadio 5 se encuentra en 406, cumpliendo la meta establecida (≤ 420). Aunque el resultado es favorable, el margen de seguridad es estrecho, lo que exige fortalecer el seguimiento de pacientes en estadios 3 y 4, mejorar la oportunidad de actualización de estadios y robustecer las acciones de nefroprotección. Se proponen intervenciones de corto y

mediano plazo para garantizar estabilidad del indicador y prevenir un incremento en los próximos ciclos.

Porcentaje pacientes hospitalizados por desenlaces HTA/DM-2025



El indicador de % de hospitalizaciones en pacientes del programa de hipertensión y diabetes muestra un comportamiento altamente favorable en ambas sedes, con resultados muy por debajo de la meta institucional del 2.3%. Este desempeño refleja un adecuado control clínico,

seguimiento oportuno y una gestión efectiva del riesgo cardiovascular y metabólico.

La sede Mahates presenta un porcentaje de hospitalización del 1.30%, ubicándose 1 punto porcentual por debajo de la meta, lo que indica un adecuado manejo ambulatorio de los pacientes con HTA y DM.

Este resultado sugiere que el equipo asistencial está logrando prevenir descompensaciones que usualmente llevan a hospitalización, como crisis hipertensivas, descompensaciones hiperglucémicas o complicaciones agudas.

Por su parte, la sede Cartagena muestra un porcentaje aún menor, con 1.10%, también muy por debajo del estándar institucional. Este comportamiento evidencia un modelo de atención más robusto, con mayor capacidad de contención en el primer nivel y un seguimiento clínico más estructurado, lo que reduce la necesidad de hospitalización por complicaciones de HTA y DM.

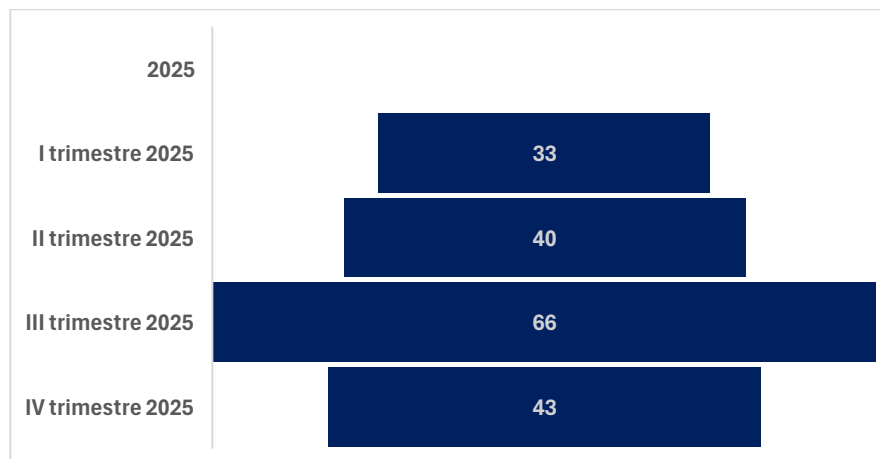
Ambas sedes cumplen ampliamente la meta, lo que posiciona al programa como efectivo en la prevención de eventos agudos y en la gestión del riesgo.

Según los reportes de la Cuenta de Alto Costo (CAC) y literatura nacional:

- Las tasas de hospitalización en pacientes con HTA y DM suelen oscilar entre 3% y 6% anual, dependiendo del territorio, acceso a servicios y adherencia terapéutica.

- En regiones con mayor carga de enfermedad crónica, la hospitalización puede superar el 7%. El estándar de buen desempeño se ubica por debajo del 3% en Caminos IPS SAS durante el 2025.

Número de pacientes captados e ingresados con Insuficiencia Cardiaca-2025

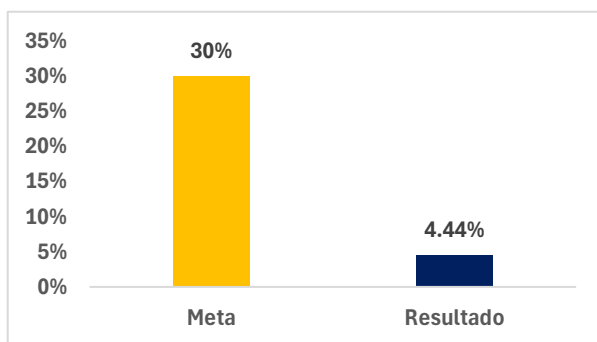


Durante el año 2025 se observó una variación significativa en el número de pacientes captados e ingresados con diagnóstico de falla cardiaca. El comportamiento trimestral evidencia fluctuaciones

que permiten identificar momentos de mayor demanda asistencial y posibles oportunidades de mejora en los procesos de detección, captación y seguimiento clínico.

El comportamiento anual muestra una tendencia ascendente hasta el tercer trimestre, seguida de una reducción en el cuarto. Este patrón sugiere que la institución logró fortalecer la identificación y el ingreso de pacientes con falla cardiaca durante la mayor parte del año, aunque el descenso final invita a revisar la consistencia de las estrategias implementadas.

% de pacientes Falla Cardíaca con disminución en los valores en la fracción de eyección (FEVI)-2025.



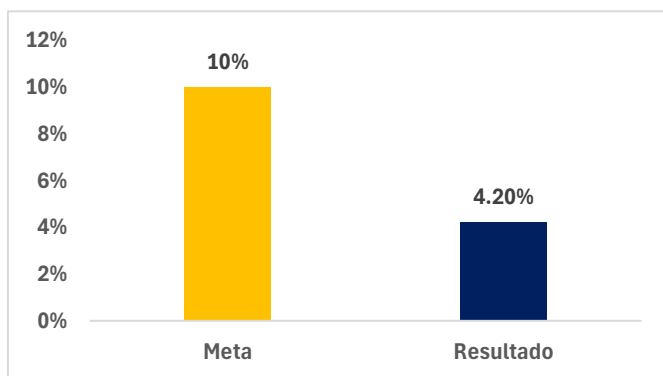
En el año 2025, 38 pacientes presentaron una disminución de su FEVI respecto al valor inicial, lo que corresponde a un 4.44% del total evaluado. Este resultado cumple ampliamente la meta establecida para el indicador ($\leq 30\%$), evidenciando un adecuado seguimiento clínico y una detección oportuna del deterioro de la función ventricular.

A pesar del cumplimiento, esta cohorte representa una población de alto riesgo cardiovascular, por lo que se implementará un plan de intensificación que incluye:

- Ajustes terapéuticos individualizados según evolución clínica.
- Incremento en la frecuencia de controles y monitoreo ecocardiográfico.
- Refuerzo del autocuidado, especialmente en adherencia, signos de alarma y estilos de vida cardioprotectores.

Estas acciones buscan prevenir progresión del deterioro, optimizar la función cardíaca y garantizar un abordaje integral y oportuno.

% de Hospitalización de pacientes con Insuficiencia Cardíaca-2025.



El indicador mostró resultados significativamente por debajo del umbral de meta institucional ($\leq 10\%$), con un total de 34 pacientes hospitalizados por FC en el 2025.

Esto indica mayor estabilidad clínica y eficacia del programa de gestión del riesgo cardiovascular.

Este comportamiento refleja que los pacientes se mantienen compensados, con adecuada adherencia farmacológica y seguimiento interdisciplinario continuo.

Logros alcanzados.

El modelo de atención en riesgo cardiovascular muestra resultados sólidos: Excelente control de presión arterial en ambas sedes (muy por encima del promedio nacional).

La institución, en conjunto, se ubica por encima de estándares nacionales en varios indicadores clave, lo que demuestra capacidad técnica y operativa; sin embargo, el 2025 deja claro que el siguiente salto de calidad debe centrarse en:

- Control metabólico de la diabetes.
- Prevención de progresión renal.
- Equilibrio en la captación de HTA.
- Consolidando un enfoque de riesgo cardiovascular y renal verdaderamente integral.
- El desempeño del programa de falla cardíaca durante el año 2025 evidencia un funcionamiento robusto y altamente efectivo. Los indicadores establecidos se cumplieron de manera consistente, reflejando la solidez de los procesos de captación, seguimiento clínico y acompañamiento integral a los pacientes. La alta adherencia a los controles y al tratamiento demuestra la efectividad de las estrategias educativas y la calidad del vínculo terapéutico construido con la población atendida.
- Asimismo, en falla cardíaca, se observó una baja tasa de hospitalizaciones y un número reducido de pacientes que presentaron deterioro en su clase funcional o en su fracción de

eyección ventricular izquierda (FEVI). Estos resultados sugieren un adecuado control de la enfermedad, una intervención oportuna ante signos de descompensación y una gestión eficiente del riesgo clínico.

- En conjunto, los logros alcanzados durante 2025 consolidan al programa de falla cardiaca como una herramienta clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes con falla cardiaca, optimizar el uso de los servicios de salud y fortalecer la continuidad del cuidado. Los resultados obtenidos no solo validan las estrategias implementadas, sino que también abren oportunidades para seguir ampliando la cobertura, profundizar en la educación al paciente y mantener la excelencia en los procesos asistenciales

4.2 RIAS RESPIRATORIA CAMINOS IPS SAS.

4.2.1 Situación actual de las enfermedades respiratorias en Colombia.

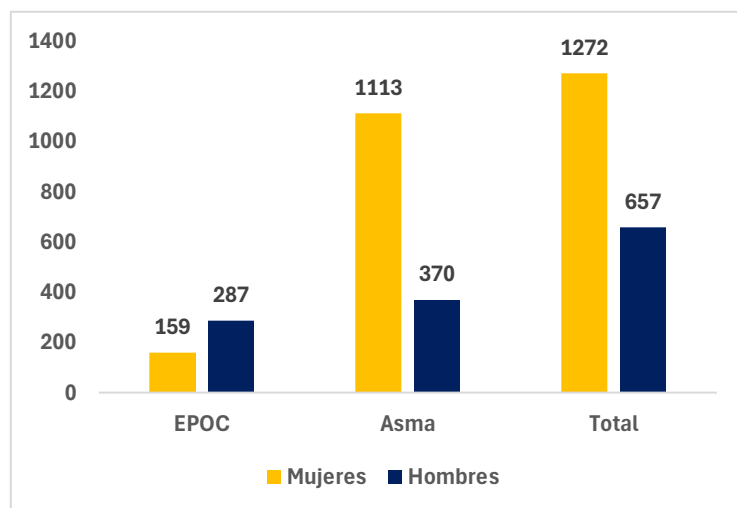
Las enfermedades respiratorias crónicas constituyen un problema prioritario de salud pública en Colombia, debido a su alta prevalencia, su impacto negativo en la calidad de vida de las personas, la disminución de la productividad y la creciente carga que representan para el sistema de salud. En este escenario, la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para enfermedades respiratorias crónicas se consolida como una estrategia fundamental para garantizar la identificación temprana, el diagnóstico oportuno, el seguimiento continuo y el tratamiento integral de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), asma y consumidores de tabaco. Se estima que el 8,9% de las personas mayores de 40 años en Colombia padecen de EPOC, y el principal factor de riesgo es el tabaquismo.

4.2.2 RIAS Respiratoria Caminos IPS SAS

El presente informe tiene como propósito analizar la implementación de la RIAS respiratoria en Caminos IPS S.A.S. durante el año 2025. A partir del análisis de indicadores clave y resultados operativos, se describen los comportamientos epidemiológicos, los avances en los procesos de captación y seguimiento de los usuarios, así como las principales brechas y oportunidades de mejora. Este documento busca servir como insumo para la toma de decisiones estratégicas que fortalezcan la gestión clínica, promuevan el enfoque diferencial y la equidad en salud, y aseguren la continuidad y calidad de la atención integral a los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

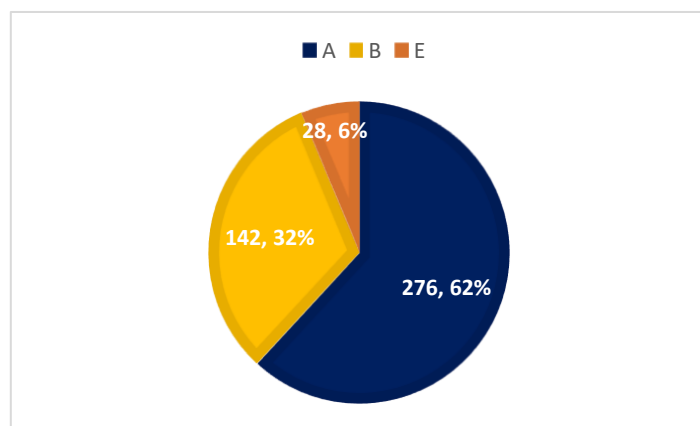
4.2.3 Caracterización de la población RIAS respiratoria en Caminos IPS-2025

El análisis por sexo evidencia patrones diferenciados en la carga de enfermedad respiratoria: los



hombres presentan mayor prevalencia de EPOC, mientras que las mujeres concentran la mayoría de los casos de asma. En el total, las mujeres representan casi el doble de la población afectada. Este comportamiento sugiere la necesidad de intervenciones específicas por sexo, fortaleciendo la prevención del EPOC en hombres y el control del asma en mujeres, con estrategias de educación, adherencia y reducción de factores de riesgo.

La mayor proporción de pacientes se encuentra en GOLD A, lo que indica que la mayoría presenta síntomas leves y bajo riesgo de exacerbaciones. Esto es un hallazgo positivo porque sugiere un buen control clínico y una progresión más lenta de la enfermedad.

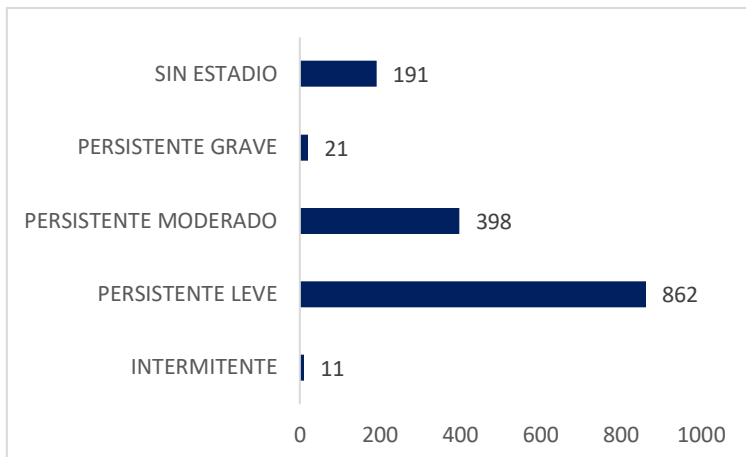


El segundo grupo más frecuente es GOLD B, caracterizado por mayor sintomatología, especialmente disnea, pero con bajo riesgo de exacerbaciones. Este grupo requiere intervenciones más intensivas en educación, adherencia y técnica inhalatoria.

El grupo GOLD E, aunque pequeño (6%), representa la población de mayor riesgo, con síntomas significativos y

alta probabilidad de exacerbaciones. Este grupo demanda vigilancia estrecha y manejo especializado.

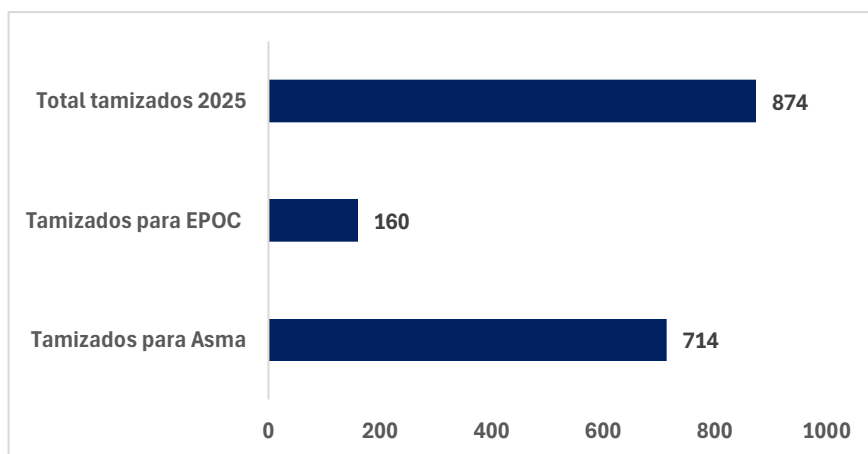
La clasificación de severidad del asma en 2025 muestra que el 58% de los pacientes se encuentra en persistente leve, lo que indica un predominio de casos controlables con manejo estándar. Sin embargo, el 26% en persistente moderado y el 1% en persistente grave representan la población de mayor riesgo clínico y de mayor impacto en el uso de servicios.



Adicionalmente, el 13% pendiente por clasificar constituye una brecha operativa que debe cerrarse para garantizar una gestión adecuada del riesgo. Se recomienda fortalecer la estratificación, optimizar el manejo según severidad y reforzar las estrategias de educación y adherencia.

4.2.4 Resultados de indicadores trazadores-RIAS respiratoria 2025

% Pacientes tamizados para enfermedad respiratoria clínica-2025



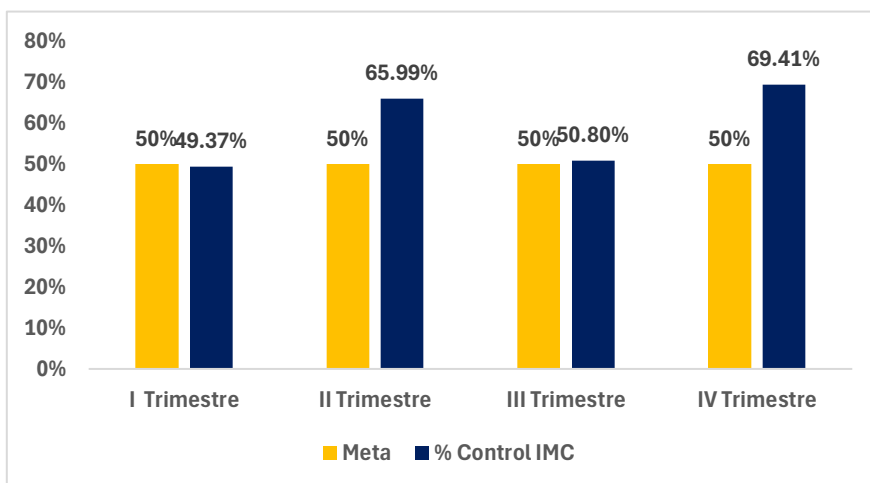
Durante el primer trimestre del año 2025, se tamizaron un total de 874 pacientes con factores de riesgo para enfermedades respiratorias crónicas, en el marco de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) respiratoria.

En cuanto a asma, se realizó el tamizaje a 714 pacientes, de los cuales 202 presentaron resultados positivos, lo que corresponde a una positividad del 28,3 %. Estos usuarios fueron remitidos para la

realización de espirometría diagnóstica y posteriormente ingresaron al programa de riesgo, conforme a los lineamientos definidos en la RIAS.

Respecto a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), se tamizaron 160 pacientes mayores de 40 años. De este grupo, 49 pacientes obtuvieron resultados positivos, equivalente a una positividad del 30,6 %, quienes fueron vinculados al programa de atención integral para EPOC.

% Control de IMC en pacientes con EPOC-2025

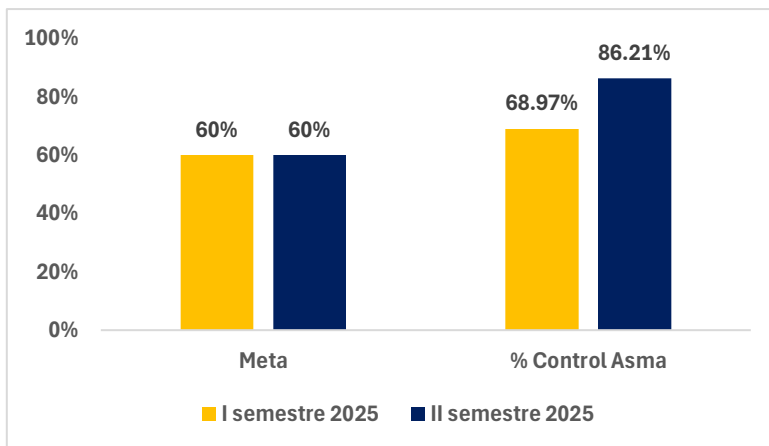


El control del Índice de Masa Corporal (IMC) en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un indicador clave para la valoración integral del estado nutricional, el seguimiento clínico y la prevención de complicaciones asociadas a la

enfermedad. Para el año 2025, la meta institucional establecida fue alcanzar un cumplimiento igual o superior al 50 % trimestralmente.

En términos generales, el indicador muestra un comportamiento favorable durante el año 2025, con cumplimiento de la meta institucional en tres de los cuatro trimestres evaluados. La tendencia ascendente observada a partir del segundo trimestre evidencia avances en la gestión clínica, el fortalecimiento del seguimiento integral y la articulación del componente nutricional dentro de la RIAS respiratoria.

% De control de Asma-ACT-2025

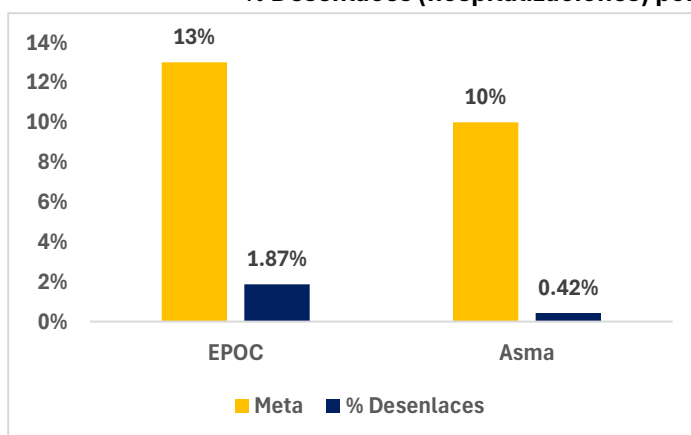


El control adecuado del asma es un componente esencial dentro de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) respiratoria, ya que permite disminuir la frecuencia de exacerbaciones, consultas de urgencias y hospitalizaciones, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para el periodo evaluado, la meta institucional

establecida fue alcanzar un control igual o superior al 60 % de los pacientes incluidos en el programa.

El indicador presenta un comportamiento altamente favorable, con cumplimiento de la meta en ambos semestres y una tendencia claramente ascendente. El aumento observado en el segundo semestre evidencia la consolidación de las estrategias clínicas y de seguimiento implementadas en el programa de asma, así como una mayor apropiación de las guías de manejo por parte del equipo asistencial.

% Desenlaces (hospitalizaciones) por EPOC y Asma-2025



Tanto en EPOC como en asma, los porcentajes de hospitalización se mantienen significativamente por debajo de las metas definidas, lo que evidencia un desempeño muy favorable del programa respiratorio durante el 2025.

El menor porcentaje de hospitalización se observa en asma, lo que puede asociarse a una mayor respuesta al tratamiento, seguimiento más

frecuente y mejor adherencia terapéutica.

Los resultados reflejan una adecuada capacidad resolutive del primer nivel de atención y una correcta implementación de la RIAS respiratoria.

Logros alcanzados con la implementación de la RIAS respiratoria en Caminos IPS SAS en el año 2025.

Los resultados obtenidos durante el año 2025 evidencian un desempeño favorable de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) respiratoria en Caminos IPS S.A.S., reflejado en una adecuada captación de pacientes, altos porcentajes de control del asma, cumplimiento de la meta de control del IMC en pacientes con EPOC y bajos porcentajes de hospitalización por asma y EPOC.

El comportamiento positivo de los indicadores demuestra el impacto de las estrategias de seguimiento clínico, educación al paciente y adherencia a los lineamientos establecidos, así como la capacidad resolutive del primer nivel de atención.

4.3 RIAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS VIH CAMINOS IPS SAS.

4.3.1 Situación actual de las enfermedades infecciosas VIH en Colombia.

El VIH continúa siendo un evento de interés en salud pública en Colombia, con una tendencia sostenida al incremento en la notificación de casos en los últimos años, lo cual refleja tanto una mayor transmisión como el fortalecimiento de las estrategias de tamizaje y diagnóstico oportuno.

Desde el enfoque epidemiológico, la infección por VIH presenta una distribución concentrada en poblaciones clave, con predominio en hombres, especialmente en edades productivas (25 a 49 años), y con el principal mecanismo de transmisión asociado a relaciones sexuales sin protección. Se evidencia, además, una creciente participación de poblaciones jóvenes, lo cual plantea retos en materia de prevención y educación en salud.

