

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

**FECHA:** veinticinco (25) de marzo de dos mil veintiséis (2026)

**HORA:** 7:00 a.m.

**LUGAR:** Sala de Juntas Bloque B Edificio UISALUD.

<b>INTEGRANTES DEL CONSEJO</b> - Acuerdo consejo superior n°064 de 2015, art. 5°		
1	Dr. Hernán Porras Díaz	Rector de la Universidad
2	Profesor Gonzalo Alberto Patiño Benavides	Delegado del Rector
3	Profesora Myriam Ruíz Rodríguez	Delegada de la Dirección de la Universidad
4	Profesor Hernando Guerrero Amaya	Representante de los profesores
5	Sr. Luis Martín Fajardo Gelves	Representante del Personal Administrativo
6	Profesor Luis Ernesto Téllez Mosquera	Representante de los Pensionados
<b>ASISTENTES</b>		
1	Profesor Saúl Mesa Arenas	Presidente de la Asociación de Usuarios
2	Dr. Santiago Ramírez Segura	Director UISALUD
3	Funcionaria. Jenifer Nathalia Pabón Aguilar	Funcionaria designada para labores de Secretaría
4	Dra. Heide Zaret Cáceres Villamizar	Subdirectora Administrativa y Financiera UISALUD
5	Dr. Hermes José Ávila Rodríguez	Subdirector Médico UISALUD

**ORDEN DEL DÍA**

1. Verificación de Quórum y Aprobación del Orden del Día.
2. Consideración Acta N°006 de 2025
3. Presentación del informe de dirección
  - 3.1 Financiamiento
    - 3.1.1 Ejecución de Ingresos
    - 3.1.2 Ejecución de Egresos
    - 3.1.3 Ingresos vs Egresos
  - 3.2 Gestión de Contratación
    - 3.2.1 Suscripción de Contratos
    - 3.2.2 Liquidación de Contratos
  - 3.3 Mejoras al Sistema de Información en UISALUD
    - 3.3.1. Avances en DTICS
  - 3.4 Indicadores de Oportunidad año 2025
  - 3.5 Índice de satisfacción de los usuarios
4. Reunión de Prestadores

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

5. Proyección ingreso / costo + gasto
6. Negociación de Tarifas
7. Proceso de seguimiento a ejecución de contratos
8. Rendición de Cuentas 2025
9. Apertura de Servicios en UISALUD
10. Asuntos miembros del consejo
11. Lectura de Correspondencia

### **DESARROLLO DE LA REUNION**

Se da inicio a la reunión a las 7:00 a.m., siendo presidida por el señor Rector Hernán Porras Díaz.

#### **I. VERIFICACIÓN DE QUÓRUM Y APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.**

Se constató la presencia de los miembros del Consejo de Dirección, contando con quórum de liberatorio y decisorio. Con ello, el señor Rector instaló formalmente la sesión.

A continuación, se presentó el Orden del día para consideración y aprobación. No se registraron observaciones ni solicitudes de modificación por parte de los asistentes. En consecuencia, el orden del día fue aprobado por unanimidad y el señor rector declara formalmente instalada la sesión ordinaria del Consejo de Dirección de UISALUD correspondiente al día 25 de marzo de 2026.

#### **2. CONSIDERACIÓN ACTA N°006 DE 2025**

La Secretaría Técnica presentó para revisión y aprobación el Acta N.º 006 de 2025, la cual había sido remitida previamente a los miembros del Consejo de Dirección.

El señor Rector sometió el acta a consideración de los consejeros. No se presentaron observaciones, por lo cual el Acta N.º 006 de 2025, correspondiente a la sesión anterior, fue aprobada por unanimidad.

#### **3. PRESENTACIÓN DEL INFORME DE DIRECCIÓN**

##### **3.1 Financiamiento**

El doctor Santiago Ramírez, presenta la revisión del presupuesto aprobado para la vigencia 2026, destacando que los rubros Fondo Asegurador y Fondo Prestador concentran cerca del 84 % del valor total aprobado. Señala que esta concentración refuerza el marco según el cual la mayor parte del presupuesto se encuentra orientada al desarrollo de las actividades misionales de la Unidad de Salud, como corresponde a su naturaleza.

Indica que el presupuesto comenzó a estructurarse en agosto de 2025 y fue perfeccionado en noviembre del mismo año, tomando en consideración variables económicas y macroeconómicas planteadas de manera prospectiva. No obstante, con posterioridad a su aprobación, se presentaron situaciones como el ajuste del

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

salario mínimo y otros factores que han impactado los costos de operación de las IPS y de los profesionales contratados por la red de la Unidad de Salud.