4.3.2 RIAS INFECCIOSAS VIH Caminos IPS SAS

El presente informe tiene como propósito analizar la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para enfermedades infecciosas, con énfasis en VIH, en Caminos IPS durante la vigencia 2025.

A partir del análisis de indicadores clave de proceso y resultado, así como de los registros operativos institucionales, se evalúan los comportamientos epidemiológicos de la población atendida, los avances en las estrategias de captación, diagnóstico, seguimiento de usuarios en el programa, y la efectividad de las intervenciones clínicas implementadas.

Desde el componente epidemiológico, el análisis incorpora:

- Tendencias de ingreso de casos nuevos y prevalentes.
- Evaluación de coberturas de tratamiento antirretroviral.
- Seguimiento a indicadores de control como carga viral

Así mismo, se valoran los resultados en términos de gestión del riesgo individual y colectivo, considerando la capacidad institucional para la detección temprana, el inicio oportuno de tratamiento y la continuidad en la atención, elementos clave para la reducción de la transmisión y la morbilidad asociada.

Este documento se constituye como un insumo estratégico para la toma de decisiones institucionales y el mejoramiento continuo.

4.3.3 Caracterización de la población RIAS infecciosas en Caminos IPS-2025

Durante la vigencia 2025, la IPS reporta un total de 123 pacientes nuevos ingresados al programa de atención integral de VIH, con una población activa acumulada de 1.302 pacientes, lo que refleja una alta carga de enfermedad y una demanda sostenida de servicios especializados.

Análisis sociodemográfico y epidemiológico:

- **Distribución por sexo:**

Se observa un claro predominio del sexo masculino con 868 pacientes (66%), en comparación con 444 mujeres (34%), lo cual es consistente con el comportamiento epidemiológico nacional del VIH.

- **Mecanismo de transmisión:**

El 97% de los casos corresponde a transmisión sexual, consolidándose como el principal factor de riesgo, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de educación, prevención combinada y promoción del uso de métodos de protección.

- **Distribución por grupos de edad:**

- 10% entre 14 y 25 años
- 28% entre 26 y 37 años
- 31% entre 38 y 50 años

Se identifica una mayor concentración en población adulta joven y en edad productiva, lo que implica impacto social y económico, así como la necesidad de intervenciones focalizadas en estas cohortes.

- **Lugar de residencia:**

- Cartagena: 998 pacientes (76%)
- Municipios aledaños: 314 pacientes (24%)

- **Gestantes:**

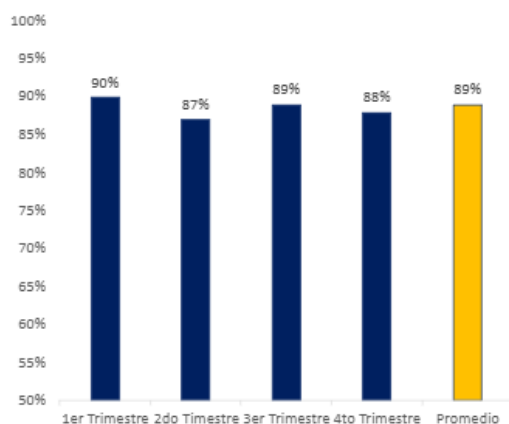
Se reportan 7 gestantes, consideradas población prioritaria por el riesgo de transmisión materno-infantil, lo cual exige seguimiento estricto bajo lineamientos de prevención de transmisión vertical.

- **Cobertura de tratamiento:**

La cobertura de tratamiento antirretroviral en la población general alcanza el 89%, lo que representa un avance significativo.

4.3.4 Resultados de indicadores trazadores-RIAS infecciosas VIH 2025

Porcentaje de asistencia al programa

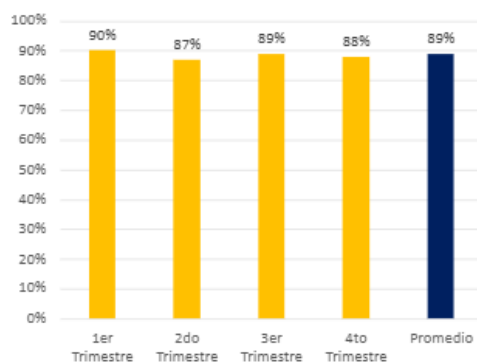


En el año 2025 se obtuvo en promedio de asistencia del 89%.

Para mejorar este indicador se han implementado nuevas estrategias para mejorar la asistencia de pacientes al programa de atención integral VIH, de las cuales se destacan:

1. Recuperación de pacientes por medio de visitas domiciliarias realizadas por trabajadora social.
2. Se intensificaron las llamadas telefónicas a los usuarios para recordar cita.

3. Disponibilidad de agendas médicas para dar cobertura a pacientes rescatados durante las visitas domiciliarias.



Porcentaje de continuidad de tratamiento

Durante la vigencia 2025, el indicador de continuidad de tratamiento en la cohorte de VIH alcanzó un 89%. A nivel institucional, se resalta la implementación de múltiples estrategias orientadas a mejorar la adherencia y retención, tales como la búsqueda activa de pacientes inasistentes, procesos de sensibilización frente al diagnóstico y la importancia del tratamiento continuo, así como la realización de visitas domiciliarias. Estas acciones evidencian un

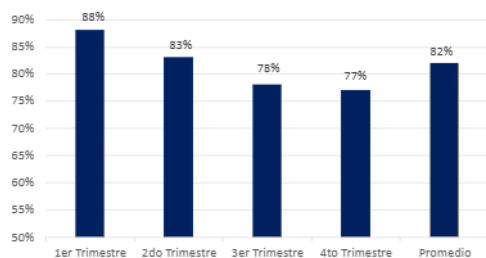
Cobertura nacional CAC 80,3%

enfoque de gestión del riesgo centrado en el usuario y orientado a la reducción de la pérdida de seguimiento.

No obstante, el comportamiento del indicador sugiere la existencia de barreras persistentes que limitan el impacto de dichas intervenciones, entre las cuales se pueden considerar:

- Factores individuales: negación del diagnóstico, estigmatización, baja percepción de riesgo y dificultades en la adherencia.
- Factores sociales: condiciones socioeconómicas, redes de apoyo insuficientes y movilidad poblacional.

pacientes indetectables a las 48 semanas de TARV



Indetectabilidad 48 Semanas CAC 64,7%

Durante la vigencia 2025, la IPS alcanzó un 77% de indetectabilidad en la cohorte de pacientes con VIH, resultado que refleja el impacto de las estrategias implementadas para el fortalecimiento de la adherencia, la continuidad del tratamiento antirretroviral (TAR) y el seguimiento integral de los usuarios.

Desde el enfoque de gestión, este comportamiento evidencia una capacidad institucional instalada para el abordaje integral del paciente con VIH, sustentada en la articulación de acciones clínicas, psicosociales y logísticas orientadas al control virológico. La IPS ha desarrollado e implementado de manera sistemática intervenciones dirigidas a mejorar los resultados en salud, entre las que se destacan:

- Búsqueda activa y rescate de pacientes inasistentes, fortaleciendo la retención en el programa.
- Procesos de sensibilización y educación al paciente, promoviendo la adherencia y el autocuidado.

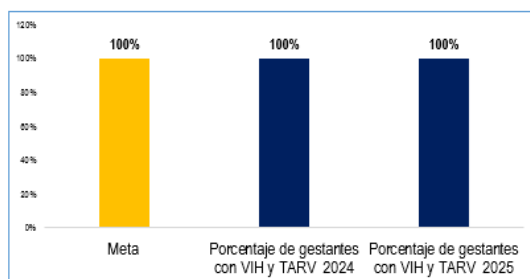
- Seguimiento psicosocial especializado por psicología a usuarios con viremia detectable, abordando determinantes conductuales y emocionales.
- Estrategias de accesibilidad al tratamiento, como el envío domiciliario de medicamentos, que disminuyen barreras geográficas y administrativas.
- Optimización de esquemas de TAR, ajustados a condiciones clínicas individuales, favoreciendo la tolerancia y adherencia.
- Visitas domiciliarias, que permiten una intervención más cercana sobre factores de riesgo individuales y familiares.

Estas acciones evidencian un modelo de atención basado en gestión del riesgo, enfoque centrado en el usuario y atención diferencial, lo cual ha permitido avanzar en el control virológico de una proporción importante de la cohorte.

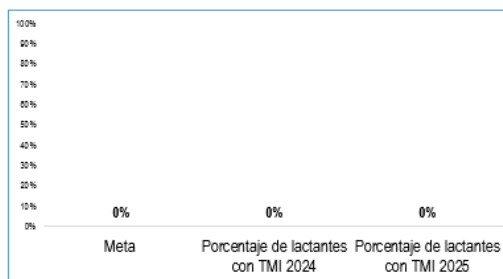
Adicionalmente, el comportamiento del indicador permite identificar oportunidades para continuar fortaleciendo la gestión institucional, particularmente en la consolidación de estrategias personalizadas para grupos específicos de riesgo, el monitoreo continuo de cohortes y la optimización del seguimiento clínico y paraclínico, en concordancia con las metas propuestas por ONUSIDA.

PORCENTAJE DE PACIENTES GESTANTES CON VIH Y TARV EN EL AÑO 2025

PORCENTAJE DE GESTANTES CON VIH Y TARV



PORCENTAJE DE LACTANTES CON TMI



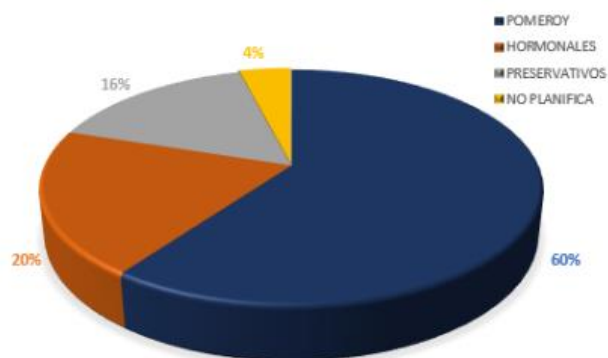
En el años 2025: La entrega de TARV a las gestantes en nuestra IPS ha sido cumplida de manera efectiva, logrando así una reducción significativa en el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH.

Continuaremos monitoreando este proceso y ajustando nuestras estrategias para mejorar la atención y el seguimiento de las gestantes. Continuamos implementando las estrategias de:

- Mantener el programa de capacitación para el personal de salud sobre la importancia del TARV en gestantes.

Fortalecer la comunicación con las gestantes sobre la importancia de la adherencia al tratamiento

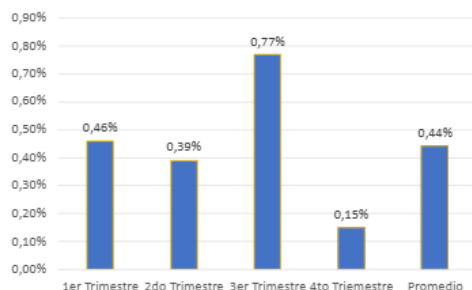
PORCENTAJE DE PACIENTES CON METODOS DE PLANIFICACION UTILIZADOS EN EL AÑO 2025



En el año 2025 Se ha cumplido con el indicador de planificación, esto es muy importante para minimizar el riesgo de TMI y embarazos no planeados , para obtener el resultado de este indicador se han implementado estrategias de :

1. colocación de método anticonceptivo a la gestante posterior al parto.
2. Oferta de método de planificación en consulta médica.

Todo lo anterior contribuye en minimizar el riesgo de embarazos no deseados como también evitar la TMI de VIH.

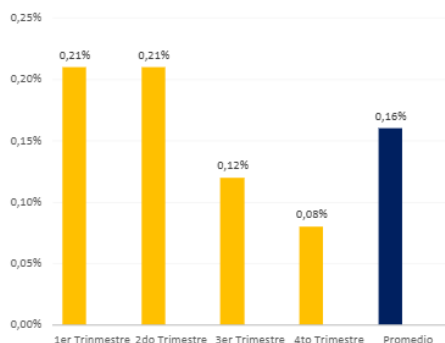


PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

En el año 2025 se ha cumplido con el indicador del porcentaje de hospitalizaciones en el año 2024 fue de 1.63% comparado con el año 2025 fue del 1.26%. se ha identificado que el mayor porcentaje de hospitalizaciones fue de pacientes que han ingresado en estadio SIDA. Las patologías mas frecuentes fueron: Neumonía, tuberculosis, pérdida de peso, desnutrición.

La prevención de hospitalizaciones por VIH es una estrategia de costo-efectividad para las EPS, ya que la inversión en programas preventivos puede reducir la carga económica asociada con la atención hospitalaria y el tratamiento de complicaciones. A largo plazo, estas intervenciones no solo benefician a los pacientes, sino que también ayudan a las EPS a mantener su sostenibilidad financiera y mejorar la salud de su población asegurada. No se ha superado la línea de base.

PORCENTAJE DE PACIENTES MORTALIDAD POR VIH



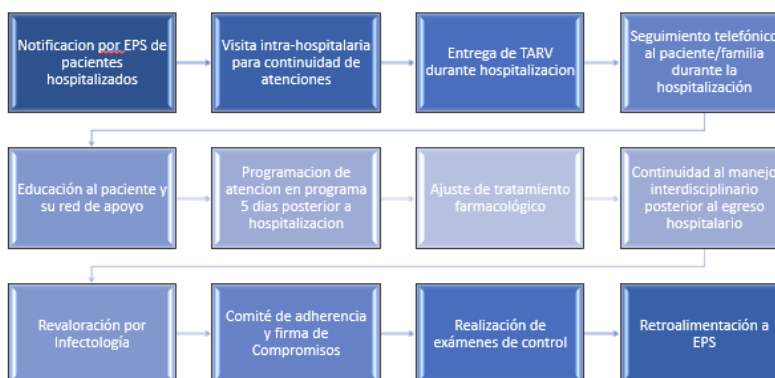
Referente al indicador de mortalidad durante el año 2025, se ha mantenido por debajo de la línea de base, el indicador de mortalidad por VIH. El 80% de los pacientes se encuentran en control de su patología de base y la atención inmediata de enfermedades oportunistas a pacientes del programa.

La gestión integral realizada por la IPS ha logrado una significativa disminución en la mortalidad de pacientes con VIH. Las estrategias de detección temprana, tratamiento efectivo, educación y atención integral son

clave para este éxito. Sin embargo, es fundamental continuar fortaleciendo estos programas y adaptándolos a las necesidades cambiantes de la población, principalmente el, seguimiento estricto en pacientes con comorbilidades relacionadas con VIH- como neumonías-tuberculosis - cáncer-síndrome de reconstitución

LOGROS:

Implementacion de Estrategia GRI



Con el fin de optimizar los costos de Re hospitalización en pacientes con VIH /SIDA se está realizando un trabajo mancomunado con la EPS con el fin de hacer un seguimiento estricto de los pacientes posterior a su egreso hospitalario, realizar su seguimiento con medico experto o infectología y minimizar el riesgo de hospitalización. Tal como se muestra en la imagen inferior.

0% de transmisiones a menores hijos de gestantes con VIH

Implementación de la estrategia atención inmediata a pacientes post-hospitalizados

4.4 RIAS SALUD MENTAL.

4.4.1 Situación actual de la salud mental en Colombia.

Los trastornos de salud mental constituyen un problema prioritario de salud pública en Colombia, con una carga creciente de enfermedad reflejada en el aumento de la demanda de servicios, la discapacidad asociada y el impacto en la calidad de vida de la población.

Desde el enfoque epidemiológico, los trastornos mentales más frecuentes incluyen los trastornos de ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos afectivos, con una mayor prevalencia en población joven y adulta en edad productiva. Se ha evidenciado un incremento en la

notificación de eventos relacionados con conducta suicida, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, lo cual representa un desafío crítico para el sistema de salud.

La distribución por sexo muestra que las mujeres presentan mayores tasas de consulta y diagnóstico en trastornos como ansiedad y depresión, mientras que los hombres concentran mayores tasas de mortalidad por suicidio, lo que sugiere diferencias en la búsqueda de atención, el acceso a servicios y la expresión clínica de los trastornos.

En este contexto, la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para salud mental se constituye en un elemento clave para garantizar una atención integral, oportuna y centrada en el usuario, con enfoque de gestión del riesgo.

4.4.2 RIAS salud mental en Caminos IPS SAS

El presente informe tiene como propósito analizar la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) en salud mental de la IPS durante la vigencia 2025, evaluando su desempeño desde una perspectiva epidemiológica, clínica y de gestión.

A partir del análisis de indicadores de estructura, proceso y resultado, así como de los registros institucionales, se describen los comportamientos epidemiológicos de la población atendida, los avances en las estrategias de captación, atención, seguimiento y rehabilitación, así como las principales brechas y oportunidades de mejora.

Desde el componente epidemiológico, el análisis incluye:

- Tendencias de ingreso de casos nuevos y prevalentes en salud mental.
- Caracterización de la población según variables sociodemográficas
- Identificación de eventos de alto impacto como intento de suicidio, trastornos depresivos y consumo de sustancias.

En términos de gestión del riesgo, se evalúa la capacidad institucional para:

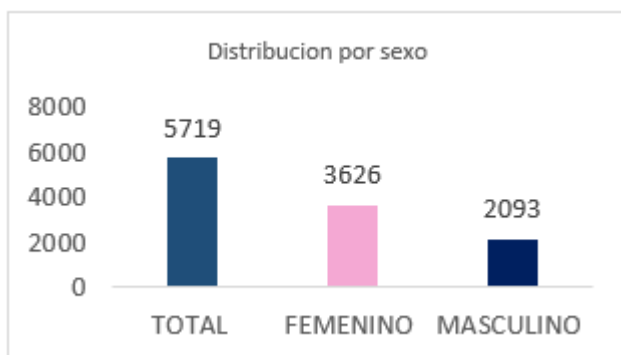
- Detectar tempranamente alteraciones en salud mental.
- Garantizar acceso oportuno a servicios de psicología, psiquiatría y apoyo psicosocial.
- Mantener la continuidad del tratamiento.

- Implementar intervenciones comunitarias y de promoción de la salud mental.

Este documento se constituye como un insumo estratégico para la toma de decisiones, orientado al fortalecimiento del modelo de atención y la optimización de resultados en salud.

4.4.3 Caracterización de la población RIAS Salud Mental en Caminos IPS-2025

Durante la vigencia 2025, Caminos IPS reporta una población total de 5.769 usuarios activos en el programa de salud mental, lo que evidencia una alta demanda de servicios y una carga significativa de enfermedad en la población atendida.



Distribución por sexo

- Femenino: 3.626 (63%)
- Masculino: 2.093 (37%)

El análisis muestra un predominio del sexo femenino en la cohorte, lo cual es consistente con el comportamiento epidemiológico esperado, donde las mujeres presentan mayor frecuencia de

consulta por trastornos mentales comunes como ansiedad y depresión. Este fenómeno está asociado a una mayor percepción de necesidad de atención, así como a una mayor disposición para buscar ayuda en salud.

Por otro lado, aunque los hombres representan una menor proporción de la cohorte, la evidencia epidemiológica indica que este grupo presenta mayor riesgo de eventos graves, como el suicidio consumado, lo cual implica la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana, intervención oportuna y seguimiento intensivo en esta población.

En el año de 2025, ingresaron 1351 pacientes en la RIAS de problemas mentales con mayor porcentaje del sexo femenino.

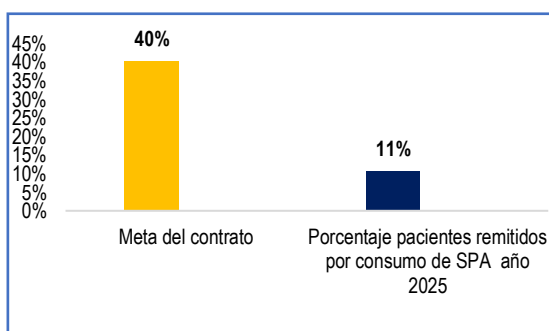
PRINCIPALES CON DX PROBLEMAS SALUD MENTAL

A continuación se relaciona 5 las principales condiciones clínicas, el 18% corresponde a trastorno mixto de ansiedad y depresión.

TOTAL GENERAL	5719	
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	1054	18%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	541	9%
TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO	460	8%
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	363	6%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	352	6%

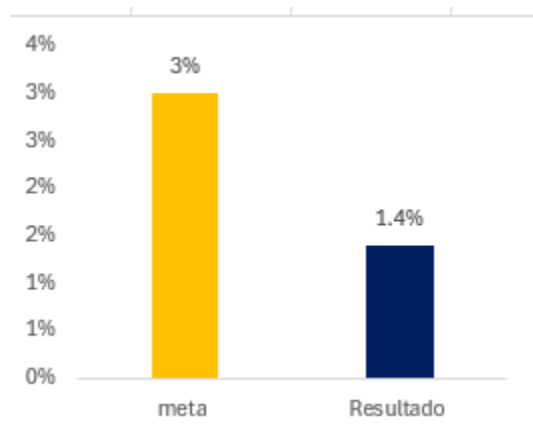
4.4.4 Resultados de indicadores trazadores-RIAS salud mental 2025

Pacientes remitidos por consumo de sustancias psicoactivas 2025



Durante el periodo comprendido del año 2025 , se ha cumplido con la meta del indicador de pacientes remitidos por consumo de sustancias psicoactivas, Las hospitalizaciones son costosas tanto para los sistemas de salud como para los pacientes y sus familias. Un indicador por debajo de la meta ayuda a reducir la carga económica asociada con el tratamiento de las adicciones.

Porcentaje de Pacientes remitidos por condición mental 2025



Durante el año 2025, se ha cumplido con la meta del indicador de pacientes remitidos por condiciones mentales.

La Prevención de hospitalizaciones por problemas mentales es una estrategia de costo-efectividad para las EPS, ya que la inversión en programas preventivos puede reducir la carga económica asociada con la atención hospitalaria y el tratamiento de complicaciones. A largo plazo, estas intervenciones no solo benefician a los pacientes, sino que también ayudan a las EPS a mantener su sostenibilidad

financiera y mejorar la salud de su población asegurada

LOGROS

Reducción de Hospitalizaciones en pacientes con diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y condición mental

Participación en actividades extramurales en pro de la prevención de la salud mental.



4.5 RIAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y DEGENERATIVAS ARTRITIS REUMATOIDEA de Caminos IPS SAS

4.5.1 Situación actual de la artritis Reumatoidea en Colombia.

Las enfermedades reumatológicas, en particular la artritis reumatoidea (AR), constituyen un grupo de patologías crónicas no transmisibles de alto impacto en salud pública, debido a su carácter progresivo, discapacidad asociada y costos en la atención.

Desde el enfoque epidemiológico, la AR presenta una prevalencia estimada entre el 0,5% y 1% de la población general, con mayor afectación en mujeres y en edades productivas. En Colombia, de acuerdo con reportes de la Cuenta de Alto Costo, aproximadamente el 84% de los casos se presentan en el sexo femenino, lo cual evidencia un claro comportamiento diferencial por sexo.

La enfermedad se caracteriza por su inicio insidioso y curso crónico, con compromiso articular progresivo que puede generar discapacidad funcional si no se diagnostica y trata de manera oportuna. Desde el análisis de carga de enfermedad, la AR contribuye significativamente a los años vividos con discapacidad (AVD), afectando la calidad de vida y la productividad de los pacientes.

En términos de atención en salud, el país ha avanzado en la implementación de rutas integrales orientadas a la detección temprana, confirmación diagnóstica y manejo integral.

En este contexto, la gestión del riesgo en pacientes con AR es fundamental para prevenir progresión, discapacidad y complicaciones, mediante un modelo de atención integral, continuo y centrado en el usuario.

4.5.2 RIAS Artritis Reumatoidea en Caminos IPS SAS

El presente informe tiene como propósito analizar la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para Artritis Reumatoidea en CAMINOS IPS durante la vigencia 2025, evaluando su desempeño desde un enfoque epidemiológico, clínico y de gestión del riesgo.

A partir del análisis de indicadores de estructura, proceso y resultado, así como de los registros institucionales, se describen los comportamientos epidemiológicos de la cohorte, los avances en los procesos de captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los usuarios, así como las principales oportunidades de fortalecimiento.

Desde el componente epidemiológico, el análisis incluye:

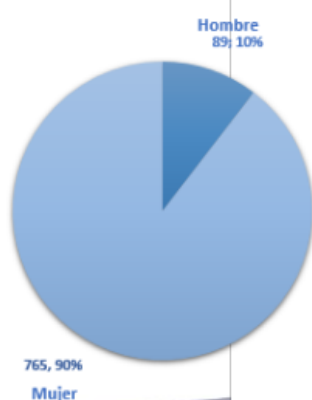
- Tendencia de la cohorte (prevalencia institucional).
- Incidencia de casos nuevos durante la vigencia.
- Caracterización sociodemográfica (sexo).

En términos de gestión del riesgo, la IPS ha fortalecido estrategias orientadas a:

- **Identificación temprana de casos sospechosos**, mediante búsqueda activa en bases de datos con diagnósticos CIE-10 relacionados.
- **Confirmación diagnóstica oportuna**, facilitando el acceso a valoración especializada.
- **Inicio y seguimiento de tratamiento**, enfocado en controlar la actividad inflamatoria y prevenir daño articular.
- **Seguimiento longitudinal de la cohorte**, promoviendo la continuidad del cuidado.

Se evidencian avances significativos en la captación de pacientes, especialmente mediante la implementación de estrategias de tamización clínica basadas en diagnósticos trazadores, lo cual ha permitido optimizar la detección de casos en fases tempranas o con alta sospecha.

4.5.3 Caracterización de la población RIAS ARTRITIS REUMATOIDEA en Caminos IPS-2025



Durante la vigencia 2025, la cohorte de pacientes con artritis reumatoidea en Caminos IPS se ha mantenido en 854 pacientes activos, lo que evidencia estabilidad en la población atendida y una adecuado seguimiento dentro del programa.

Distribución por sexo

- Mujeres: 90%
- Hombres: 10%

Este comportamiento es consistente con la epidemiología nacional reportada por la Cuenta de Alto Costo, donde el 84% de los casos de AR se presentan en mujeres. La IPS presenta una proporción ligeramente superior, lo cual puede estar asociado a una adecuada captación y acceso de esta población al programa.

Ingreso de casos nuevos

Durante el año 2025, ingresaron 47 pacientes nuevos con diagnóstico de artritis reumatoidea, lo que refleja un fortalecimiento en las estrategias de detección y captación temprana.

Estrategias de captación y tamización

La IPS ha implementado un modelo de búsqueda activa basado en la identificación de diagnósticos CIE-10 que pueden sugerir alta sospecha de artritis reumatoidea o enfermedades autoinmunes relacionadas, entre ellos:

- Lupus eritematoso discoide (L930)
- Artritis reumatoide juvenil (M080)
- Gonartrosis primaria bilateral (M170)
- Artritis reumatoide seropositiva (M059)
- Dolor en articulación (M255)
- Contractura articular (M245)
- Lupus eritematoso sistémico con compromiso orgánico (M321)
- Dolor crónico intratable (R521)

Esta estrategia ha permitido ampliar la base de identificación de pacientes con sintomatología osteoarticular, favoreciendo la detección temprana y el ingreso oportuno a la cohorte.

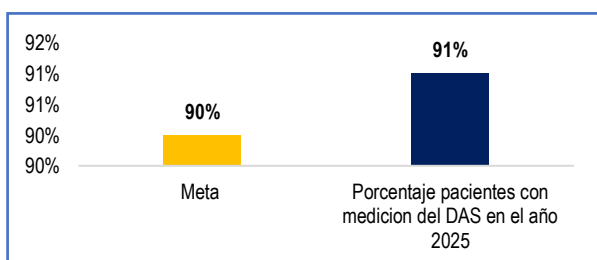
Análisis epidemiológico y de gestión

- La estabilidad de la cohorte sugiere una adecuada continuidad en la atención y seguimiento de los pacientes.

- El predominio femenino reafirma el comportamiento epidemiológico esperado de la enfermedad.
- El ingreso de casos nuevos evidencia la efectividad de las estrategias de captación implementadas.
- La búsqueda activa basada en CIE-10 fortalece la gestión del riesgo y la detección temprana.

Resultados de indicadores trazadores-RIAS ARTRITIS REUMATOIDEA 2025

Porcentaje de pacientes con medición del DAS 28 en el semestre

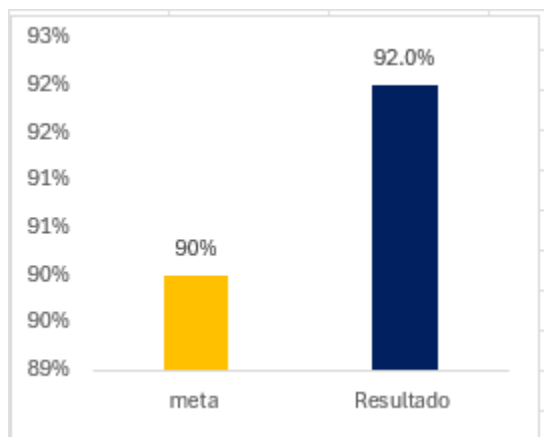


En el año 2025 se ha cumplido la meta de Medición del DAS, para mejorar este indicador se implementaron nuevas estrategias para mejorar la asistencia de pacientes al programa de atención integral AR, de las cuales se destacan:

- Se intensificaron las llamadas telefónicas a los usuarios para recordar cita. Disponibilidad de agendas medicas para dar cobertura a pacientes rescatados durante las visitas domiciliarias.
- Estandarización del proceso de valoración clínica con inclusión obligatoria del DAS28
- Capacitación continua del talento humano en evaluación de actividad de la enfermedad
- Se fortalecieron las competencias del equipo asistencial mediante jornadas de capacitación
- Seguimiento activo de cohorte y gestión del riesgo
- Se implementaron estrategias de seguimiento periódico a la cohorte, priorizando pacientes sin medición reciente de DAS28.

Esto ha permitido cerrar brechas en el seguimiento clínico y mejorar la cobertura del indicador.

Pacientes con medición del HAQ en el semestre

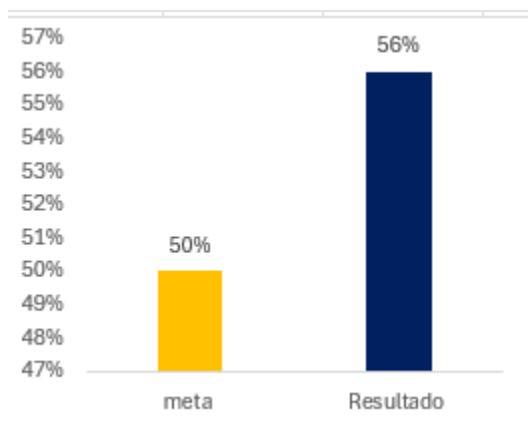


Durante el año 2025 se ha visto una tendencia al aumento del indicador de medición del HAQ, se obtuvo un resultado del 92%. Es esencial seguir monitoreando estos indicadores para garantizar una atención de calidad y mejorar los resultados de salud en la población afectada.

se implementaron nuevas estrategias para mejorar la asistencia de pacientes al programa de atención integral AR, de las cuales se destacan:

- Capacitación continua del talento humano en evaluación de actividad de la enfermedad
- Se fortalecieron las competencias del equipo asistencial mediante jornadas de capacitación
- Seguimiento activo de cohorte y gestión del riesgo
- Se implementaron estrategias de seguimiento periódico a la cohorte, priorizando pacientes sin medición reciente de HAQ.

PACIENTES EN REMISION DE LA ENFERMEDAD (CONTROLADOS) 2025

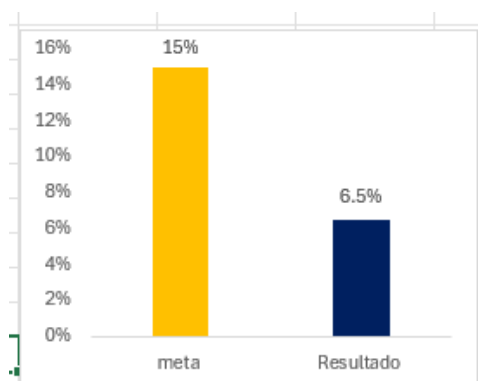


Durante el periodo comprendido del año 2025 se ha cumplido con la meta del indicador de remisión,

Se fortaleció la revisión sistemática de esquemas terapéuticos, garantizando el uso adecuado de medicamentos modificadores de la enfermedad (convencionales y biológicos), con ajustes oportunos en pacientes con actividad persistente, lo que ha favorecido el control inflamatorio y la progresión hacia remisión.

Seguimiento clínico periódico y estratificación del riesgo: Se implementó un modelo de seguimiento diferenciado según nivel de actividad de la enfermedad, priorizando pacientes con actividad moderada o alta para controles más frecuentes. Esto ha permitido intervenciones más oportunas y una mayor probabilidad de alcanzar remisión sostenida.

% DE PACIENTES CON TERAPIA BIOLOGICA



Durante el periodo comprendido del año 2025, se ha cumplido con la meta del indicador de pacientes con terapia biológica, se ha sensibilizado a los usuarios sobre la importancia de la adherencia al tratamiento como también la realización de los exámenes de laboratorio. Hemos disminuido las terapias biológicas con el fin de asegurar la costo efectividad en programas de gestión del riesgo.

LOGROS: La reducción de un 5% tratamientos biológicos en pacientes con artritis reumatoide, ha contribuido significativamente a disminuir los costos para la EPS y el sistema de salud en general.

Cumplimiento en las metas de indicador de remisión, medición del DAS Y HAQ.

4.6 PROGRAMA PARA LA DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE MAMA

4.6.1 Situación actual del cáncer de mama en Colombia.

El cáncer de mama constituye la principal neoplasia maligna en mujeres en Colombia y una de las principales causas de morbilidad, con un impacto significativo en salud pública. Su comportamiento epidemiológico evidencia una tendencia creciente en la incidencia, asociada a factores como el envejecimiento poblacional, cambios en estilos de vida y mejor capacidad diagnóstica.

Desde el enfoque epidemiológico, la enfermedad presenta mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años, aunque se han identificado casos en edades más tempranas, lo que resalta la importancia de estrategias de detección oportuna. La supervivencia está estrechamente relacionada con el estadio al momento del diagnóstico, siendo significativamente mayor en fases tempranas.

En Colombia, se han fortalecido las estrategias de tamizaje y diagnóstico temprano; sin embargo, desde la perspectiva de auditoría médica, persisten retos en:

- Oportunidad en la consulta inicial ante signos y síntomas.
- Acceso a ayudas diagnósticas (mamografía, ecografía, biopsias).
- Tiempos de confirmación diagnóstica.
- Inicio oportuno del tratamiento.
- Articulación efectiva entre aseguradores y prestadores.

En este contexto, la detección temprana y la gestión del riesgo son fundamentales para mejorar los desenlaces clínicos, reducir la mortalidad y optimizar la calidad de vida de las pacientes.

4.6.2 Programa para la detección temprana de cáncer de mama en Caminos IPS SAS

El programa de detección temprana de cáncer de mama de Caminos IPS se encuentra estructurado bajo un modelo de atención integral, orientado a la identificación oportuna de casos, confirmación diagnóstica ágil y articulación efectiva para el inicio de tratamiento.

El modelo contempla la participación de:

- Médico general con experiencia en detección temprana, encargado de la identificación clínica inicial, valoración de signos de alarma y direccionamiento oportuno.
- Especialistas en cirugía de mama, responsables de la confirmación diagnóstica y definición de conducta terapéutica.
- Servicios de apoyo diagnóstico, incluyendo ecografía mamaria y procedimientos como biopsia Trucut y BACAF, fundamentales para la confirmación histopatológica.

Desde el enfoque de gestión, se destaca la articulación con la red prestadora de la EPS, lo cual ha permitido optimizar los tiempos de atención, disminuir las barreras de acceso y mejorar la continuidad del proceso diagnóstico-terapéutico.

El programa está orientado a reducir el intervalo entre la aparición de síntomas y el diagnóstico definitivo, mediante:

- Rutas de atención definidas y priorización de casos sospechosos.
- Acceso oportuno a ayudas diagnósticas.
- Coordinación interinstitucional para referencia y contrarreferencia.

4.6.3 Caracterización de la población en Caminos IPS

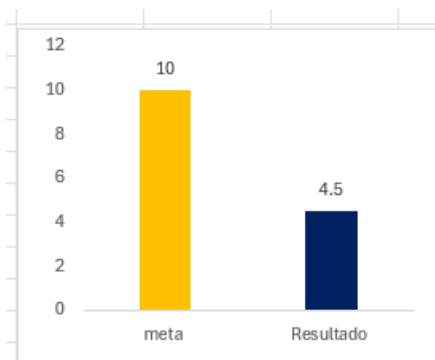
Durante la vigencia 2025, la IPS diagnosticó un total de 70 casos de cáncer de mama, lo que refleja una adecuada capacidad de detección y captación de pacientes dentro del programa.

Oportunidad diagnóstica

Se reporta un tiempo promedio de 23 días desde la sospecha clínica hasta la confirmación diagnóstica, lo cual evidencia un desempeño favorable en términos de oportunidad, en comparación con los estándares nacionales, donde se identifican frecuentemente tiempos más prolongados.

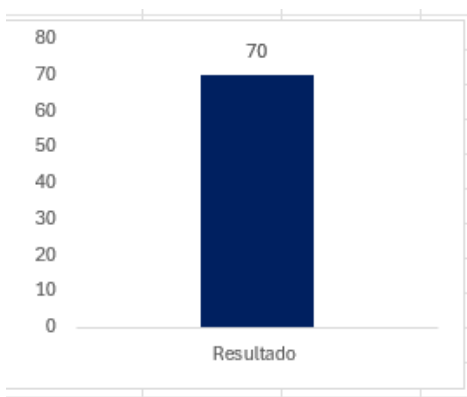
El comportamiento del programa durante 2025 demuestra una adecuada implementación de estrategias de detección temprana, con resultados favorables en oportunidad diagnóstica y captación de casos. Caminos IPS cuenta con un modelo de atención articulado y resolutivo, que contribuye a mejorar los desenlaces clínicos y fortalece la calidad de la atención en cáncer de mama.

OPORTUNIDAD EN LAS BIOPSIAS DE MAMA



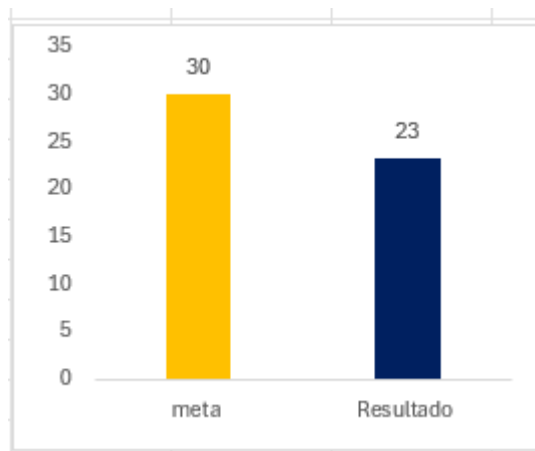
En el año 2025 se ha cumplido con la meta de oportunidad de biopsias de mama, los pacientes provenientes de municipios se realizan el mismo día de la atención por mastología, en los casos que se requiera, para evitar costos adicionales para el paciente desde el punto de vista de transporte.

TOTAL DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA



En el año 2025 se diagnosticaron 70 pacientes con ca de mama, esta relacionado con la oportunidad y disposición de ayudas diagnosticas como ecografía de mama y realización de procedimientos como Biopsia TRUCUT Y BACAF.

OPORTUNIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA



- La integración entre medicina general, especialistas y ayudas diagnósticas ha permitido reducir tiempos críticos en la ruta de atención.
- La coordinación con la red de la EPS ha sido un factor clave para garantizar continuidad en la atención y evitar retrasos en el proceso diagnóstico.

6. PROCESO DE GESTION HUMANA 2025

6.1 Resultados Indicadores de Gestión

El presente informe tiene como propósito exponer los resultados específicos de los procesos y subprocesos desarrollados por el Departamento de Gestión Humana durante el año 2025. La gestión se orientó en alinear el desempeño de los colaboradores con los objetivos estratégicos, los valores corporativos de Caminos IPS y los planes de formación diseñados para fortalecer las competencias laborales, mediante acciones de capacitación, seguimiento y desarrollo institucional. Durante el año 2025, la Gestión del Talento Humano de Caminos IPS se desarrolló de manera controlada, alineada con los objetivos institucionales y dentro de los parámetros definidos por la Dirección, evidenciando estabilidad en la planta, cumplimiento de metas y mejora progresiva en procesos claves.

La institución mantuvo una estructura contractual sólida, con predominio del contrato a término indefinido, favoreciendo la retención del talento humano y la continuidad operativa. Los indicadores de rotación y de ingresos de personal se mantuvieron dentro de la meta establecida ($\leq 5\%$), reflejando una gestión adecuada de los procesos de selección, vinculación y permanencia.

Las causales de retiro estuvieron principalmente relacionadas con decisiones voluntarias del colaborador, con mínima incidencia de terminaciones por justa causa o situaciones disciplinarias, reduciendo riesgos legales y administrativos.

En relación con la gestión de recobros por incapacidades, si bien se presentaron oportunidades de mejora en algunos periodos, se lograron avances significativos en el segundo semestre, mitigando el impacto financiero para la institución.

6.1.1 Distribución de la Planta de Personal y Tipos de Contratos Caminos IPS 2025

A lo largo del año 2025, Caminos IPS mantuvo una planta de personal mayoritariamente vinculada mediante contrato a término indefinido, representando entre el 76 % y el 79 % del total de colaboradores. Esta condición evidencia una política institucional orientada a la estabilidad laboral y consolidación del talento humano.

Los contratos por prestación de servicios (OPS) se mantuvieron estables, cubriendo necesidades específicas del servicio, mientras que los contratos por obra o labor y aprendizaje tuvieron una participación menor y controlada.

Se evidenció una reducción gradual del total de colaboradores, pasando de 331 en enero a 283 en diciembre, resultado de ajustes operativos y racionalización de recursos.

Tipos de Contratos	Porcentaje
Indefinido	78 %
OPS	15 %
Obra / labor	5 %
Aprendiz	2 %

Relación de numero de personal / tipos de Contrato por periodo

TIPOS DE CONTRATOS / PERIODO 2025											
Mes	C. Indefinido	%	C. Fijo	%	C. OPS	%	C. Obra	%	C. Aprendizaje	%	Resultado
Ene	250	76%	0	0%	54	16%	11	3%	16	5%	331
Feb	248	61%	0	23%	54	14%	9	3%	10	2%	321
Mar	246	62%	0	23%	53	13%	4	1%	11	2%	314
Abr	250	79%	0	0%	53	17%	3	1%	11	3%	317
May	249	78%	0	0%	53	17%	4	1%	13	4%	319
Jun	242	77%	0	0%	53	17%	4	1%	14	4%	313
Jul	234	76%	0	0%	53	17%	5	2%	14	5%	306
Agos	230	76%	13	0%	53	18%	5	2%	0	0%	301
Sep	228	76%	0	0%	53	18%	5	2%	13	4%	299
Oct	226	77%	0	0%	51	17%	4	1%	11	4%	292
Nov	226	78%	0	0%	51	18%	0	0%	13	4%	290
Dic	219	77%	0	0%	51	18%	2	1%	11	4%	283

Distribución de Personal por periodo

Mes	Planta de Personal	Mes	Planta de Personal
Enero	331	Julio	306
Febrero	321	Agosto	301
Marzo	314	Septiembre	299
Abril	317	Octubre	292
Mayo	319	Noviembre	290
Junio	313	Diciembre	283

6.1.2 Índice de Rotación

Se menciona que este indicador calcula el número de colaboradores que se encuentran contratados con contratos laborales, Indefinidos, Obra o Labor y que se retiraron en los periodos del año 2025 sobre el número total de colaboradores que se mantuvieron en cada periodo. El porcentaje de rotación se mantuvo durante todo el año dentro del rango permitido ($\leq 5\%$), con valores entre el 1 % y el 4 %, lo cual evidencia un bajo nivel de rotación no deseada y una adecuada gestión del clima laboral y disciplina organizacional.

De manera complementaria, el índice de ingresos mostró un comportamiento coherente con la rotación y las necesidades reales del servicio, sin incrementos desproporcionados de la planta y priorizando la reposición estratégica del personal.

Durante el año 2025, el porcentaje de rotación de mantuvo dentro de los rangos de cumplimiento.

Ver ficha Técnica.

RANGOS DE TOLERANCIA Y DE CUMPLIMIENTO DE METAS				
META ACTUAL	TOLERANCIA SUPERIOR		TOLERANCIA INFERIOR	
RANGOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META	CUMPLIMIENTO DE META	REGULAR		NO CUMPLIMIENTO DE META
	Mayor o igual a ≤5%	Mayor a 5	Menor a 8	Mayor o igual a 9

Numero de Colaboradores relacionados periodo a periodo.

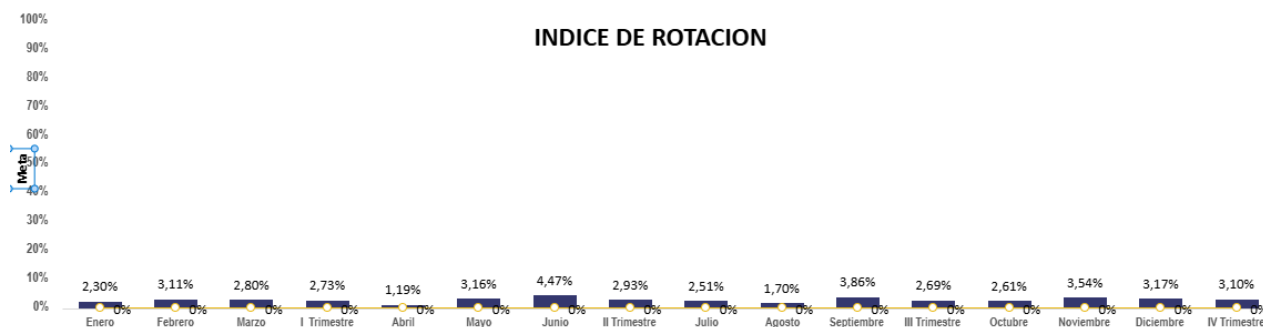
Mes	Retiros	No. Colaboradores	Rotación %	Meta
Enero	6	261	2 %	5 %
Febrero	8	257	3 %	5 %
Marzo	7	250	2 %	5 %
Abril	3	253	1 %	5 %
Mayo	8	253	3 %	5 %
Junio	11	246	2 %	5 %
Julio	6	239	1 %	5 %

Agosto	4	235	3 %	5 %
Septiembre	9	233	2 %	5 %
Octubre	6	230	4 %	5 %
Noviembre	8	226	3 %	5 %
Diciembre	7	221	2 %	5 %

Representación del comportamiento

6.1.

INDICE DE ROTACION



6.1.3 Recobro de Incapacidades y Recaudo de Incapacidades

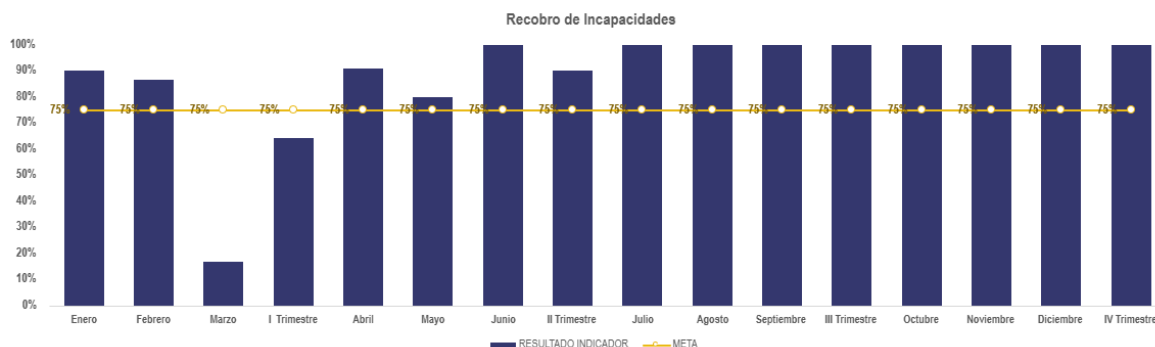
Durante el año 2025, el Departamento de Gestión Humana realizó seguimiento permanente a las incapacidades presentadas por los colaboradores, diferenciando aquellas asumidas directamente por la institución (primeros dos días) y las incapacidades susceptibles de recobro ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), conforme a la normatividad vigente.

El proceso incluyó la gestión oportuna de los recobros, el control de incapacidades pendientes y la recuperación de valores correspondientes a periodos anteriores.

Ver ficha Técnica.

RANGOS DE TOLERANCIA Y DE CUMPLIMIENTO DE METAS				
META ACTUAL	TOLERANCIA SUPERIOR		TOLERANCIA INFERIOR	
RANGOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META	CUMPLIMIENTO DE META	REGULAR		NO CUMPLIMIENTO DE META
	Mayor o igual a ≥75%	Mayor a 70	Menor a 73	Menor o igual a 69

Mes	No. Total Incapacidades	Incapacidades <2	Incapacidades >3
Enero	48	28	20
Febrero	40	25	15
Marzo	39	21	18
Abril	29	18	11
Mayo	24	14	10
Junio	31	22	9
Julio	35	19	16
Agosto	31	23	8
Septiembre	26	18	8
Octubre	35	21	14
Noviembre	26	19	7
Diciembre	43	24	19



Primer Trimestre: Se registraron 127 incapacidades, de las cuales 51 fueron asumidas por la institución y 76 correspondieron a eventos recobrables. El 100 % de estas incapacidades fue recobrado, aunque algunas se materializaron en periodos posteriores por tiempos administrativos de las EPS.

- Total, de Incapacidades: 127
- Total, asumidas por Caminos IPS: 51
- Incapacidades con duración superior a 2 días: 76

Segundo Trimestre: Se presentaron 84 incapacidades, con 54 asumidas por Caminos IPS y 30 recobrables. El 90 % de las incapacidades recobrables fue recuperado dentro del trimestre, quedando un pequeño rezago que se normalizó en meses siguientes.

- Total, de Incapacidades: 84
- Total, asumidas por Caminos IPS: 54
- Incapacidades con duración superior a 2 días: 30

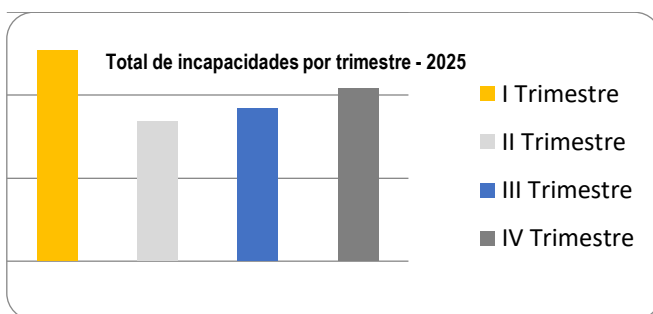
Tercer Trimestre: Se reportaron 92 incapacidades, de las cuales 60 fueron asumidas por la institución y 32 recobrables. La totalidad de los recobros fue gestionada y recuperada dentro del mismo trimestre.

- Total, de Incapacidades: 92
- Total, asumidas por Caminos IPS: 60

- Incapacidades con duración superior a 2 días: 32

Cuarto Trimestre: Se presentaron 104 incapacidades, de las cuales 64 fueron asumidas por Caminos IPS y 40 recobrables. El 100 % de los recobros fue realizado dentro del periodo, cerrando el año sin pendientes financieros.

- Total, de Incapacidades: 104
- Total, asumidas por Caminos IPS: 64
- Incapacidades con duración superior a 2 días: 40



La totalidad de estas incapacidades fueron recobradas ante las diferentes entidades de salud correspondientes, cumpliendo con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente, aunque algunas se recobraron en meses posteriores por tiempos propios del proceso. Evidenciando una mejora progresiva en la oportunidad del recobro y permitiendo el cierre del año con recuperación total de las incapacidades.

6.2 Conclusiones

La gestión del talento humano se desarrolló de forma integral, alineada con los objetivos institucionales.

- La Gestión del Talento Humano durante 2025 se desarrolló de manera eficiente, controlada y alineada con los objetivos estratégicos de Caminos IPS.

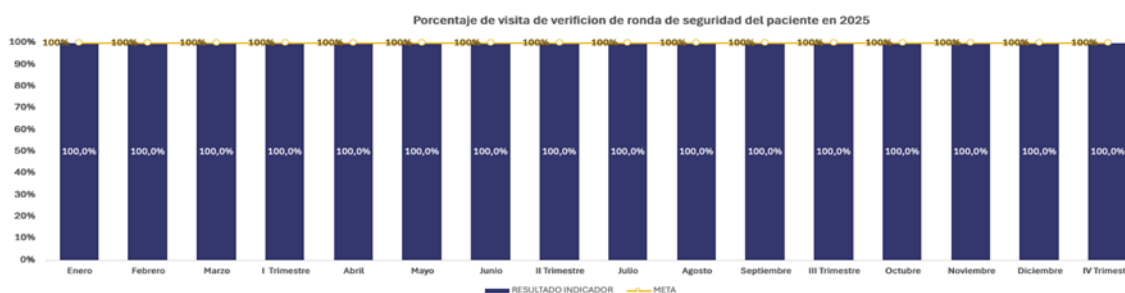
- La estructura contractual prioriza la estabilidad laboral, lo que favorece la continuidad del servicio y la retención del conocimiento institucional.
- Los indicadores de rotación e ingresos se mantuvieron dentro de la meta establecida, evidenciando equilibrio entre permanencia y renovación de personal.
- Las causales de retiro no representan riesgos críticos desde el punto de vista disciplinario o legal.
- La gestión de recobros por incapacidades mostró avances importantes, aunque aún existen oportunidades de mejora.

5. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1 INDICADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1.1 CUMPLIMIENTO DE VISITAS DE VERIFICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD

Durante vigencia 2025 se realizaron todas las rondas de seguridad del paciente en la organización liderada por referente de seguridad del paciente y líderes de rondas en cada sede con una periodicidad semanal. Este resultado evidencia una ejecución rigurosa y sostenida de estas visitas, garantizando la supervisión continua de las condiciones de seguridad en la atención. La adherencia total a la meta sugiere un compromiso organizacional sólido con la seguridad del paciente y la calidad de la atención.



Porcentaje de cumplimiento de visitas de verificación de Rondas de Seguridad en caminos IPS – Año 2025

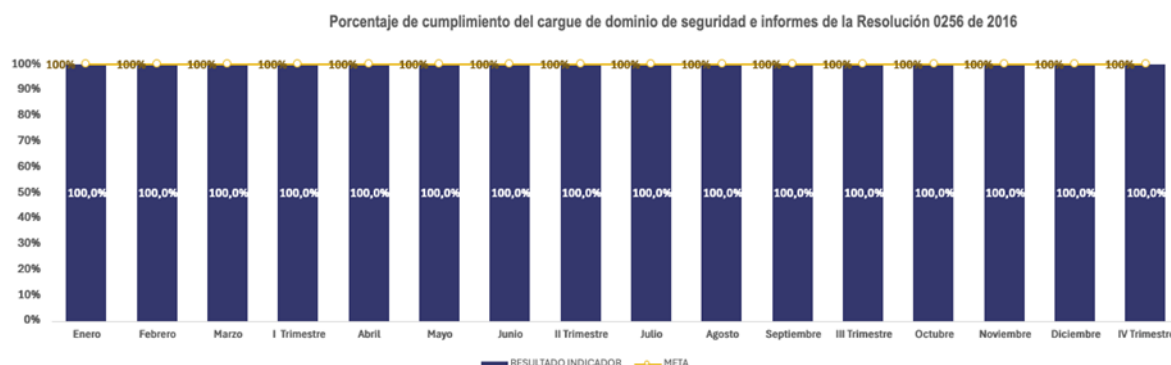
Fuente: A-SEG-001 Aplicativo de Monitoreo de Rondas de Seguridad 2025

Como estrategias implementadas se refuerza la importancia de la Cultura de Seguridad en la institución, recordatorios a líderes correspondientes por medio de correo electrónico y seguimiento permanente del registro de la información semanal.

5.1.2 CUMPLIMIENTO EN EL CARGUE DEL DOMINIO DE SEGURIDAD RESOLUCIÓN 0256/2016

Durante la vigencia 2025, se evidencia un cumplimiento del 100% del cargue del Dominio de seguridad de acuerdo con la Resolución 0256/2016, descripción del comportamiento y análisis de causas de los indicadores. Esto indica un adecuado cumplimiento normativo y una gestión eficiente de la

información requerida por la regulación. Mantener este nivel de desempeño sugiere que la institución ha establecido procesos sólidos para garantizar la carga oportuna y precisa de los datos.



Porcentaje de cumplimiento del cargue del Dominio de Seguridad e informes Resol. 256/2016 periodo 2025

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de indicadores del Dominio de Seguridad Resol. 256/2016 2025

5.1.3 OPERATIVIDAD DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el periodo evaluado, correspondiente a vigencia 2025, se evidencia un cumplimiento del 100% de la operatividad del comité de seguridad del paciente. Lo que indica que las reuniones y actividades programadas se han llevado a cabo de manera consistente. Este resultado sugiere un compromiso institucional con la gestión de la seguridad del paciente, asegurando el seguimiento y toma de decisiones oportunas.



Porcentaje de cumplimiento de la operatividad del comité de Seguridad del paciente - Año 2025

Fuente: Carpeta comité de Seguridad del paciente 2025

5.1.4 REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS



Indicador de gestión de reporte de eventos adversos – Año 2025.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2025

Análisis de resultados:

Durante el año 2025, la tasa de reporte de eventos adversos en Caminos IPS SAS presenta un comportamiento variable a lo largo de los meses, en comparación con la meta institucional establecida en 0,03.

En el primer trimestre, se evidencia un comportamiento variable: **enero** presenta un valor elevado (0,10) con 5 eventos reportados, superando significativamente la meta, mientras que febrero (0,02) y

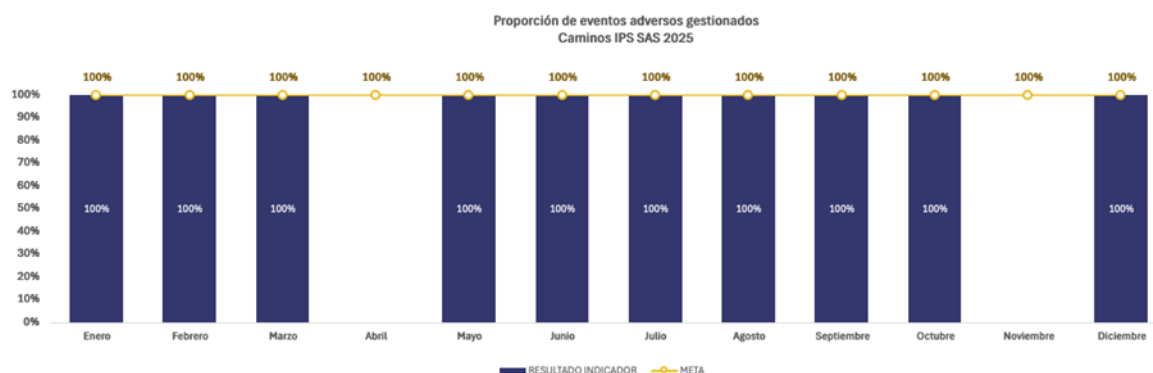
marzo (0,02) se mantienen por debajo del estándar esperado, lo cual podría indicar subregistro o baja notificación en estos meses.

Para el segundo trimestre, abril (0,00) cumple con la meta; sin embargo, **mayo** (0,11) muestra un incremento importante con **3** eventos reportados, superando ampliamente el valor esperado, seguido de junio (0,03), que retorna al nivel de cumplimiento. Este pico puede estar asociado a mayor cultura de reporte o incremento real de eventos.

En el tercer trimestre, julio (0,03) mantiene el cumplimiento; no obstante, agosto presenta el valor más alto del año (0,14) con 4 eventos reportados, evidenciando una desviación significativa frente a la meta. Posteriormente, **septiembre** (0,05) continúa por encima del estándar con **2** eventos reportados, aunque con tendencia a la disminución.

En el cuarto trimestre, se observa una tendencia a la estabilización: octubre (0,06) presentando un resultado por encima de la meta establecida con 2 eventos reportados, noviembre se mantiene en el valor esperado (0,03) y diciembre (0,08) presenta nuevamente un incremento con 2 eventos reportados.

5.1.5 PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS GESTIONADOS



Indicador de gestión Proporción de eventos adversos gestionados– Año 2025.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2025

Análisis de resultados: El análisis de la proporción de eventos adversos gestionados en Caminos IPS durante 2025 muestra un cumplimiento del 100% en todos los meses y trimestres evaluados, alcanzando la meta establecida. Esto indica que todos los eventos reportados fueron abordados oportunamente, lo que refleja un adecuado seguimiento y gestión del programa de seguridad del

paciente. Sin embargo, es fundamental mantener esta tendencia, asegurando que la calidad de la gestión incluya análisis causa raíz, implementación de planes de mejora y seguimiento a las acciones correctivas, especialmente en períodos con mayor incidencia de eventos adversos, como se observó en diciembre.

5.1.6 PROPORCIÓN DE INCIDENTES GESTIONADOS



Indicador de gestión Proporción de incidentes gestionados– Año 2025.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2025

Análisis de resultados: El análisis de la proporción de incidentes gestionados en Caminos IPS durante 2025 evidencia un cumplimiento del 100% en todos los meses y trimestres evaluados, asegurando que todos los incidentes reportados fueron abordados de manera efectiva y conforme a la meta establecida. Este resultado refleja un adecuado desempeño en la gestión de incidentes, lo que contribuye a la mejora continua de la seguridad del paciente. No obstante, se recomienda fortalecer la cultura de reporte, garantizando que los incidentes sean notificados de manera oportuna, analizados con enfoque preventivo y se implementen estrategias correctivas para minimizar la recurrencia de eventos adversos.

5.1.7. TASA DE CAÍDAS EN CONSULTA EXTERNA



Indicador de gestión Tasa de caída de pacientes – Año 2025.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2025

Análisis de resultados:

En el primer trimestre, se observa un comportamiento dentro de la meta institucional, con valores de 0,02 en enero (2 caídas reportadas) y 0,02 en marzo (1 caída reportada). Sin embargo, febrero no presenta reporte, lo cual podría corresponder a ausencia de eventos o a un posible subregistro.

En el segundo trimestre, abril (0,03) cumple con la meta establecida. No obstante, en **mayo** se evidencia un incremento significativo (0,11; 3 caídas reportadas), superando ampliamente el estándar institucional. Para junio (0,03; 1 caída reportada), el indicador retorna al nivel esperado.

Durante el tercer trimestre, julio registra un valor de 0,04 (1 caída reportada), ubicándose ligeramente por encima de la meta. Por su parte, agosto y septiembre no presentan datos reportados, lo cual requiere validación para determinar si corresponde a ausencia real de eventos o a fallas en el registro.

En el cuarto trimestre, se evidencia nuevamente un incremento en la tasa: **octubre** (0,09; 2 caídas reportadas) y **diciembre** (0,12; 2 caídas reportadas) superan considerablemente la meta institucional, lo que sugiere un aumento en la ocurrencia o en el reporte de caídas. Noviembre no presenta registro.

TASA DE CAIDA EN SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA



Indicador de gestión Tasa de caída de pacientes – Año 2025.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2025

Análisis de resultados:

En el primer trimestre, se evidencia un valor elevado en enero (0,09) con 1 caída, superando significativamente la meta institucional, lo que indica la ocurrencia de eventos de caída en este periodo. Para los meses de febrero y marzo no se registran datos, lo cual podría corresponder a ausencia de eventos o a posibles fallas en el reporte.

En el segundo trimestre, no se evidencian registros de eventos adversos relacionados con caídas durante los meses de abril, mayo y junio, manteniéndose sin reporte durante este periodo, cumpliendo la meta.

Durante el tercer trimestre, julio y agosto no presentan datos reportados; sin embargo, en septiembre se registra un incremento (0,08) con 1 caída, nuevamente por encima de la meta institucional, evidenciando la ocurrencia de eventos en este mes.

En el cuarto trimestre, no se reportan eventos en los meses de octubre, noviembre y diciembre, manteniéndose el indicador sin registro, cumpliendo la meta.

5.1.8 FLEBITIS EN SITIO DE VENOPUNCIÓN



Indicador de gestión Flebitis en sitio de venopunción – Año 2025.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2025.

Análisis de resultados:

A lo largo del año, se observa que la mayoría de los meses registran un valor de 0,00%, lo que indica ausencia de eventos reportados. Únicamente en el mes de abril se presenta un leve incremento (0,01%) con 1 caso presentado, sin embargo, este valor continúa significativamente por debajo del límite establecido, sin representar desviaciones críticas, para los otros meses evaluado se encuentran cumpliendo la meta y con un resultado en (0,00%)

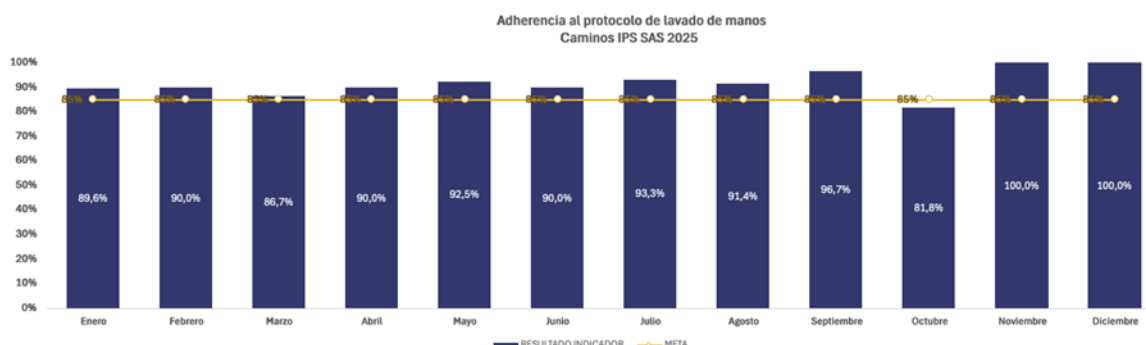
5.1.9 PORCENTAJE DE IAAS



Indicador de gestión Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud – Año 2025

Análisis de resultados: El porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud en consulta externa a lo largo del año de 2025, comparando el resultado del indicador con la meta establecida. Se observa que no hay valores registrados en ningún mes, lo que indica que no se han reportado casos de infecciones o que el indicador no ha presentado variaciones, comportamiento similar en el 2024. Esto puede interpretarse como un resultado positivo en términos de prevención de infecciones en consulta externa; sin embargo, es importante continuar verificando el proceso de vigilancia epidemiológica y el reporte de estos eventos se estén llevando a cabo de manera efectiva.

5.1.10 ADHERENCIA DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS



Indicador de adherencia al protocolo de lavado de manos – Año 2025.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2025

Análisis de resultados:

Durante el año 2025, el indicador de adherencia al protocolo de lavado de manos en Caminos IPS SAS muestra un comportamiento favorable y sostenido, manteniéndose en la mayoría de los meses por encima de la meta institucional del 85%.

En el primer trimestre, se evidencia un adecuado cumplimiento, con valores de 89,6% en enero, 90,0% en febrero y 86,7% en marzo, todos por encima del estándar establecido.

En el segundo trimestre, el comportamiento continúa positivo, destacándose valores de 90,0% en abril, 92,5% en mayo y 90,0% en junio, lo que refleja consistencia en la adherencia por parte del personal.

Durante el tercer trimestre, se observa un incremento progresivo, con 93,3% en julio, 91,4% en agosto y 96,7% en septiembre, evidenciando fortalecimiento en el cumplimiento del protocolo.

En el cuarto trimestre, octubre presenta una disminución (81,8%), ubicándose por debajo de la meta institucional; sin embargo, en los meses siguientes se observa una recuperación significativa, alcanzando 100% en noviembre y 100% en diciembre, lo que representa el mejor desempeño del año.

5.1.11 LOGROS

- ✓ Mayor participación de pacientes y familias en su seguridad, a través de estrategias de educación y comunicación efectiva.
- ✓ Actualización de la Matriz de indicadores de evaluación de las guías de buenas prácticas en seguridad del paciente, para los cuales se tiene proyectado iniciar la medición y análisis a partir de la vigencia 2025.

- ✓ Actualización de información documentada

5.1.12 DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Sostenibilidad del Cero Eventos Adversos:** Mantener en 0% la incidencia de flebitis en venopunción e infecciones asociadas a la atención en salud es un reto continuo que requiere vigilancia constante y capacitación del personal.
- **Mejora en la Adherencia al Lavado de Manos:** La fluctuación en el cumplimiento del protocolo de lavado de manos en ciertos meses evidencia la necesidad de reforzar estrategias para garantizar su cumplimiento uniforme en toda la institución.
- **Fortalecimiento de la cultura de seguridad:** Aumento en la notificación y análisis de eventos adversos y fallas, promoviendo el aprendizaje organizacional.
- **Fortalecimiento de la cultura de seguridad:** La ausencia de eventos adversos críticos es un indicador positivo que se puede aprovechar para promover una cultura organizacional de seguridad y excelencia en la atención.
- **Capacitación y sensibilización continua:** Las oportunidades de mejora en la adherencia al lavado de manos pueden abordarse con sesiones formativas interactivas y campañas institucionales de concientización.
- **Uso de herramientas tecnológicas:** La implementación de herramientas digitales para la notificación y monitoreo de eventos adversos puede optimizar la vigilancia epidemiológica y mejorar la toma de decisiones en tiempo real.
- **Reconocimiento y motivación del Personal:** Incentivar el cumplimiento de buenas prácticas mediante estrategias de reconocimiento puede reforzar la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente.

6. PROCESO DE GESTION HUMANA 2025

6.1 Resultados Indicadores de Gestión

El presente informe tiene como propósito exponer los resultados específicos de los procesos y subprocesos desarrollados por el Departamento de Gestión Humana durante el año 2025. La gestión se orientó en alinear el desempeño de los colaboradores con los objetivos estratégicos, los valores corporativos de Caminos IPS y los planes de formación diseñados para fortalecer las competencias laborales, mediante acciones de capacitación, seguimiento y desarrollo institucional.

Durante el año 2025, la Gestión del Talento Humano de Caminos IPS se desarrolló de manera controlada, alineada con los objetivos institucionales y dentro de los parámetros definidos por la Dirección, evidenciando estabilidad en la planta, cumplimiento de metas y mejora progresiva en procesos claves.

La institución mantuvo una estructura contractual sólida, con predominio del contrato a término indefinido, favoreciendo la retención del talento humano y la continuidad operativa. Los indicadores de rotación y de ingresos de personal se mantuvieron dentro de la meta establecida ($\leq 5\%$), reflejando una gestión adecuada de los procesos de selección, vinculación y permanencia.

Las causales de retiro estuvieron principalmente relacionadas con decisiones voluntarias del colaborador, con mínima incidencia de terminaciones por justa causa o situaciones disciplinarias, reduciendo riesgos legales y administrativos.

En relación con la gestión de recobros por incapacidades, si bien se presentaron oportunidades de mejora en algunos periodos, se lograron avances significativos en el segundo semestre, mitigando el impacto financiero para la institución.

6.1.1. Distribución de la Planta de Personal y Tipos de Contratos Caminos IPS 2025

A lo largo del año 2025, Caminos IPS mantuvo una planta de personal mayoritariamente vinculada mediante contrato a término indefinido, representando entre el 76 % del total de colaboradores. Esta condición evidencia una política institucional orientada a la estabilidad laboral y consolidación del talento humano.

Los contratos por prestación de servicios (OPS) se mantuvieron estables, cubriendo necesidades específicas del servicio, mientras que los contratos por obra o labor y aprendizaje tuvieron una participación menor y controlada.

Se evidenció una reducción gradual del total de colaboradores, pasando de 331 en enero a 283 en diciembre, resultado de ajustes operativos y racionalización de recursos.

Tipos de Contratos	Porcentaje
Indefinido	78 %
OPS	15 %
Obra / labor	5 %
Aprendiz	2 %

Relación de numero de personal / tipos de Contrato por periodo

TIPOS DE CONTRATOS / PERIODO 2025											
Mes	C. Indefinido	%	C. Fijo	%	C. OPS	%	C. Obra	%	C. Aprendizaje	%	Resultado
Ene	250	76%	0	0%	54	16%	11	3%	16	5%	331
Feb	248	61%	0	23%	54	14%	9	3%	10	2%	321
Mar	246	62%	0	23%	53	13%	4	1%	11	2%	314
Abr	250	79%	0	0%	53	17%	3	1%	11	3%	317
May	249	78%	0	0%	53	17%	4	1%	13	4%	319
Jun	242	77%	0	0%	53	17%	4	1%	14	4%	313
Jul	234	76%	0	0%	53	17%	5	2%	14	5%	306
Agos	230	76%	13	0%	53	18%	5	2%	0	0%	301
Sep	228	76%	0	0%	53	18%	5	2%	13	4%	299
Octt	226	77%	0	0%	51	17%	4	1%	11	4%	292
Nov	226	78%	0	0%	51	18%	0	0%	13	4%	290
Dic	219	77%	0	0%	51	18%	2	1%	11	4%	283

Distribución de Personal por periodo

Mes	Planta de Personal	Mes	Planta de Personal
Enero	331	Julio	306
Febrero	321	Agosto	301
Marzo	314	Septiembre	299
Abril	317	Octubre	292
Mayo	319	Noviembre	290
Junio	313	Diciembre	283

6.1.2 Índice de Rotación

Se menciona que este indicador calcula el número de colaboradores que se encuentran contratados con contratos laborales, Indefinidos, Obra o Labor y que se retiraron en los periodos del año 2025 sobre el número total de colaboradores que se mantuvieron en cada periodo. El porcentaje de rotación se mantuvo durante todo el año dentro del rango permitido ($\leq 5\%$), con valores entre el 1 % y el 4 %, lo cual evidencia un bajo nivel de rotación no deseada y una adecuada gestión del clima laboral y disciplina organizacional.

De manera complementaria, el índice de ingresos mostró un comportamiento coherente con la rotación y las necesidades reales del servicio, sin incrementos desproporcionados de la planta y priorizando la reposición estratégica del personal.

Durante el año 2025, el porcentaje de rotación de mantuvo dentro de los rangos de cumplimiento.

Ver ficha Técnica.

RANGOS DE TOLERANCIA Y DE CUMPLIMIENTO DE METAS				
META ACTUAL	TOLERANCIA SUPERIOR		TOLERANCIA INFERIOR	
RANGOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META	CUMPLIMIENTO DE META	REGULAR		NO CUMPLIMIENTO DE META
	Mayor o igual a ≤5%	Mayor a 5	Menor a 8	Mayor o igual a 9

Numero de Colaboradores relacionados periodo a periodo.

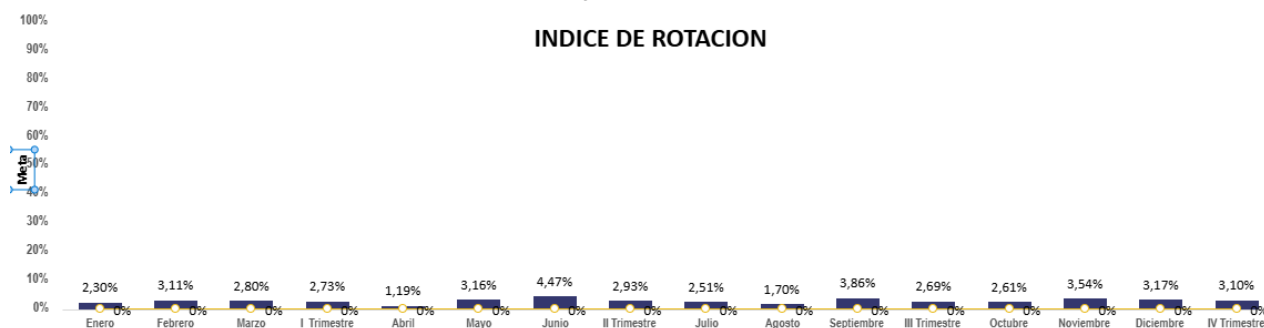
Mes	Retiros	No. Colaboradores	Rotación %	Meta
Enero	6	261	2 %	5 %
Febrero	8	257	3 %	5 %
Marzo	7	250	2 %	5 %
Abril	3	253	1 %	5 %
Mayo	8	253	3 %	5 %
Junio	11	246	2 %	5 %
Julio	6	239	1 %	5 %

Agosto	4	235	3 %	5 %
Septiembre	9	233	2 %	5 %
Octubre	6	230	4 %	5 %
Noviembre	8	226	3 %	5 %
Diciembre	7	221	2 %	5 %

Representación del comportamiento

6.1.

INDICE DE ROTACION



6.1.3 Recobro de Incapacidades y Recaudo de Incapacidades

Durante el año 2025, el Departamento de Gestión Humana realizó seguimiento permanente a las incapacidades presentadas por los colaboradores, diferenciando aquellas asumidas directamente por la institución (primeros dos días) y las incapacidades susceptibles de recobro ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), conforme a la normatividad vigente.

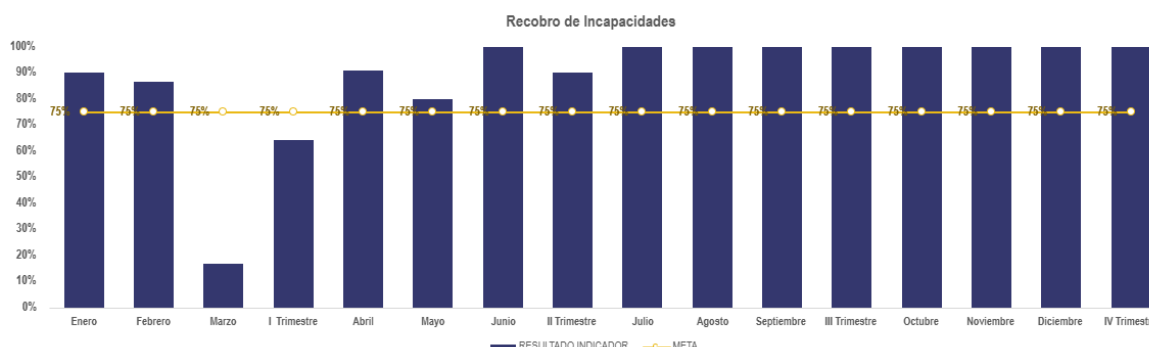


El proceso incluyó la gestión oportuna de los recobros, el control de incapacidades pendientes y la recuperación de valores correspondientes a periodos anteriores.

Ver ficha Técnica.

RANGOS DE TOLERANCIA Y DE CUMPLIMIENTO DE METAS				
META ACTUAL	TOLERANCIA SUPERIOR		TOLERANCIA INFERIOR	
RANGOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META	CUMPLIMIENTO DE META		REGULAR	
	Mayor o igual a ≥75%		Mayor a 70	Menor a 73
			NO CUMPLIMIENTO DE META	
			Menor o igual a 69	

Mes	No. Total Incapacidades	Incapacidades <2	Incapacidades >3
Enero	48	28	20
Febrero	40	25	15
Marzo	39	21	18
Abril	29	18	11
Mayo	24	14	10
Junio	31	22	9
Julio	35	19	16
Agosto	31	23	8
Septiembre	26	18	8
Octubre	35	21	14
Noviembre	26	19	7
Diciembre	43	24	19



Primer Trimestre: Se registraron 127 incapacidades, de las cuales 51 fueron asumidas por la institución y 76 correspondieron a eventos recobrables. El 100 % de estas incapacidades fue recobrado, aunque algunas se materializaron en periodos posteriores por tiempos administrativos de las EPS.

- Total, de Incapacidades: 127
- Total, asumidas por Caminos IPS: 51
- Incapacidades con duración superior a 2 días: 76

Segundo Trimestre: Se presentaron 84 incapacidades, con 54 asumidas por Caminos IPS y 30 recobrables. El 90 % de las incapacidades recobrables fue recuperado dentro del trimestre, quedando un pequeño rezago que se normalizó en meses siguientes.

- Total, de Incapacidades: 84
- Total, asumidas por Caminos IPS: 54
- Incapacidades con duración superior a 2 días: 30

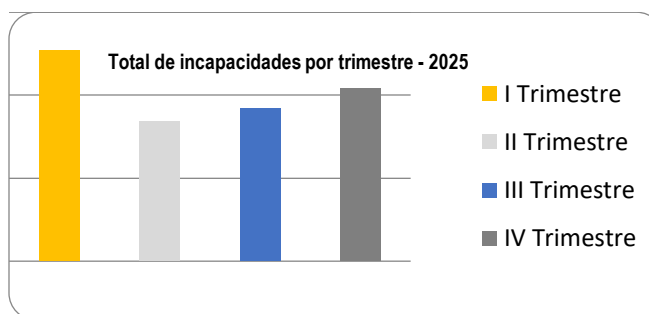
Tercer Trimestre: Se reportaron 92 incapacidades, de las cuales 60 fueron asumidas por la institución y 32 recobrables. La totalidad de los recobros fue gestionada y recuperada dentro del mismo trimestre.

- Total, de Incapacidades: 92

- Total, asumidas por Caminos IPS: 60
- Incapacidades con duración superior a 2 días: 32

Cuarto Trimestre: Se presentaron 104 incapacidades, de las cuales 64 fueron asumidas por Caminos IPS y 40 recobrables. El 100 % de los recobros fue realizado dentro del periodo, cerrando el año sin pendientes financieros.

- Total, de Incapacidades: 104
- Total, asumidas por Caminos IPS: 64
- Incapacidades con duración superior a 2 días: 40



La totalidad de estas incapacidades fueron recobradas ante las diferentes entidades de salud correspondientes, cumpliendo con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente, aunque algunas se recobraron en meses posteriores por tiempos propios del proceso. Evidenciando una mejora progresiva en la oportunidad del recobro y permitiendo el cierre del año con recuperación total de las incapacidades.

6.3. Conclusiones

La gestión del talento humano se desarrolló de forma integral, alineada con los objetivos institucionales.

- La Gestión del Talento Humano durante 2025 se desarrolló de manera eficiente, controlada y alineada con los objetivos estratégicos de Caminos IPS.
- La estructura contractual prioriza la estabilidad laboral, lo que favorece la continuidad del servicio y la retención del conocimiento institucional.
- Los indicadores de rotación e ingresos se mantuvieron dentro de la meta establecida, evidenciando equilibrio entre permanencia y renovación de personal.
- Las causales de retiro no representan riesgos críticos desde el punto de vista disciplinario o legal.
- La gestión de recobros por incapacidades mostró avances importantes, aunque aún existen oportunidades de mejora en oportunidad y seguimiento.

7. GESTION DE MEJORA CONTINUA

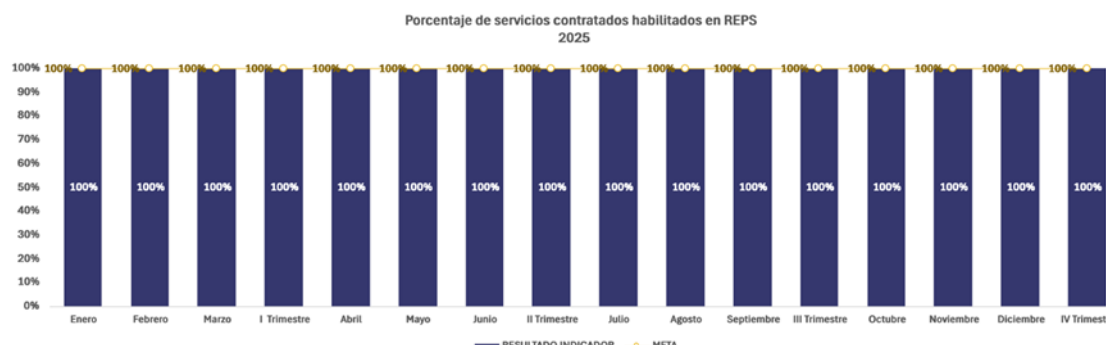
La Gestión de Mejora Continua en Caminos IPS SAS es un proceso estratégico orientado a la optimización de los procesos asistenciales y administrativos, con el propósito de garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en la prestación de servicios de salud. Su implementación responde a la necesidad de fortalecer el desempeño organizacional mediante la identificación de oportunidades de mejora, la promoción de una cultura enfocada en la excelencia y la capacidad de adaptación a las dinámicas normativas y regulatorias del sector salud en Colombia.

En este contexto, la institución implementa, mantiene y mejora el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) a través de sus tres componentes obligatorios: el Sistema Único de Habilitación

(SUH), que asegura el cumplimiento de los requisitos mínimos de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad técnico-administrativa; el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), que impulsa estrategias de evaluación y mejora con enfoque en estándares de acreditación en salud; y el Sistema de Información para la Calidad (SIC), que permite brindar información a los usuarios para que puedan elegir servicios de salud de acuerdo a su calidad a través del reporte de los indicadores para el monitoreo de la calidad. A su vez, estos componentes se integran con el Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015, consolidando un modelo de gestión alineado con la mejora continua, el enfoque centrado en procesos, el pensamiento basado en riesgos y la satisfacción los usuarios.

7.1 INDICADORES TRAZADORES MEJORA CONTINUA

7.1.1 SERVICIOS CONTRATADOS HABILITADOS EN REPS



Fuente: FOR-CAL-014 Formato Indicadores de Gestión – Proceso Gestión de Mejora Continua 2025

Durante de la vigencia del 2025 el porcentaje de servicios contratados, con el cliente EAPB, habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, fue el del 100%. Lo anterior se encuentra alineado con los resultados institucionales obtenidos en el año 2024, en el cual se obtuvo un 100% de cumplimiento. Durante el período evaluado se evidencia un comportamiento constante del indicador, cuyos resultados se mantienen cumpliendo la meta establecida por la organización. De acuerdo con los datos del Registro Especial de Prestadores de Salud - REPS, al finalizar la vigencia 2025 Caminos IPS SAS cuenta con treinta y seis (36) servicios contratados y habilitados.

7.1.2 CUMPLIMIENTO DE LA OPERATIVIDAD DE LOS COMITÉS INSTITUCIONAL

El cumplimiento de la operatividad de los Comités Institucionales durante el año 2025 fue del 100% en el primer y segundo trimestre, para el tercer trimestre, se evidencia una disminución en el comportamiento del indicador, alcanzando un cumplimiento del 90,9%. Esta variación se explica por el resultado del mes de septiembre, donde se obtuvo un 75,0% de cumplimiento, ubicándose por debajo de la meta establecida (100%). Durante este periodo, se tenían programados 12 comités, de los cuales solo se realizaron 9.

En consecuencia, estamos evaluando implementar acciones de mejora, con la finalidad de fortalecer los mecanismos de control, la definición de periodicidades claras para la realización de los comités y el incremento en la supervisión del cumplimiento.

7.1.3 CIERRE DE ACCIONES INCLUIDAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONALES

Durante el período evaluado, el porcentaje de cierre de acciones incluidas en los planes de mejoramiento alcanzó el 100% en el primer, segundo, tercer trimestre y cuarto trimestre.

Se recomienda implementar las siguientes estrategias con la finalidad de cerrar la actividad:

- Implementar seguimiento periódico y control de avances.
- Realizar análisis de causas de incumplimiento: Identificar las barreras que limitaron el cierre de las actividades.

7.1.4 CUMPLIMIENTO DEL REPORTE DE INFORMACIÓN A ENTES DE CONTROL



Fuente: FOR-CAL-014 Formato Indicadores de Gestión – Proceso Gestión de Mejora Continua 2025.

El indicador de cumplimiento del reporte de información a entes de control presentó un comportamiento constante y con tendencia positiva durante toda la vigencia 2025, logrando un 100% de cumplimiento en cada trimestre del año. Este resultado se encuentra alineado con la meta establecida por la organización, lo que indica que el proceso de reporte ha sido gestionado adecuadamente, logrando cumplir de manera oportuna con los plazos establecidos en la planificación anual.

En comparación con la vigencia 2024, en la cual también se alcanzó un 100% de cumplimiento, se evidencia una continuidad en el desempeño óptimo del indicador, lo que demuestra una gestión eficaz y sostenida en el proceso de reporte de información y la adecuada implementación y seguimiento de los procesos internos para garantizar el cumplimiento normativo.

En el período evaluado se cargaron 152 reportes a entes de control, dentro de los cuales se encuentran reportes Financieros, del Sistema de Información para la Calidad - SIC, de Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT y del Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED.

La organización ha implementado las siguientes estrategias clave para garantizar la sostenibilidad de estos resultados:

- Cargue anticipado de los reportes normativos en las plataformas correspondientes, según el Cronograma Interno, con fechas anteriores a las fechas reales establecidas, permitiendo un margen de seguridad ante posibles imprevistos.
- Programación y envío de recordatorios sobre las fechas de cargue de información, durante los primeros cinco (5) días de cada mes, utilizando las herramientas institucionales de Microsoft 365, para asegurar el cumplimiento oportuno.
- Publicación del cronograma institucional en el SharePoint institucional para que todos los líderes tengan acceso y claro las fechas y los tipos de reportes que se deben realizar.

7.1.5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PAMEC 2025



Fuente: Documento PAMEC 2025.

El indicador de cumplimiento del Plan de Mejoramiento del PAMEC presenta una periodicidad de medición anual. Sin embargo, se realizan mediciones parciales en octubre, diciembre y al finalizar el

IV Trimestre durante las auditorías de seguimiento al PAMEC, para controlar el comportamiento del indicador y actuar de manera oportuna frente a posibles desviaciones.

En el tercer seguimiento a la ejecución de las acciones incluidas en el Plan de Mejoramiento del PAMEC 2025, se evidenció un cumplimiento global del 94%, superando en 4 puntos porcentuales la meta institucional establecida del 90%. El análisis comparativo con los seguimientos previos demuestra una tendencia positiva sostenida en la implementación del plan: En el primer seguimiento, se obtuvo un 66,2% de cumplimiento, avanzando un 18% con respecto al resultado del segundo seguimiento, en el que se registró 78% de cumplimiento. Se destaca un avance adicional del 21% con respecto al porcentaje obtenido en el seguimiento final, lo que refleja la consolidación del trabajo constante de los procesos en la implementación de las acciones establecidas.

Este indicador impacta directamente el objetivo estratégico de la organización: "Fomentar la gestión de la innovación y la mejora continua en todos los procesos de la organización". A través del Plan de Mejoramiento.

del PAMEC la organización identifica oportunidades de mejora en la prestación de servicios de salud, optimizar los procesos internos y garantiza el cumplimiento de los estándares de calidad. Su correcta ejecución contribuye a la innovación en la gestión de la calidad, asegurando una atención segura, eficiente y centrada en el paciente. El cumplimiento del plan en la vigencia 2025 refleja la efectividad de las estrategias implementadas y el compromiso de la organización con la mejora continua y el cumplimiento de la normatividad legal vigente.

7.2 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC PLANEACIÓN PAMEC 2025

En el mes de enero la Coordinación de Calidad diseñó programación de la ruta crítica del PAMEC 2025, aprobada por la Gerencia.

Tabla 2. Programación Proyecto PAMEC 2025. **Fuente:** Documento PAMEC 2025

PROGRAMACIÓN PROYECTO PAMEC 2025 CAMINOS IPS SAS				
PROPÓSITO	Establecer un Programa de Auditoría para la Mejora de la Calidad, tomando en consideración las oportunidades de mejora priorizadas producto de la autoevaluación de los estándares de acreditación y demás fuentes de mejoramiento logrando a través de la formulación de acciones disminuir las brechas evidenciadas entre la calidad observada frente a la calidad esperada.			
ALCANCE	El alcance del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad está orientado al Sistema Único de Acreditación, inicia desde la autoevaluación frente al cumplimiento de los estándares de acreditación del año 2025, hasta el aprendizaje organizacional logrado del cumplimiento de las acciones de mejora ejecutadas. El período de implementación y evaluación corresponde a la vigencia 2025 con un seguimiento final que se realizará en el mes de enero de 2026.			
TAREAS	DESCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	DURACIÓN (días)	FECHA DE TERMINACIÓN
T1	Sensibilización y capacitación en PAMEC con enfoque en Estándares de Acreditación en Salud.	29/03/2025	2	3/31/2025
T2	Autoevaluación Cualitativa con base en los Estándares de Acreditación en Salud.	1/04/2025	60	31/05/2025
T3	Autoevaluación Cuantitativa con base Estándares de Acreditación en Salud.	31/05/2025	12	12/06/2025
T4	Selección de procesos a mejorar	13/06/2025	2	15/05/2025
T5	Priorización de procesos	4/07/2025	10	14/07/2025
T6	Definición de calidad esperada	15/07/2025	5	20/07/2025

T7	Establecimiento metodología para el seguimiento y medición inicial del desempeño de los procesos	21/07/2025	10	31/07/2025
T8	Formulación de planes de mejoramiento	21/07/2025	10	31/07/2025
T9	Estructuración del documento PAMEC	21/07/2025	10	31/07/2025
T10	Implementación de planes de mejoramiento	1/08/2025	175	01/08/2026
T11	Evaluación del mejoramiento N°1	29/10/2025	2	31/10/2025
T12	Informes de Autocontrol N°1	29/10/2025	2	31/10/2025
T13	Evaluación del mejoramiento N°2	15/12/2025	8	23/12/2025
T14	Informes de Autocontrol N°2	15/12/2025	8	23/12/2025
T15	Evaluación del mejoramiento N°3	12/01/2026	11	23/01/2026
T16	Informes de Autocontrol N°3	12/01/2026	11	23/01/2026
T17	Aprendizaje organizacional y estandarización de procesos	23/01/2026	7	30/01/2026

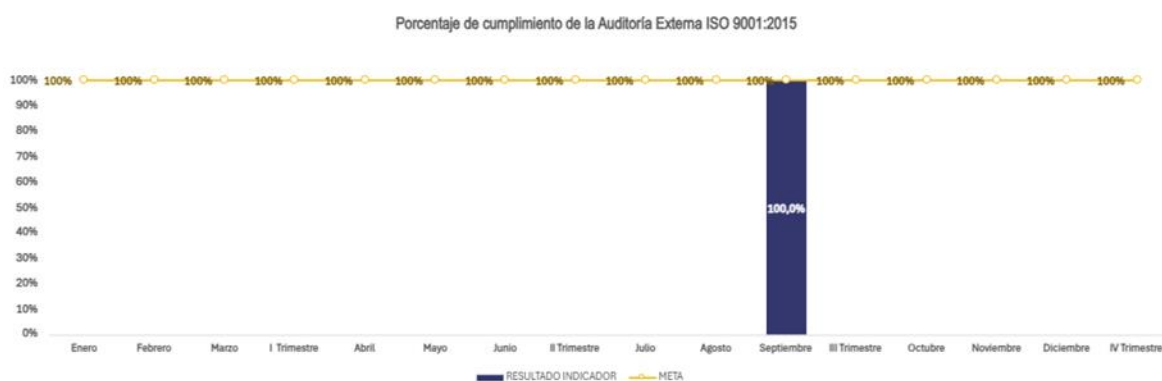
7.2.1 CUMPLIMIENTO DE LA RUTA CRÍTICA



Fuente: Propia Caminos IPS SAS.

En la vigencia 2025 se cumplió el 100% de los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social. A continuación, se presenta el detalle de los resultados de cada uno de los pasos implementados.

7.3 CUMPLIMIENTO DE AUDITORIA EXTERNA ISO 900:2015



8. GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

8.1. Estado de Situación Financiera

Al cierre del 31 de diciembre de 2025, Caminos IPS S.A.S. presenta una posición financiera sólida, con activos totales de \$26.700 M, un patrimonio fortalecido de \$17.649 M y un nivel de endeudamiento del 33,9%, el más bajo en los últimos dos años.

Concepto	2025 (M)	2024 (M)	Var.
Efectivo y equivalentes	\$10.875 M	\$3.042 M	▲
Cuentas por cobrar (neto)	\$6.324 M	\$9.155 M	▼
Inventarios y otros activos	\$3.241 M	\$3.277 M	▼
TOTAL ACTIVOS CORRIENTES	\$20.440 M	\$13.245 M	▲
Propiedades, planta y equipo	\$2.985 M	\$4.035 M	▼
Activos intangibles y otros	\$3.276 M	\$7.105 M	▼
TOTAL ACTIVOS NO CORRIENTES	\$6.261 M	\$11.139 M	▼
TOTAL ACTIVOS	\$26.700 M	\$24.384 M	▲
Cuentas por pagar proveedores y otras	\$4.250 M	\$10.154 M	▼
Impuestos y beneficios empleados	\$4.801 M	\$3.091 M	▲
TOTAL PASIVOS	\$9.051 M	\$13.245 M	▼
Capital + prima emisión	\$5.887 M	\$250 M	▲

Concepto	2025 (M)	2024 (M)	Var.
Resultados acumulados y ejercicio	\$11.762 M	\$10.577 M	▲
TOTAL PATRIMONIO	\$17.649 M	\$10.827 M	▲



Efectivo: el saldo de caja creció de \$3.042 M a \$10.875 M (+257%), resultado de la recuperación de cartera, la capitalización estratégica y la contención del gasto operativo.

Cartera: se redujo de \$9.155 M a \$6.324 M (-30,9%) por la gestión activa de cobro y la reclasificación de giros por aplicar conforme al PUC de la Superintendencia Nacional de Salud.

Pasivos: se contrajeron un 31,7%, principalmente por el pago de \$5.904 M en cuentas por pagar a proveedores. Se consolidó la política de pago a 60 días, mejorando las relaciones comerciales estratégicas. La totalidad de las obligaciones es de carácter corriente (pasivo no corriente = \$0).

Patrimonio: creció \$6.822 M (+63,1%), impulsado por la capitalización de \$5.637 M (capital social \$1.879 M + prima en colocación de acciones \$3.758 M) y la generación de utilidades del período por \$2.579 M.

Este proceso redefinió los porcentajes de participación accionaria, consolidando la base de capital para el desarrollo sostenible de la institución.

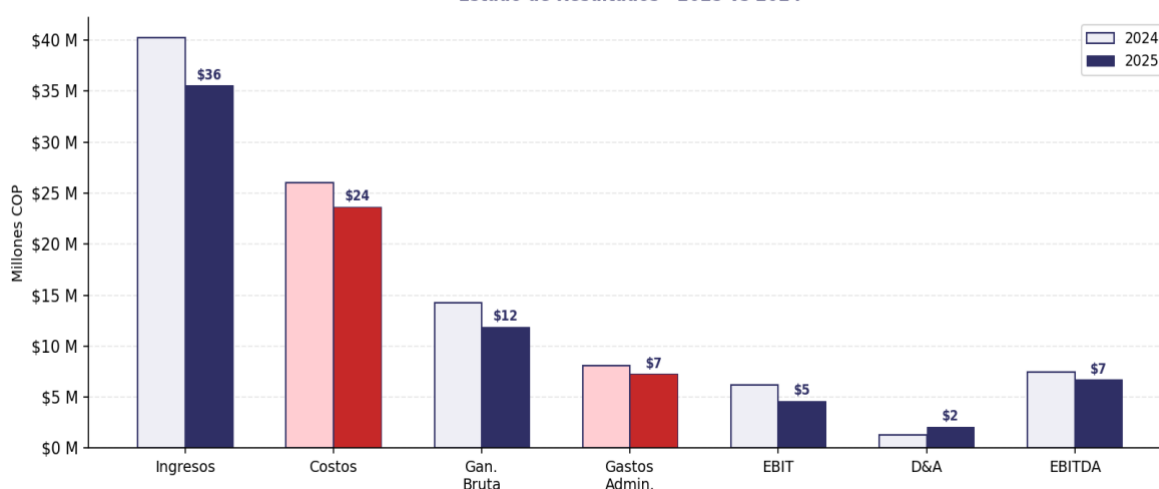
8.2. Estado de Resultados Integral

La vigencia 2025 refleja una institución que, a pesar de operar con ingresos un 11,6% inferiores a 2024, logró mejorar su utilidad neta en un 29,4% y sostener su margen EBITDA en el 18,90%, gracias a una gestión más rigurosa del gasto y una reducción significativa de los gastos no operacionales.

Concepto	2025 (M)	2024 (M)	Variación
Ingresos de Actividades Ordinarias	\$35.556 M	\$40.228 M	-11,6%
(-) Costos por Servicios	\$23.682 M	\$26.001 M	-8,9%
GANANCIA BRUTA	\$11.874 M	\$14.227 M	-16,5%
(-) Gastos Administrativos	\$7.265 M	\$8.064 M	-9,9%
EBIT (Resultado de Operación)	\$4.609 M	\$6.163 M	-25,2%
(+) Ingresos Financieros	\$230 M	\$177 M	+29,9%
(-) Gastos Financieros	\$242 M	\$379 M	-36,2%
(-) Otros Gastos Netos	\$151 M	\$2.357 M	-93,6%
Del Resultado del Ejercicio	\$4.446 M	\$3.582 M	+24,1%
(-) Impuesto a las Ganancias	\$1.867 M	\$1.968 M	-5,1%
UTILIDAD DEL EJERCICIO	\$2.579 M	\$1.994 M	+29,4%

Concepto	2025 (M)	2024 (M)	Variación
(+) Depreciaciones y Amortizaciones	\$2.111 M	\$1.264 M	+67,0%
EBITDA	\$6.721 M	\$7.427 M	-9,5%
Margen EBITDA	18,90%	18,46%	+0,44 %

Estado de Resultados · 2025 vs 2024



Ingresos: la caída del 11,6% obedece principalmente a la reducción de la base poblacional del contrato POCAS (600 M en el año) y a la baja productividad del contrato Evento, afectada por glosas y devoluciones.

EBIT: calculado como Ganancia Bruta menos Gastos Administrativos (\$11.874 M - \$7.265 M = \$4.609 M), sin incluir otros ingresos no operacionales. Refleja la rentabilidad pura de la operación asistencial y administrativa.

EBITDA y margen: el EBITDA de \$6.721 M incorpora depreciaciones (\$1.329 M) y amortización de intangibles (\$782 M), para un D&A total de \$2.111 M. El margen del 18,90% mejora ligeramente respecto al 18,46% de 2024 (+0,44 %), confirmando que la eficiencia operativa relativa se mantuvo a pesar del menor volumen de ingresos.

Otros gastos netos: se redujeron de \$2.357 M a \$151 M (-93,6%), contribuyendo de manera determinante a que la utilidad neta del ejercicio superara en un 29,4% a la de 2024.

8.3. Estado de Flujo de Efectivo

El flujo de efectivo del período confirma la solidez operativa de la institución: la generación de caja por actividades de operación fue de \$9.415 M, el efectivo neto aumentó en \$7.833 M y el saldo final de \$10.875 M cuadra exactamente con el Estado de Situación Financiera.

Actividad / Concepto	2025 (COP)	Impacto
ACTIVIDADES DE OPERACIÓN		
Utilidad del ejercicio + D&A	\$3.908.340.776	Generación
Cambios en capital de trabajo (recuperación cartera + anticipos)	\$5.506.241.752	Liberación
FLUJO NETO OPERATIVO	\$9.414.582.528	▲
ACTIVIDADES DE INVERSIÓN		
Adquisición PPE y otros activos netos	(\$193.397.048)	Salida neta
FLUJO NETO DE INVERSIÓN	\$193.397.048	▲
ACTIVIDADES DE FINANCIAMIENTO		
Distribución utilidades retenidas y saneamiento obligaciones	(\$1.775.096.635)	Salida

Actividad / Concepto	2025 (COP)	Impacto
FLUJO NETO DE FINANCIAMIENTO	(\$1.775.096.635)	▼
VARIACIÓN NETA EN EFECTIVO	\$7.832.882.941	▲
Efectivo inicial (01/ene/2025)	\$3.041.852.520	
EFFECTIVO FINAL (31/dic/2025)	\$10.874.735.462	✓ Cuadra ESF

Operación (\$9.415 M): la recuperación de cartera (\$6.733 M netos) y el incremento en anticipos recibidos de EPS (\$2.141 M) fueron los principales motores de la generación de caja operativa, más que compensando la reducción de ingresos facturados.

Inversión (+\$193 M): flujo neto positivo por la liberación de activos intangibles amortizados (\$782 M), frente a adquisición de PPE (\$280 M) y otros activos no corrientes (\$309 M).

Financiamiento (-\$1.775 M): salida neta por distribución de utilidades retenidas (\$1.393 M) y amortización de obligaciones bancarias y cuentas no corrientes (\$381 M). Los gastos financieros se redujeron un 36,2%, aliviando la carga sobre el flujo.

8.4. Estado de Cambios en el Patrimonio

Durante la vigencia 2025, el patrimonio de Caminos IPS S.A.S. registró un crecimiento neto de \$6.822 M, equivalente al 63,1% del saldo de apertura. No se registraron disminuciones patrimoniales en el período.

Concepto	Saldo 2024	Aumentos	Disminuciones	Saldo 2025
Capital suscrito y pagado	\$250 M	\$1.879 M	\$0	\$2.129 M
Prima en colocación de acciones	\$0	\$3.758 M	\$0	\$3.758 M

Concepto	Saldo 2024	Aumentos	Disminuciones	Saldo 2025
Reservas	\$236 M	\$0	\$0	\$236 M
Resultado del ejercicio	\$1.994 M	\$585 M	\$0	\$2.579 M
Excedentes de períodos anteriores	\$8.348 M	\$600 M	\$0	\$8.948 M
TOTAL PATRIMONIO	\$10.827 M	\$6.822 M	\$0	\$17.649 M

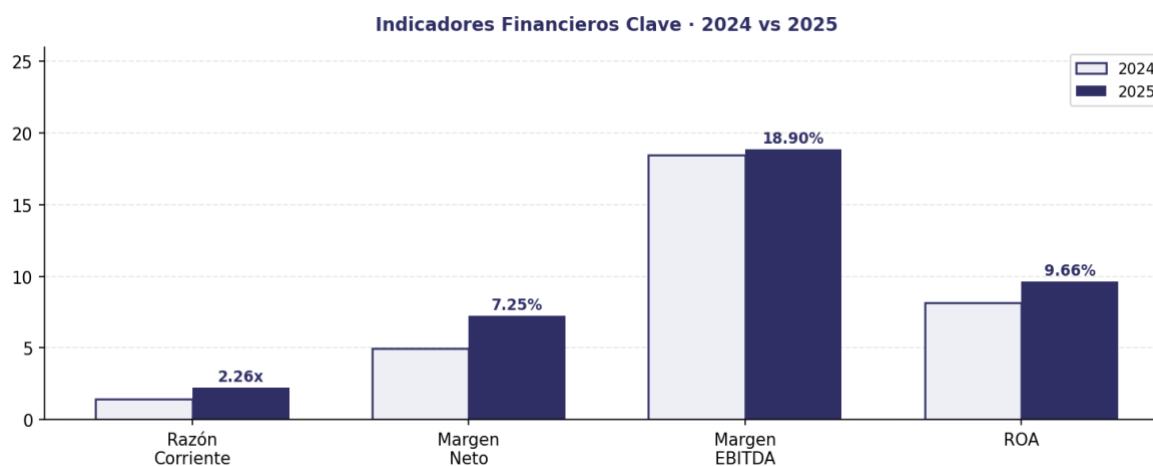
La capitalización (\$5.637 M en capital y prima) fue el movimiento más relevante del período. Este proceso fortaleció la estructura patrimonial, impulsando un crecimiento del patrimonio de \$6.822 M.

Los porcentajes de participación accionaria fueron redefinidos, consolidando la base de capital para el desarrollo sostenible de la institución. La generación de utilidades del ejercicio (\$2.579 M, +29,4%) y la aplicación de excedentes anteriores (\$600 M) completaron el crecimiento patrimonial.

8.5. Indicadores Financieros

Indicador	Fórmula	2025	2024	Variación	Lectura
Razón Corriente	AC / PC	2,26	1,46	+0,80	▲ Mejoró
Nivel de Endeudamiento	Pasivos / Activos	33,9%	55,6%	-21,7 %	▼ Sólida
Margen Neto	Utilidad / Ingresos	7,25%	4,96%	+2,29 %	▲ Creció

Indicador	Fórmula	2025	2024	Variación	Lectura
Margen EBITDA	EBITDA / Ingresos	18,90%	18,46%	+0,44 %	▲ Creció
ROA	Utilidad / Activos	9,66%	8,18%	+1,48 %	▲ Mejoró



Razón Corriente (2,26): por cada peso de obligación corriente, la institución dispone de \$2,26 en activos corrientes. La mejora de 1,46 en 2024 a 2,26 en 2025 refleja la capitalización y la recuperación de efectivo.

ROA (9,66%): por cada \$100 invertidos en activos, la institución generó \$9,66 de utilidad neta, mejorando respecto al 8,18% de 2024.

Endeudamiento (33,9%): reducción de 21,7 % con todas las obligaciones de carácter corriente, sin deuda financiera de largo plazo.

8.6. Gestión Presupuestal

8.6.1. Ejecución de Ingresos

Período	Presupuesto	Ejecutado	Desviación	% Ejecución
I Trimestre	\$9.500 M	\$8.914 M	-\$586 M	93,8%
II Trimestre	\$9.800 M	\$9.214 M	-\$586 M	94,0%
III Trimestre	\$9.600 M	\$8.895 M	-\$705 M	92,7%
IV Trimestre	\$9.200 M	\$8.533 M	-\$667 M	92,8%
ANUAL 2025	\$38.100 M	\$35.556 M	-\$2.544 M	93,3%

La ejecución de ingresos del 93,3% se ubicó por debajo de la meta del 95%, con una brecha acumulada de \$2.544 M. Los factores determinantes fueron la reducción de la base poblacional del contrato POCAS (\$600 M en el año), la menor productividad del contrato Evento y el impacto de glosas y devoluciones no resueltas. En el III Trimestre se activó un plan de acción con mesa técnica EPS y auditoría previa de cuentas, cuyos resultados se reflejarán en 2026.

8.6.2. Ejecución de Costos y Gastos

Período	Presupuesto	Ejecutado	Desviación	% Ejecución
I Trimestre	\$8.200 M	\$8.460 M	+\$260 M	103,2%
II Trimestre	\$8.200 M	\$7.780 M	-\$420 M	94,9%
III Trimestre	\$8.100 M	\$6.790 M	-\$1.310 M	83,8%
IV Trimestre	\$8.000 M	\$7.647 M	-\$353 M	95,6%
ANUAL 2025	\$32.500 M	\$30.677 M	-\$1.823 M	94,4%

La ejecución anual del 94,4% estuvo levemente por debajo de la meta (95%–100%). La sobre ejecución del I Trimestre (103,2%) se explica por la provisión trimestral del impuesto de renta (\$957 M en marzo). La subejecución del III Trimestre (83,8%) refleja la racionalización del gasto ante la caída de ingresos, contribuyendo al sostenimiento del margen EBITDA.

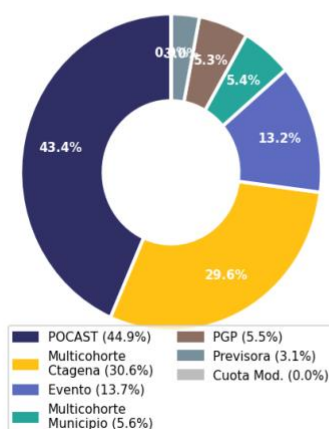
8.7. Facturación por Contrato y radicación - Año 2025

La facturación total fue de \$35.556 M con radicación del 100% ante las entidades pagadoras. Los contratos POCAST (44,89%) y Multicohorte Cartagena (30,58%) concentran el 75,47% del total, lo que representa un riesgo estratégico ante posibles modificaciones contractuales en estas líneas.

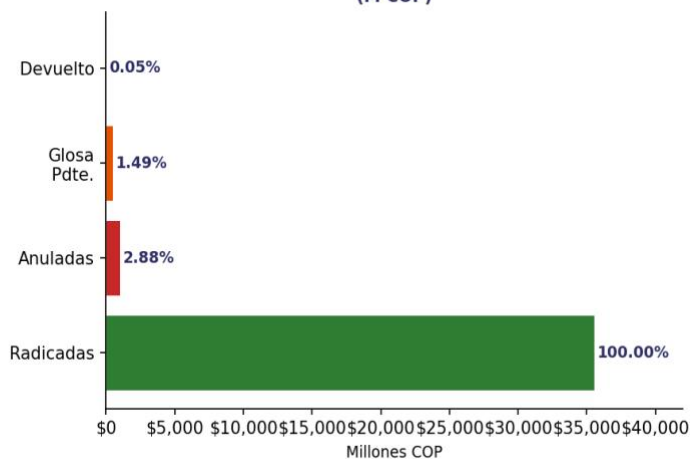
Contrato	Facturación	Radicadas	% Part.	Anuladas	Glosa Pdte.	% Radicación
Cuota Moderadora	5,41	5,41	0,02%	0,06	0,00	100,00%

Contrato	Facturación	Radicadas	% Part.	Anuladas	Glosa Pdte.	% Radicación
Multicohorte Ctagena	10.872,50	10.872,50	30,58%	0,00	0,00	100,00%
Multicohorte Municipio	1.996,65	1.996,65	5,62%	0,17	0,00	100,00%
Pago Global Prospectivo	1.954,45	1.954,45	5,50%	152,85	0,00	100,00%
Pago por Servicio Evento	4.864,72	4.864,72	13,68%	156,75	529,72	100,00%
POCAST	15.962,54	15.962,54	44,89%	0,00	0,00	100,00%
Previsora	1.109,37	1.109,37	3,12%	715,78	0,00	100,00%
TOTAL GENERAL	35.556,37	35.556,37	100,00%	1.025,60	529,72	100,00%

Composición de Facturación 2025



Radicación y Novedades (M COP)



8.8. Cumplimiento de Reportes Normativos

Reporte	Entidad	Frecuencia	Período	Estado	Observación
RIPS	Supersalud	Mensual	Ene-Dic 2025	✓ Cumplido	Sin observaciones
Estados Financieros NIIF	Supersalud	Anual	Dic 2025	✓ Presentados	Corte 31/12/2025
Informe de Gestión	Supersalud	Anual	Abril 2026	✓ En proceso	El presente documento
Facturación Electrónica	DIAN	Mensual	Ene-Dic 2025	✓ Cumplido	Sin rechazos
Declaración / Rte.Fuente - Reteica	DIAN - ALCALDIA	Bimestral	2025	✓ Sin mora	Paz y salvo
Declaración Renta 2025 e información exógena	DIAN	Anual	Abr 2026	⌚ Pendiente	En preparación
Reporte SARLAFT	Supersalud	Semestral	Jun/Dic 2025	✓ Cumplido	Sin observaciones
Reportes Circular Externa 016 de 2016	Supersalud	Semestral	Dic 2025	✓ Cumplido	Sin rechazos

Caminos IPS S.A.S. mantiene al día sus obligaciones de reporte ante los entes de control y vigilancia. No se registran sanciones, multas ni procesos administrativos sancionatorios ante Supersalud, DANE o DIAN en la vigencia 2025. La declaración de renta del período gravable 2025 e información exógena tiene vencimiento en abril de 2026 se encuentra en proceso de preparación por parte del equipo contable y tributario.

9. GESTIÓN INTEGRAL ADMINISTRADOR DE RIESGO - SIAR

9.1 CONTEXTO GENERAL DE LA GESTIÓN 2025

La gestión del SIAR durante 2025 se desarrolló sobre una base institucional previamente formalizada, dentro de la cual se destacan la actualización y aprobación de manuales, políticas y documentos clave para la operación del sistema, así como la integración metodológica entre la NTC ISO 9001:2015 y el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Esta combinación permitió fortalecer la identificación, valoración, priorización y tratamiento de los riesgos con un enfoque preventivo y técnico.

Durante el año se mantuvo un enfoque integral que vinculó los riesgos en salud, operacionales, financieros, de lavado de activos y financiación del terrorismo, y de corrupción, opacidad y fraude, favoreciendo la articulación entre procesos misionales, administrativos y de apoyo.

9.2 GESTIÓN DESARROLLADA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2025

- Actualización del manual del subsistema de riesgos en salud.
- Formulación del POA con enfoque de riesgo por procesos y definición del cronograma de capacitación del Gestor SIAR.
- Presentación del repositorio documental del SIAR como herramienta de orden y trazabilidad.
- Desarrollo de talleres de Gobierno Corporativo, SICOF, SARLAFT y SARO.
- Actualización de manuales de riesgos financieros, especialmente crédito, liquidez y actuarial.
- Presentación de los estudios IBEAS y ENEAS como soporte técnico para la identificación y prevención de riesgos en salud.
- Revisión de medidas del Código de Ética y Buen Gobierno y de su cronograma de implementación.
- Desarrollo del taller de Plan de Continuidad del Negocio y diseño de la Matriz de Análisis de Impacto al Negocio (BIA).
- Socialización de la matriz de riesgo institucional actualizada y de manuales financieros.

De manera complementaria, durante julio de 2025 la institución se encontraba en fase de entrega y socialización de las propuestas de matrices de riesgos por procesos con los líderes institucionales,

incluyendo gestión de mejora continua, atención integral y gestión del riesgo, referencia y contrarreferencia, atención ambulatoria, servicio farmacéutico, logística, TIC, gestión humana, financiera, experiencia del usuario, direccionamiento estratégico y Oficial de Cumplimiento de SARLAFT. Esta etapa permitió validar riesgos, variables, controles y mapas de calor inherentes antes de iniciar el seguimiento sistemático.

9.3 GESTIÓN DESARROLLADA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2025

Durante el segundo semestre la gestión evolucionó desde la fase de estructuración hacia una etapa de consolidación operativa. En este periodo se fortalecieron los controles, se ajustaron matrices de riesgo, se realizó seguimiento a riesgos críticos y se evidenció una mayor articulación entre los responsables institucionales y los equipos técnicos.

- Fortalecimiento del Subsistema de Riesgo en Salud mediante optimización de controles sobre registros asistenciales, ajuste de matrices AMFE y seguimiento mensual a riesgos críticos.
- Consolidación del Subsistema de Riesgo Operacional con mayor control sobre soportes, accesos, continuidad operativa y registro sistemático de incidentes.
- Maduración de los subsistemas de riesgos financieros mediante ajuste metodológico de matrices, uso de variables de sensibilidad y pruebas de estrés, y mayor involucramiento de la Dirección Financiera.
- Actualización de escenarios y controles en SARLAFT/FPADM, así como mejora en alertas y seguimiento transaccional.
- Avances en SICOF y PTEE a través de la actualización del mapa de riesgos de corrupción, fortalecimiento de mecanismos de denuncia y mayor participación de mandos medios.
- Uso de mapas de calor inherente y residual como herramienta de análisis institucional para valorar la eficacia de los controles y priorizar acciones.
- Fortalecimiento de los canales de reporte de eventos potenciales y materializados a través de página web, correo electrónico, formularios digitales y medios físicos.

9.4 RESULTADOS CONSOLIDADOS POR SUBSISTEMA

Subsistema	Resultado consolidado 2025
Riesgo en salud	Se observó una evolución favorable, reflejada en la disminución de vacíos documentales, mayor adherencia a guías y protocolos, ajuste de matrices AMFE por procesos asistenciales y mejor seguimiento de

	riesgos críticos. Los controles clínicos y administrativos permitieron reducir la criticidad del riesgo residual.
Riesgo operacional	Se fortaleció el enfoque preventivo mediante el registro y análisis de incidentes, mejores controles tecnológicos, consolidación del Plan de Continuidad del Negocio y utilización de la matriz BIA para priorizar impactos.
Riesgos financieros	Se logró mayor formalización metodológica y operativa de los subsistemas de liquidez, crédito, actuarial y mercado, con herramientas más robustas para análisis de cartera, flujo de caja y proyecciones financieras.
SARLAFT / FPADM	Se avanzó en el ajuste de factores de riesgo, actualización de controles, implementación de alertas y fortalecimiento del rol del Oficial de Cumplimiento.
SICOF y PTEE	Se fortalecieron el mapa de riesgos de corrupción, los mecanismos de reporte y denuncia, y la apropiación institucional del Código de Ética y Buen Gobierno y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

9.5 BALANCE CONSOLIDADO DE MAPAS DE CALOR

El análisis anual de los mapas de calor muestra que durante el primer semestre la institución se encontraba en una etapa de identificación y socialización del riesgo inherente, con alta concentración de riesgos en niveles medio y alto. A cierre del segundo semestre, la valoración residual evidenció un desplazamiento del perfil de riesgo hacia niveles de menor criticidad, resultado asociado al fortalecimiento de controles y al seguimiento realizado por los responsables de proceso y subsistema.

Ámbito	Corte inicial 2025	Cierre 2025	Lectura consolidada
Global	118 riesgos: 42% altos y 58% medios.	125 riesgos residuales: 8% altos, 65% medios y 27% bajos.	Se evidencia reducción importante del riesgo alto y mayor control institucional.
Asistencial	58 riesgos: 43% altos, 45% medios y 12% bajos.	41 riesgos residuales: 0% altos, 85% medios y 15% bajos.	Se eliminaron los riesgos altos residuales del proceso asistencial.

Administrativo	40 riesgos: 40% altos, 52% medios y 8% bajos.	67 riesgos residuales: 9% altos, 61% medios y 31% bajos.	Mejora significativa de controles y mayor estabilidad de procesos de apoyo.
Financiero	15 riesgos: 40% altos y 60% medios.	15 riesgos residuales: 27% altos, 27% medios y 47% bajos.	Se fortaleció la anticipación frente a escenarios financieros adversos.

9.6 CANALES DE REPORTE Y CULTURA INSTITUCIONAL

A lo largo de la vigencia se fortalecieron los canales institucionales de reporte de eventos potenciales y materializados, incluyendo medios web, correo electrónico, formularios digitales y medios físicos. En particular, se reforzó el canal de denuncias asociado a corrupción, opacidad y fraude, la trazabilidad del reporte de eventos operacionales y el flujo de notificación de sucesos de seguridad del paciente. Este avance favoreció la detección temprana, la trazabilidad, el análisis de causas y la retroalimentación a las áreas responsables, aportando al fortalecimiento de la cultura de prevención, transparencia y mejora continua.

9.7 CONCLUSIÓN CONSOLIDADA DE LA VIGENCIA 2025

La gestión desarrollada durante 2025 evidencia que Caminos IPS S.A.S. avanzó de manera significativa en la consolidación del SIAR. El primer semestre permitió estructurar la base metodológica, documental y organizacional del sistema, mientras que el segundo semestre mostró resultados asociados a la implementación efectiva de controles, el seguimiento de riesgos y la maduración de los subsistemas.

En términos globales, la vigencia cerró con una mejora en la capacidad institucional para identificar, valorar, monitorear y mitigar riesgos, así como con una reducción del nivel de criticidad del riesgo residual en los procesos asistenciales, administrativos y financieros. Persisten oportunidades de fortalecimiento relacionadas con el seguimiento de riesgos residuales medios, la consolidación de evidencias documentales en algunos subsistemas y la medición continua de la efectividad de los controles; no obstante, el balance anual es favorable y confirma que la institución cuenta con un SIAR funcional, articulado y en proceso de maduración.

10. GESTIÓN DE EXPERIENCIA AL USUARIO

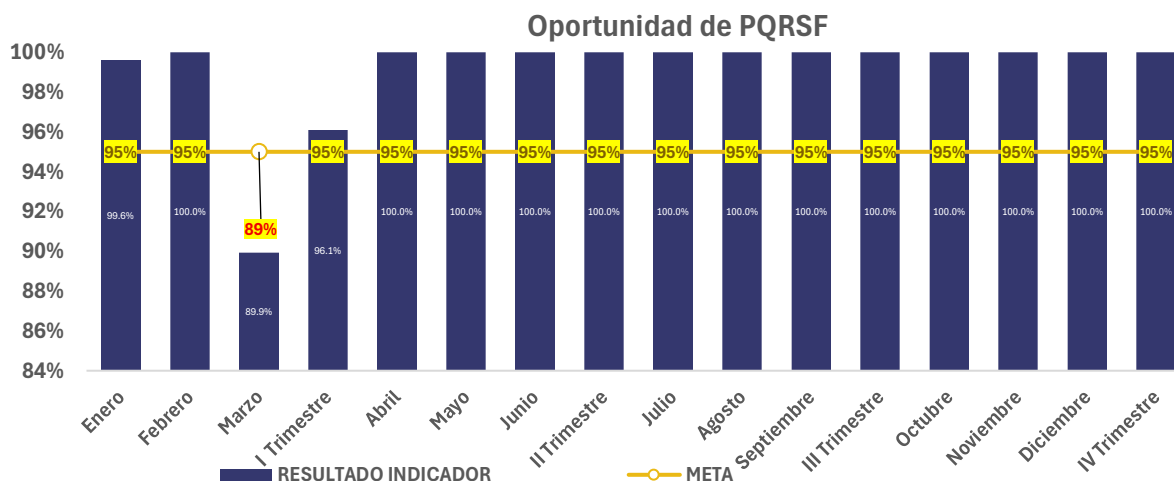
10.1 GESTIÓN DE EXPERIENCIA AL USUARIO

Para CAMINOS IPS, garantizar una experiencia positiva en la prestación de los servicios de salud constituye un eje fundamental de su gestión. En este marco, se disponen mecanismos orientados a consolidar y racionalizar el compromiso con el usuario, entre los cuales se encuentra el Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades (PQRSF).

Este sistema tiene como finalidad la recepción, seguimiento y gestión oportuna de las solicitudes, permitiendo a la institución identificar oportunidades de mejora, formular estrategias de intervención y fortalecer los procesos de atención, en concordancia con el principio de mejora continua y el impacto positivo en la satisfacción de los usuarios internos y externos.

10.1.1 INDICADORES TRAZADORES DE EXPERIENCIA AL USUARIO OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE PQRSF

Este indicador tiene como propósito evaluar el cumplimiento de la oportunidad en la gestión de las PQRSF, conforme a los tiempos de respuesta establecidos. Para el año 2025, el análisis evidencia una tendencia favorable en el cumplimiento de los plazos de atención de las solicitudes recibidas en la IPS. La medición de la oportunidad en la gestión de los reclamos se realiza de acuerdo con la clasificación definida por la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a lo establecido en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, como parte del seguimiento al desempeño institucional en la experiencia del usuario.



Resultados indicador Oportunidad en la gestión de PQRSF de enero a diciembre del año 2025

Al realizar la desagregación del indicador de Gestión de oportunidad, se presenta los resultados agrupados así:

- Quejas y reclamos
- Peticiones y sugerencias
- Felicitaciones

A continuación, se evidencian resultados por cada grupo:

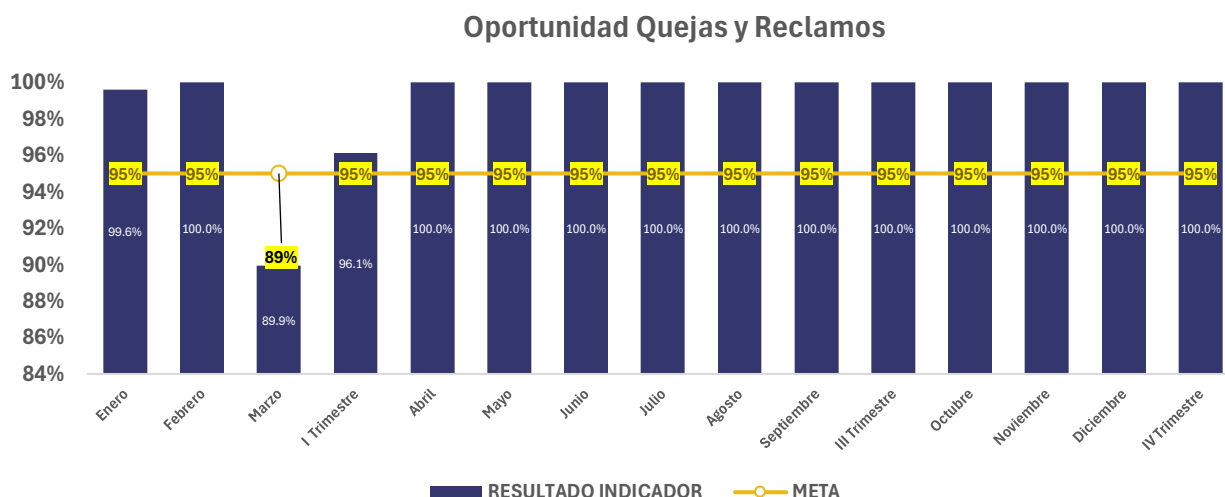
10.1.2 OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

El comportamiento del indicador de oportunidad en la gestión de Quejas y Reclamos evidencia que el 100 % de los requerimientos de los usuarios fueron gestionados durante el período evaluado, en cumplimiento de los lineamientos institucionales y de la normatividad vigente aplicable al Sistema de Atención al Usuario, conforme a lo establecido en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

No obstante, se identificaron variaciones en el desempeño mensual del indicador, particularmente en el mes de marzo, en el cual se alcanzó un 89 % de cumplimiento, situándose por debajo de la meta institucional definida en el 95 %. Dicho resultado obedeció a causales de carácter operativo y administrativo, las cuales fueron debidamente identificadas, analizadas y documentadas en el marco del proceso de mejora continua.

En atención a lo anterior, se implementaron acciones correctivas y planes de mejora, orientados al fortalecimiento de los procedimientos de gestión, seguimiento y control de las PQRSF, lo que permitió

evidenciar una mejoría significativa y sostenida a partir del segundo trimestre, alcanzando el cumplimiento de la meta establecida en los meses posteriores.



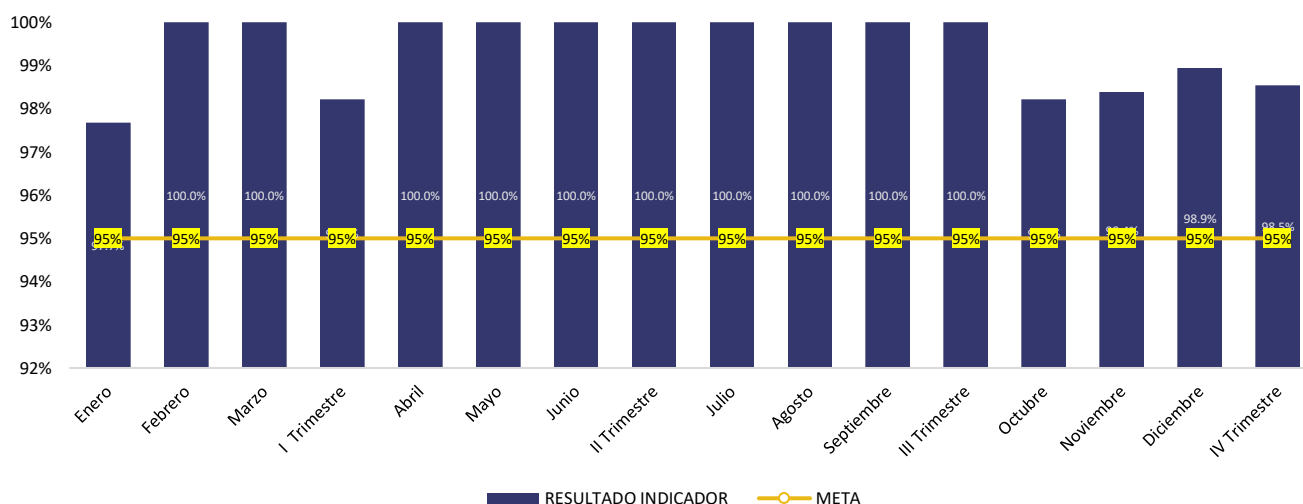
Resultados indicador Oportunidad en la gestión de Quejas y Reclamos en el año 2025

10.1.3 OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE PETICIONES Y SUGERENCIAS

El análisis de la oportunidad en la gestión de Peticiones y Sugerencias evidencia un desempeño favorable durante la vigencia 2025, reflejando la consolidación de un proceso de mejora en la atención al usuario. Durante este período, la IPS logró la gestión del 100 % de las peticiones y sugerencias recibidas, cumpliendo de manera consistente con la meta institucional establecida, la cual se mantuvo durante todos los meses del año.

Este resultado ha permitido la implementación de acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de los procesos y servicios institucionales, contribuyendo al fortalecimiento de la relación con los usuarios y a la consolidación de una experiencia de atención positiva, conforme a los lineamientos de calidad definidos (ver Gráfico 3).

Oportunidad en la gestión de Peticiones y Sugerencias

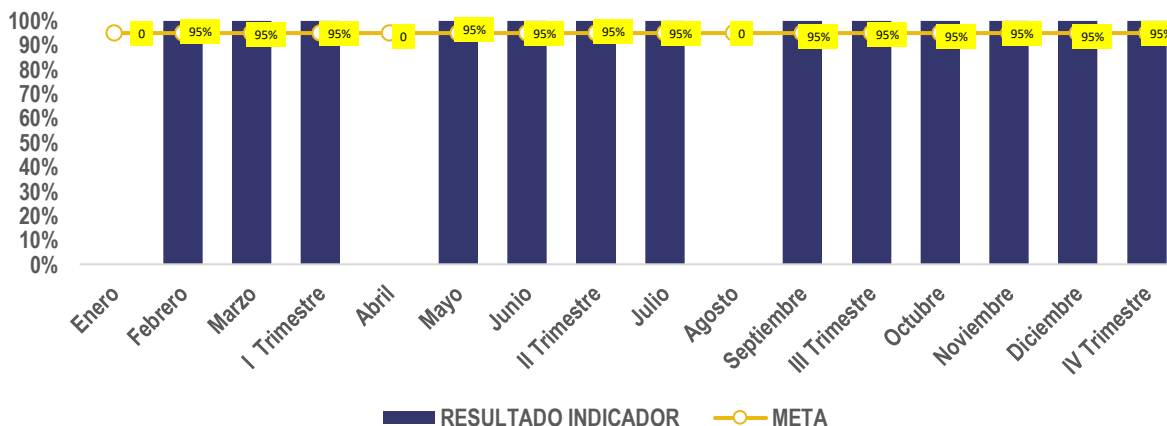


Resultados indicador Oportunidad en la gestión de Peticiones y Sugerencias del año 2025.

10.1.4 OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE FELICITACIONES

Durante la vigencia 2025, Caminos IPS registró la recepción de felicitaciones en meses específicos del período evaluado, lo cual constituye un indicador cualitativo de reconocimiento por parte de los usuarios frente a la atención recibida. Si bien este tipo de manifestaciones no presenta una frecuencia constante, las felicitaciones evidencian experiencias positivas asociadas a la calidad del servicio y al trato brindado.

En respuesta a este comportamiento, la IPS implementó acciones orientadas al fortalecimiento de la experiencia del usuario, enfocadas en la humanización de la atención, la mejora de la comunicación y la promoción de los canales disponibles para la expresión de la satisfacción. Estas estrategias contribuyen al fortalecimiento del enfoque de mejora continua y al cumplimiento de los lineamientos institucionales en materia de experiencia del usuario.



Resultados indicador Oportunidad en la gestión de Felicitaciones del año 2025.

10.1.5 CANALES DE RADICACIÓN

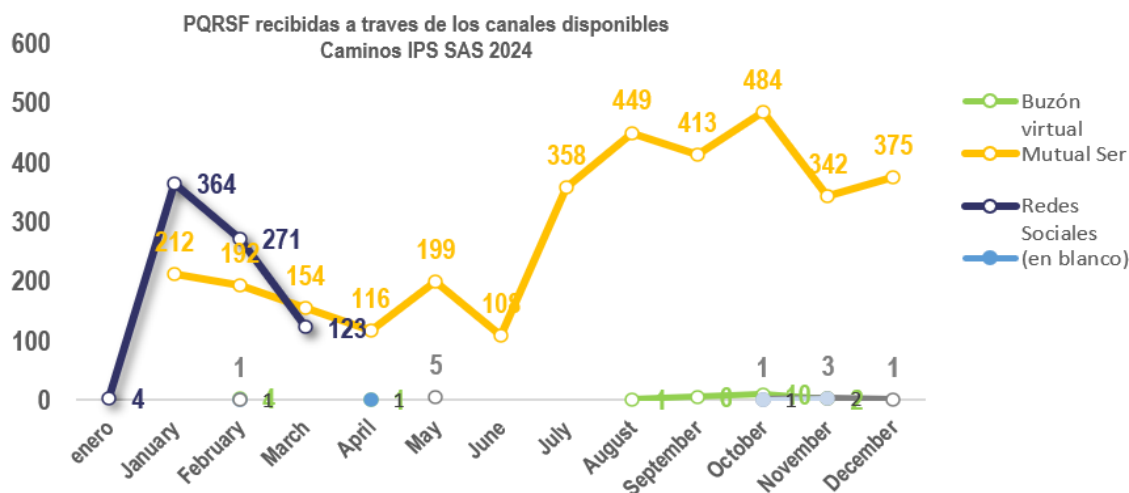
El análisis de los canales de radicación de las PQRSF evidencia una mayor utilización de los canales digitales, destacándose el Aplicativo Mutual Ser y Supersalud como los principales medios de presentación de solicitudes durante la vigencia evaluada. Estos canales concentran la mayor parte de las raditaciones, reflejando la preferencia de los usuarios por mecanismos ágiles y de fácil acceso.

Por su parte, los canales correo de citas, atención personal y buzón de sugerencias presentan una participación menor y estable, manteniéndose como alternativas complementarias que garantizan el acceso de los usuarios a diferentes medios de comunicación, conforme a los lineamientos de atención y experiencia del usuario.

Análisis de gestión (2024 Vs 2025)

La reducción del 12,1 % en el volumen de PQRSF entre 2024 y 2025 evidencia una mejora en la gestión institucional de CAMINOS IPS, asociada al fortalecimiento de los procesos de atención, comunicación y resolución oportuna de solicitudes. Este comportamiento sugiere un impacto positivo de las acciones de mejora implementadas, orientadas a prevenir recurrencias, optimizar la experiencia del usuario y elevar la efectividad operativa. En conjunto, el descenso refleja una madurez progresiva en la gestión del servicio y contribuye a consolidar el posicionamiento institucional de CAMINOS IPS en términos de calidad y satisfacción del usuario.

En el año del 2024 se gestionaron **4.205 PQRSF**, recibidas así:



Para el año 2025 se procesaron **3.695 PQRSF**, recibidas así:

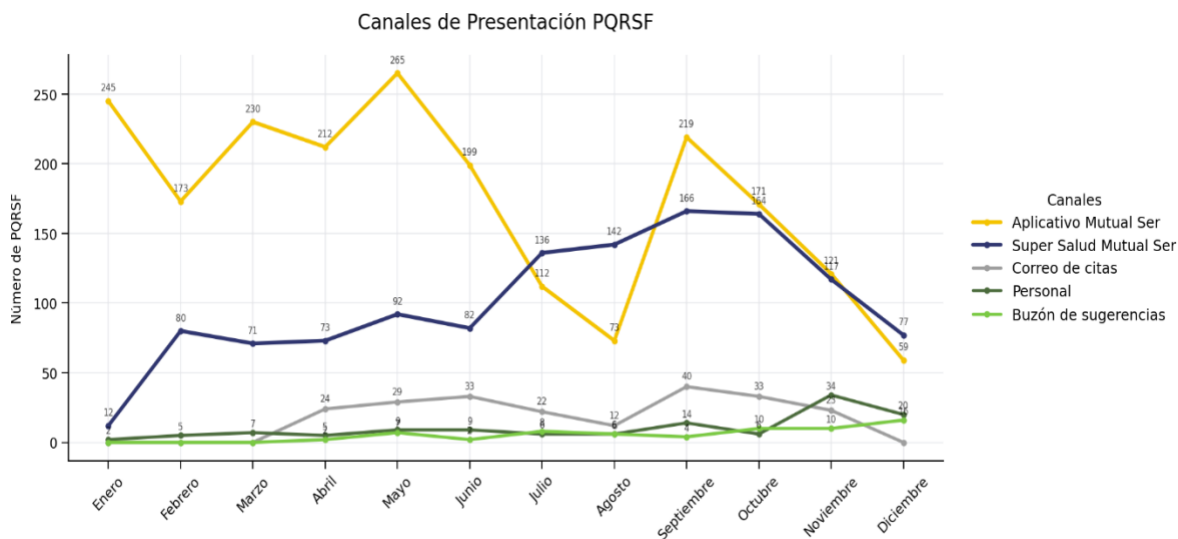


Gráfico 5. Comportamiento de las PQRSF según en el año 2025.

Participación por canal (calculada sobre 3.695 solicitudes)

- **Aplicativo Mutual Ser:** 2.079 (56,3 %)
- **Super Salud Mutual Ser:** 1.212 (32,8 %)
- **Correo de citas:** 216 (5,8 %)
- **Personal:** 123 (3,3 %)
- **Buzón de sugerencias:** 65 (1,8 %)

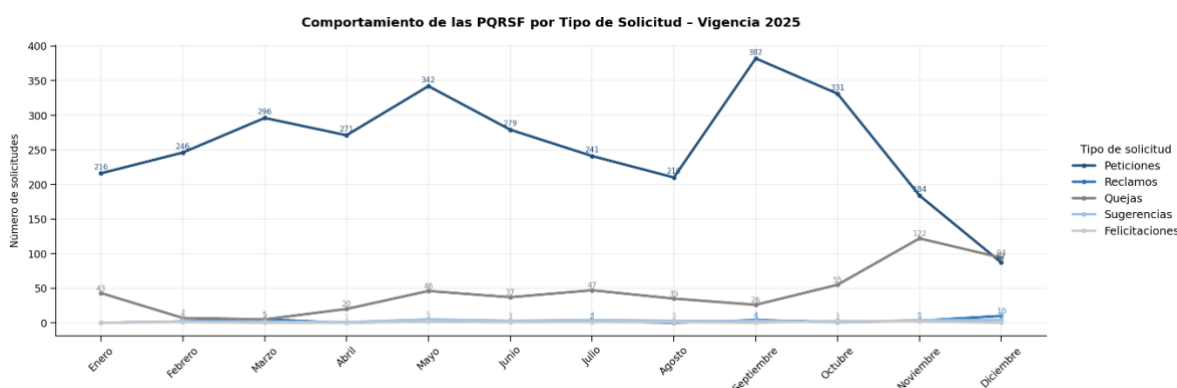
Análisis del porcentaje de participación por canal – PQRSF

La participación por canal evidencia el impacto de las acciones implementadas por CAMINOS IPS para fortalecer el acceso y la gestión de las PQRSF, reflejando una mayor apropiación de los canales institucionales por parte de los usuarios. Este comportamiento respalda el posicionamiento de la institución como un referente en organización, accesibilidad y gestión efectiva de la comunicación con los usuarios, en coherencia con los lineamientos de atención integral y mejora continua.

10.1.6 COMPORTAMIENTO DE LAS PQRSF

Tipo de solicitud	Cantidad	Proporción (%)
Reclamo	3.085	83,5 %
Petición	537	14,5 %
Queja	32	0,9 %
Felicitaciones	30	0,8 %
Sugerencia	11	0,3 %
Total general	3.695	100 %

La distribución evidencia que los reclamos concentran la mayor proporción de las solicitudes recibidas (83,5 %), constituyéndose en el principal insumo para el análisis y fortalecimiento de los procesos institucionales. Las peticiones representan el 14,5 %, reflejando una participación relevante en la gestión de requerimientos por parte de los usuarios. Por su parte, las quejas, sugerencias y felicitaciones, con una participación conjunta inferior al 2 %, se mantienen como mecanismos complementarios que aportan información cualitativa para la evaluación de la experiencia del usuario y la mejora continua del servicio.



Comportamiento de las PQRSF según en el año 2025.

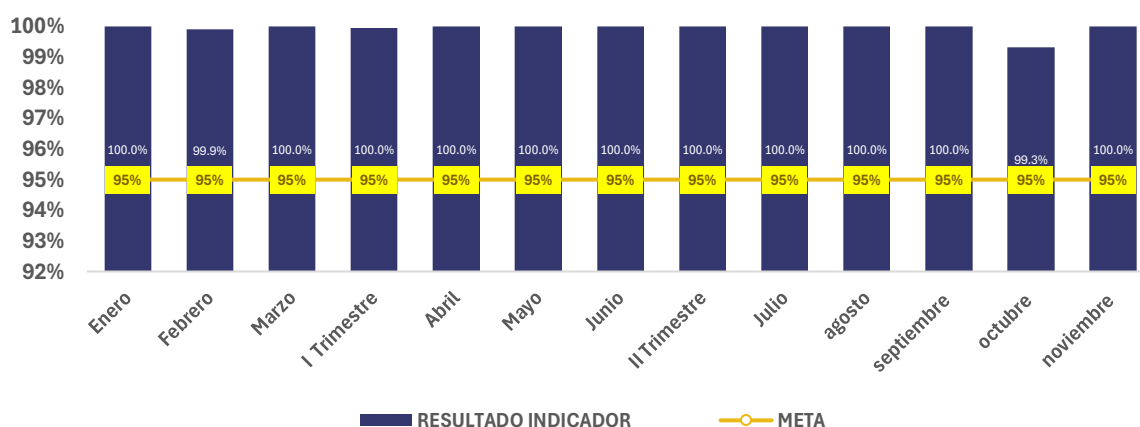
10.1.7 PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS EN EL 2025

La satisfacción global de los usuarios constituye un indicador estratégico para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, en la medida en que refleja de manera directa la percepción de los usuarios frente a la atención recibida y tiene un impacto significativo en la sostenibilidad, reputación y credibilidad institucional de la IPS.

Durante las vigencias 2023 y 2024, la institución mantuvo niveles de satisfacción superiores al 99 %, evidenciando un desempeño consistente en la experiencia del usuario. En el año 2024, la satisfacción global alcanzó un 99,9 %, lo que representó un incremento de 0,2 puntos porcentuales frente al resultado obtenido en 2023 (99,7 %), manteniéndose ampliamente por encima de la meta institucional del 95 %.

Para la vigencia 2025, los resultados continúan evidenciando un nivel elevado de satisfacción global, manteniéndose por encima del 99 %, lo cual refleja la estabilidad del desempeño institucional y la efectividad de las acciones orientadas al fortalecimiento de la experiencia del usuario. Este comportamiento confirma la consolidación de prácticas enfocadas en la calidad, la oportunidad en la atención y la humanización del servicio, en concordancia con los estándares institucionales y normativos vigentes.

**Proporción de usuarios que recomendarían Caminos IPS a un familiar o amigos
2025**



10.1.8 Proporción de usuarios que recomendarían a Caminos IPS.

Durante la vigencia 2025 se aplicaron 6.041 encuestas, cuyos resultados confirman la estabilidad y sostenibilidad de elevados niveles de satisfacción y confianza de los usuarios, evidenciando una experiencia consistentemente favorable. Estos resultados reflejan la efectividad de las acciones institucionales implementadas y consolidan una percepción positiva del servicio, fortaleciendo el posicionamiento de CAMINOS IPS como una institución comprometida con la calidad y la mejora continua de la atención.

CONCLUSIÓN:

Durante el año 2025, la media nacional estimada para la gestión de PQRSF en IPS del sector salud se ubicó en un rango de oportunidad entre el 85 % y el 92 %, correspondiente a un nivel de gestión medio,

caracterizado por enfoques mayoritariamente reactivos y con oportunidades de fortalecimiento en análisis de causas y gestión preventiva.

En contraste, CAMINOS IPS mantuvo niveles de oportunidad superiores al 99 %, ubicándose más de 7 puntos porcentuales por encima del límite superior de la media nacional, consolidándose dentro del grupo de IPS con alto desempeño en la gestión de la experiencia del usuario. Este diferencial refleja no solo el cumplimiento de los tiempos normativos, sino una capacidad operativa superior para gestionar de manera eficiente, sostenida y estructurada las solicitudes de los usuarios, incluso en escenarios de alta demanda.

Este comportamiento respalda la efectividad de las estrategias institucionales orientadas a la calidad, la humanización de la atención y el fortalecimiento de la experiencia del usuario.

Impacto frente al comportamiento sectorial

En un contexto nacional donde el volumen de PQRS en el sistema de salud se mantiene elevado, el desempeño de CAMINOS IPS adquiere mayor relevancia, al evidenciar que es posible:

- Mantener altos niveles de oportunidad, por encima de la media nacional.
- Reducir la frecuencia de quejas, a diferencia de la tendencia predominante del sector.
- Consolidar la gestión de PQRSF como un componente estratégico de la experiencia del usuario, y no únicamente como una obligación normativa.

Este comportamiento posiciona a CAMINOS IPS como referente positivo frente a la media nacional, demostrando una gestión diferenciada, sólida y alineada con los principios de calidad, humanización y mejora continua.

11. GESTIÓN LOGÍSTICA Y AMBIENTE FÍSICO

11.1 Indicadores de Gestión:

11.1.1 Control de Inventarios:

Descripción del comportamiento:

Una vez analizado el comportamiento del control de inventario en las diferentes bodegas durante el año 2025, y en el marco de la estrategia institucional orientada a minimizar el número de bodegas activas y operar con el menor stock posible evitando sobreinventarios, se concluye lo siguiente:

Cierre del año con avance significativo en la estrategia de minimización. A pesar de que durante gran parte del año se mantuvieron múltiples centros de almacenamiento (bodegas Santa Lucia, Olaya, Providencia, Gran Manzana y Laboratorio), al cierre de 2025 la operación logística se consolidó en solo 3 bodegas activas: Santa Lucia, Gran Manzana y Laboratorio; lo que representa una disminución del 40% en centros de almacenamiento, en línea con la directriz de minimizar bodegas.

La antigua Bodega Integral en sede Olaya, primeramente, fue trasladada a sede providencia, que representaba el mayor volumen de inventario durante el año, fue integrada físicamente a la sede de Bodega Gran Manzana, eliminando dos centros de almacenamiento independientes y optimizando el uso del espacio. Esta decisión permite reducir costos operativos, simplificar la gestión de inventarios y concentrar los recursos críticos en una sede principal.

Teniendo en cuenta la estrategia de minimización de stock se fortalece con la integración. La unión entre bodegas no solo reduce el número de bodegas, sino que permite una gestión más eficiente del inventario, eliminando duplicidades, concentrando la toma de decisiones y facilitando el control de los niveles de stock. Esto sienta las bases para avanzar hacia modelos de inventario reducido o justo a tiempo.

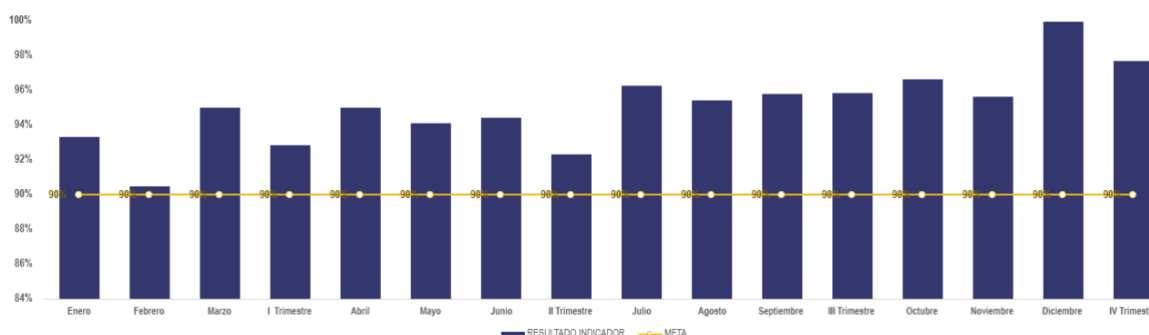
El Laboratorio se consolida como un centro especializado. Dada la naturaleza de los materiales reactivos, el laboratorio mantiene su operación como bodega independiente, pero con controles rigurosos y monitoreo financiero constante, dada su alta incidencia en los costos totales de inventario.

Aunque el cierre del año muestra resultados positivos en la reducción de bodegas, durante gran parte de 2025 la operación mantuvo un inventario disperso y volúmenes elevados. Esto evidencia la necesidad de planificar con mayor antelación los procesos de consolidación y definir niveles de stock máximos por sede.

11.1.2 Porcentaje de Cumplimiento de Requerimientos entregados a las diferentes áreas

Descripción del comportamiento:

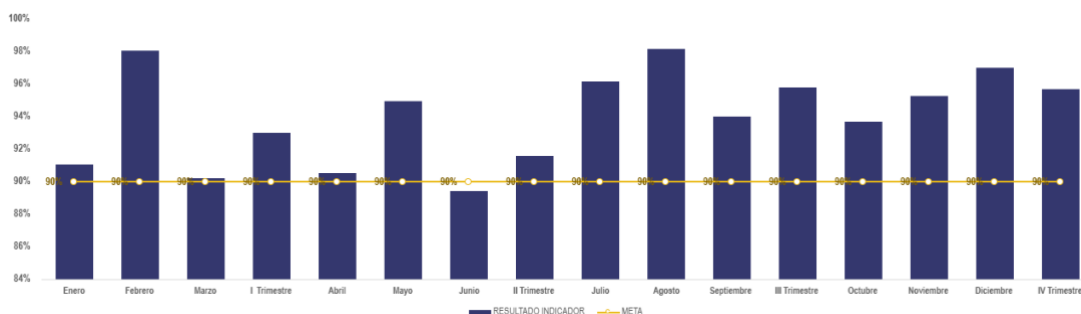
El indicador de cumplimiento de requerimientos entregados evidencia un desempeño global positivo durante 2025, con cierre de año por encima de la meta ajustada del 95%. Sin embargo, la recurrencia de desviaciones asociadas a proveedores críticos y a sedes distantes sugiere la necesidad de fortalecer la gestión de riesgos en la cadena de suministro, implementar planes de acción correctiva ante fallas sistemáticas y revisar las políticas de stock de seguridad para insumos de control especial.



11.1.3 Porcentaje de Insumos y Dispositivos médicos que cumplen con las especificaciones técnicas

Descripción del comportamiento:

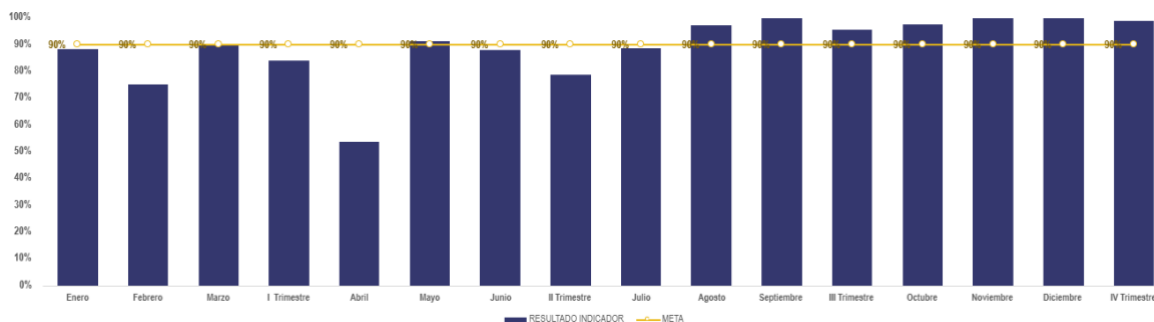
El indicador de cumplimiento de especificaciones técnicas de insumos y dispositivos médicos evidencia un desempeño global satisfactorio durante 2025, con un cierre acumulado anual superior al 90% de la meta. Sin embargo, la recurrencia de fallas asociadas a proveedores críticos, particularmente en lo relacionado con registros INVIMA vencidos y productos sustitutos no autorizados, constituye un riesgo para la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.



11.1.4 Porcentaje de Cumplimiento de mantenimientos correctivos de ambiente físico

Descripción del comportamiento:

El indicador de cumplimiento de mantenimientos correctivos de infraestructura evidencia una evolución positiva significativa durante 2025. Aunque el primer semestre presentó acumulados por debajo de la meta (84,21% y 78,82%), el segundo semestre consolidó un desempeño sólido (95,64% y 98,90%), con cierre perfecto en tres de los últimos cuatro meses del año.

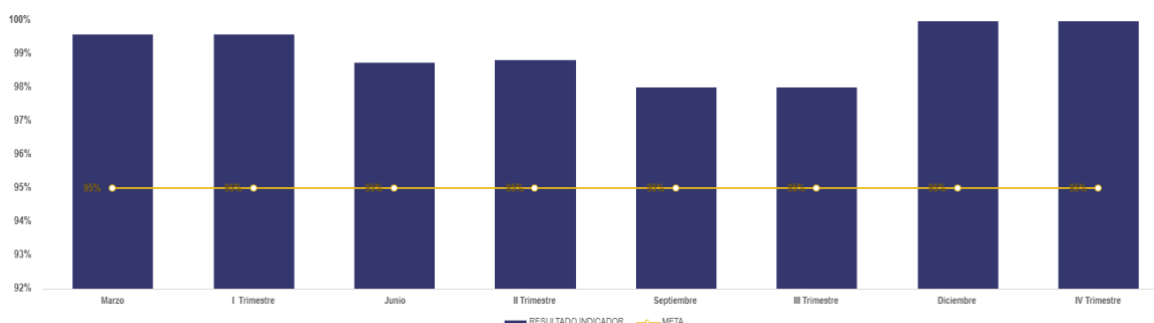


11.1.5 Porcentaje de Cumplimiento de los cronogramas de mantenimientos preventivos de equipos biomédicos

Descripción del comportamiento:

El indicador de cumplimiento de cronogramas de mantenimientos preventivos de equipos biomédicos evidencia un desempeño sobresaliente durante todo 2025, con resultados trimestrales del 99,60%, 98,82%, 98,01% y 100%, todos significativamente por encima de la meta del 90% e incluso superando la meta operativa del 95%. El cierre del año con un 100% en el cuarto trimestre, tras la directriz gerencial de elevar la meta al 100%, refleja una gestión eficaz y una capacidad de respuesta ejemplar.

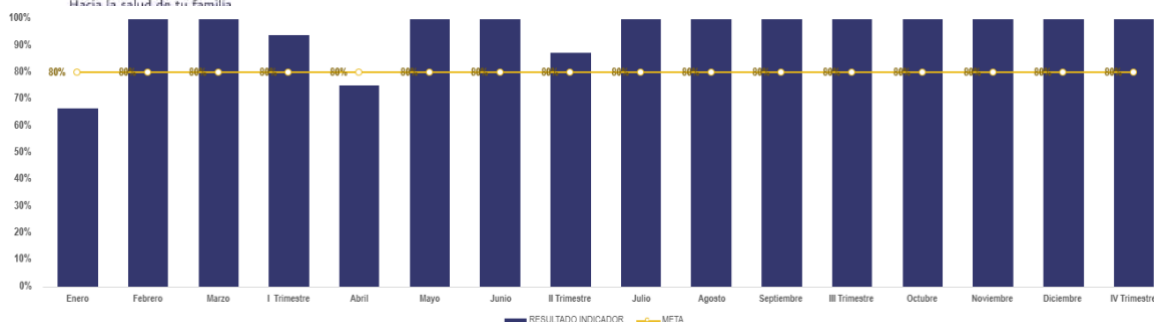
Las desviaciones identificadas fueron mínimas, puntuales y sin impacto en la disponibilidad de equipos para la atención de pacientes. Cabe resaltar que se detalló este año, que el mantenimiento preventivo de equipos biomédicos se realiza trimestralmente.



11.1.6 Porcentaje de Cumplimiento de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos

Descripción del comportamiento:

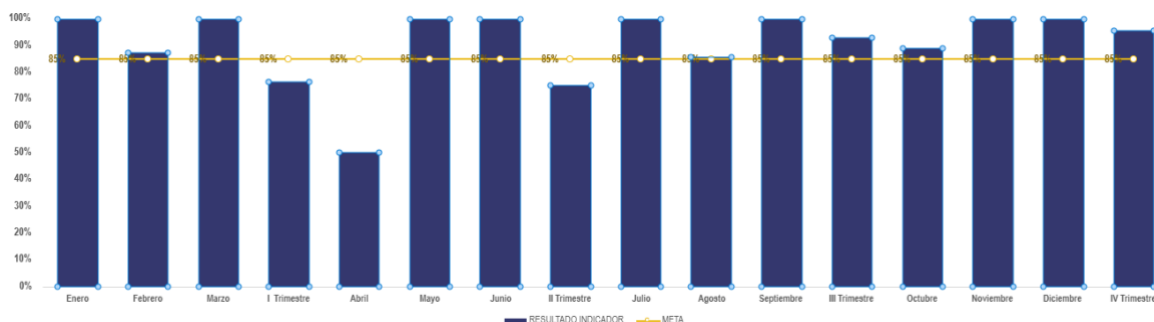
El indicador de cumplimiento de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos evidencia un desempeño sobresaliente durante 2025, con una clara tendencia de mejora y un cierre de año perfecto del 100% en el segundo semestre. A excepción de los meses de enero y abril, el indicador se mantuvo consistentemente por encima de la meta del 90%, con acumulados trimestrales que reflejan una gestión eficaz del proveedor de mantenimiento.



11.1.7 Oportunidad de mantenimientos correctivos de equipos Biomédicos

Descripción del comportamiento:

El indicador de oportunidad de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos evidencia un desempeño con tendencia de mejora significativa durante 2025, el segundo semestre consolidó un desempeño sólido, superando consistentemente el objetivo del 85% e incluso acercándose al 90% en los meses finales.



11.2. Conclusión

El análisis integral de la gestión logística y del ambiente físico durante el ejercicio 2025 revela una evolución institucional significativa hacia modelos de operación más eficientes y centralizados. La transición desde una estructura de bodegaje disperso hacia una plataforma consolidada en tres centros estratégicos ha reducido costos operativos y ha sentado las bases para esquemas de inventario ajustados y una mayor trazabilidad de los activos.

Desde una perspectiva técnico-gerencial, se destacan los siguientes hitos y desafíos estratégicos: Madurez en la gestión biomédica, Consolidación de infraestructura y activos.

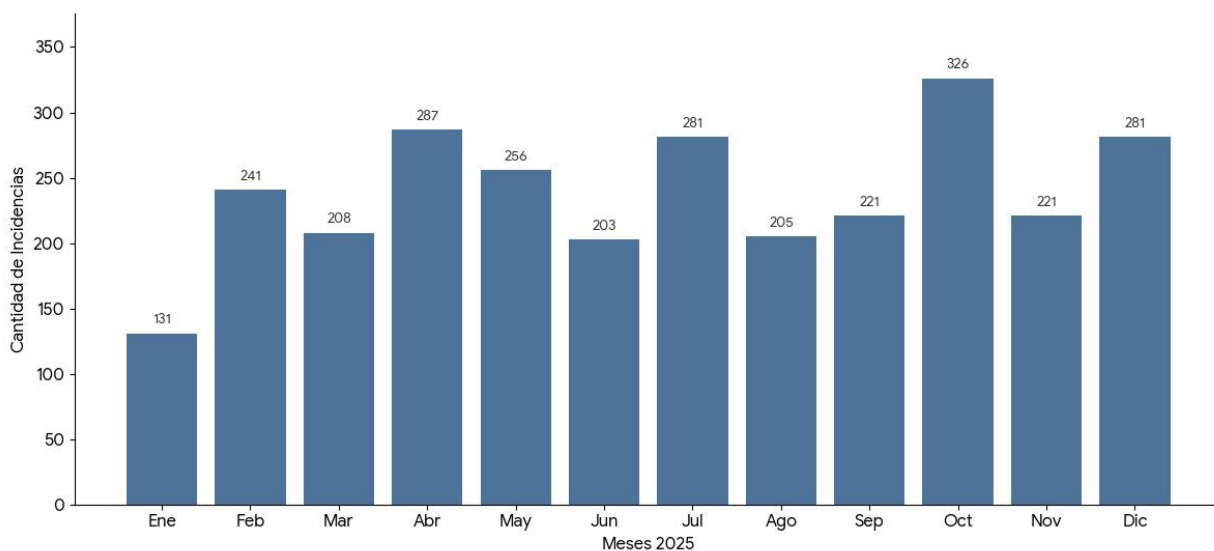
En síntesis, la coordinación logística ha evolucionado de un rol operativo a un habilitador estratégico de la continuidad asistencial. El foco para el próximo ciclo debe centrarse en la gestión de riesgos en la cadena de suministro, la actualización tecnológica de equipos críticos y el cierre de brechas en la conciliación patrimonial.

12. GESTIÓN DE TIC

12.1 ANÁLISIS DE INDICADORES:

Soluciones de Incidencias:

GESTIÓN OPERATIVA TIC 2025: VOLUMEN DE ATENCIÓN MENSUAL



El comportamiento de la gestión de incidencias durante el ejercicio 2025 refleja una transición exitosa desde una etapa de reactividad técnica hacia una fase de consolidación operativa y prevención

estratégica. Esta evolución ha permitido alcanzar niveles de servicio excepcionales, garantizando la continuidad de la operación de Caminos IPS.

- **Logro Operativo Continuo:** El área TIC mantuvo un **cumplimiento del 100% en la resolución de casos** de manera ininterrumpida durante los cuatro trimestres del año 2025. Este indicador es el reflejo de una metodología de trabajo eficiente y un equipo altamente capacitado para la resolución de desafíos técnicos.
- **Capacidad de Respuesta Ante la Demanda:** A pesar de las fluctuaciones mensuales, el área demostró una resiliencia sobresaliente. Destaca el pico de demanda en octubre con 326 incidencias resueltas con total éxito, lo que evidencia una infraestructura de soporte robusta y preparada para absorber altas cargas operativas sin comprometer la calidad del servicio.
- **Tendencia de Consolidación:** El análisis anual muestra una estabilidad total en la efectividad del servicio. Al cerrar el año con el 100% de cumplimiento en diciembre, se confirma que el área TIC ha estandarizado sus procesos de soporte, convirtiéndose en un pilar de confianza para toda la organización

12.2 OPTIMIZACIÓN EN INFRAESTRUCTURA DE RED

Durante 2025 se implementó exitosamente una política avanzada de gestión del tráfico de red mediante la configuración de parámetros de Calidad de Servicio (QoS) y filtrado de contenido. Esta iniciativa posicionó al Área TIC como un gestor estratégico de los recursos de conectividad, generando un impacto directo en la eficiencia operativa y en los costos institucionales.

Beneficios alcanzados con esta implementación:

- ✓Priorización exclusiva del ancho de banda para los sistemas de información core: de los ecosistemas
- ✓Mitigación efectiva del desvío de recursos hacia navegación no productiva.
- ✓Optimización de costos de conectividad mediante el aprovechamiento máximo de la infraestructura contratada.
- ✓Garantía de fluidez operativa en la atención asistencial sin interrupciones por congestión de red.
- ✓Incremento del contrato con proveedores estratégicos, asegurando mayor capacidad y estabilidad.

✓Capacidad analítica de monitoreo en tiempo real, posicionando al área con ventaja competitiva en la planificación de capacidad.

12.3 PROYECCIÓN ESTRATÉGICA:

El Área TIC se posiciona como un facilitador estratégico de la transformación digital de Caminos IPS, con capacidades demostradas para liderar iniciativas de innovación, mantener estándares operativos de excelencia y contribuir de manera tangible al logro de los objetivos misionales de la organización.

Los logros alcanzados en el periodo evaluado constituyen el fundamento estratégico para:

- ✓La implementación de sistemas de monitoreo predictivo de infraestructura que anticipen fallos antes de que impacten la operación.
- ✓El fortalecimiento del plan de continuidad digital para garantizar la resiliencia tecnológica institucional.
- ✓La expansión del uso de inteligencia artificial en procesos asistenciales y administrativos.
- ✓La creación de un ecosistema tecnológico sustentable, eficiente y alineado con los estándares del sector salud.

12.4 INNOVACIÓN TECNOLÓGICA:

La incorporación de Microsoft 365 Copilot durante el año 2025 constituye la apuesta estratégica más significativa del período en materia de innovación. Esta implementación representa la adopción de inteligencia artificial generativa en el entorno corporativo, habilitando a los colaboradores de Caminos IPS con herramientas de automatización inteligente que potencian la productividad, reducen tareas repetitivas y elevan la calidad de los entregables institucionales.

Esta iniciativa evidencia una visión tecnológica de vanguardia y posiciona al Área TIC como catalizador de la innovación organizacional, alineada con las tendencias globales de transformación digital en el sector salud.

12.5 LOGROS ESTRATÉGICOS Y VALOR AGREGADO

Los logros alcanzados durante el período 2025 posicionan a Caminos IPS como una organización tecnológicamente integrada, innovadora y comprometida con la excelencia operativa. A continuación, se presentan los principales logros estratégicos del Área TIC:

01 LOGRO	Red Estratégica de Aliados Tecnológicos Fortalecimiento y consolidación de alianzas con proveedores clave que garantizan soluciones eficientes, conectividad robusta y servicios innovadores, impulsando la transformación digital institucional.
02 LOGRO	Cumplimiento del 100% en Resolución de Incidencias Durante los cuatro trimestres del año, el equipo TIC atendió y resolvió más de 2.860 incidencias con un nivel de servicio del 100%, demostrando capacidad operativa de excelencia y compromiso institucional.
03 LOGRO	Mejoras en Ancho de Banda y Seguridad de Red Implementación de políticas QoS (Quality of Service) y filtrado de contenido con impacto directo en la eficiencia operativa, optimización de costos y garantía de disponibilidad de los sistemas asistenciales core (núcleo).
04 LOGRO	Integración de Inteligencia Artificial Corporativa Incorporación de Microsoft 365 Copilot en el ecosistema corporativo, posicionando a Caminos IPS a la vanguardia tecnológica con automatización inteligente y productividad aumentada para los equipos de trabajo.

05

LOGRO

Avances en Interoperabilidad entre Sistemas

Progreso en la integración de los ecosistemas fortaleciendo la comunicación y funcionalidad entre los principales sistemas de información de la IPS, optimizando los flujos de datos asistenciales.

06

LOGRO

Sostenibilidad y Ambiental

Reducción del consumo de papel mediante la digitalización de procesos administrativos y el uso de herramientas de gestión digital, alineando al área con el desarrollo sustentable de la organización.

07

LOGRO

Implementación de conectividad multi-sede

Adquisición e implementación de back up de internet para todas las sedes de Caminos IPS, garantizando la continuidad operativa y consumo de servicios interno entre las distintas sedes de la institución, eliminando el riesgo de interrupción de servicios por fallas en la conectividad principal.

12.6. CONCLUSIONES

Durante el último año, el área TIC ha experimentado una transformación notable, pasando de resolver lo inmediato a liderar el cambio tecnológico en Caminos IPS. Esta evolución hacia la proactividad demuestra una madurez operativa que hoy se traduce en una infraestructura más robusta y una seguridad digital de vanguardia. Gracias a un liderazgo técnico efectivo, hemos logrado elevar nuestros estándares de servicio, convirtiendo la tecnología en un aliado estratégico que impulsa el éxito de nuestra organización