En este sentido, precisa que se trata de un presupuesto que puede enfrentar ciertos retos, derivados de variables que, al momento de su formulación, no eran fácilmente previsible. Por lo anterior, el presupuesto se encuentra sometido a impactos y presiones que hacen necesario realizar un seguimiento detallado a la evolución de su ejecución durante la vigencia 2026, con el fin de evaluar su suficiencia y definir las acciones que permitan dar continuidad adecuada a su implementación.

### **3.1.1 Ejecución de Ingresos**

Con corte al 28 de febrero de 2026, la ejecución total de ingresos alcanza el 12,5 % del presupuesto aprobado, manteniendo un comportamiento porcentual similar al registrado en el mismo periodo de la vigencia anterior. No obstante, en términos nominales se evidencia un incremento del 10,6 %, lo cual refleja un crecimiento significativo en el recaudo efectivo. Este comportamiento se explica principalmente por el ingreso de recursos asociados al rubro de venta de servicios —principal fuente de financiación—, particularmente por los ajustes registrados durante los meses de enero y febrero, los cuales impactan positivamente la dinámica de ingresos en el inicio de la vigencia.

En relación con los recursos de capital, se observa una disminución del 22,1 % frente al mismo periodo del año anterior. Esta variación obedece, principalmente, a la tendencia a la baja en los rendimientos financieros, en línea con el comportamiento de las tasas de interés y la adopción de una política de inversión de carácter conservador.

En consecuencia, los ingresos derivados de estos conceptos presentan una menor contribución relativa al total de ingresos. Adicionalmente, los recursos de capital incluyen partidas provenientes de recursos del balance, así como ingresos asociados a intercambios de servicios con la red hospitalaria y recobros a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Estos rubros presentan una alta variabilidad en su comportamiento, dado que no siguen una dinámica lineal y pueden registrar fluctuaciones significativas entre periodos.

En términos generales, la ejecución de ingresos presenta un comportamiento acorde con las proyecciones establecidas en la formulación presupuestal, sin evidenciar desviaciones relevantes a la fecha de corte.

### **3.1.2 Ejecución de Egresos**

Con corte al 28 de febrero de 2026, la ejecución de egresos presenta una variación nominal del 14,7 % frente al mismo periodo de la vigencia anterior, evidenciando un crecimiento superior al observado en los ingresos. En términos porcentuales de ejecución, el comportamiento es similar al del año anterior, con una desviación inferior a un punto porcentual.

El incremento en los egresos se explica principalmente por el comportamiento de los gastos de funcionamiento, los cuales han sido impactados por la ampliación en la capacidad operativa de la Unidad de

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

Salud. En particular, se destacan la apertura de nuevas áreas de servicio, el fortalecimiento de la oferta asistencial y la implementación de estrategias orientadas a la concentración de servicios, lo que ha conllevado un aumento en la demanda de recursos para la prestación.

Adicionalmente, se registra un incremento en los gastos de operación, en línea con la mayor actividad asistencial y el fortalecimiento del rol prestador de la Unidad. Dentro de los gastos de funcionamiento, el rubro de nómina también presenta presiones al alza, asociadas a ajustes previamente definidos.

En lo relacionado con la adquisición de servicios, que constituye el componente de mayor apropiación presupuestal, se incluyen los gastos por medicamentos, insumos médico-asistenciales y pagos a la red contratada. Este rubro presenta un incremento del 32,2 % en términos nominales, explicado por la incorporación de nuevos costos de producción reflejados en las facturas radicadas desde el inicio de la vigencia 2026, así como por los ajustes tarifarios implementados a partir del 1 de enero, incluyendo el incremento en la remuneración de los médicos especialistas vinculados a la Unidad.

### **3.1.3 Ingresos vs. Egresos**

El análisis comparativo entre ingresos y egresos evidencia que los ingresos operacionales ascienden a \$4.486 millones, mientras que los egresos asociados a costo médico y gastos administrativos alcanzan los \$4.219 millones.

Adicionalmente, se registran fondos de reserva por \$912 millones, así como egresos asociados a transferencias corrientes. No obstante, estos recursos no representan disponibilidad efectiva de caja para la operación, en la medida en que corresponden a partidas restringidas o a movimientos de equilibrio contable que no generan liquidez para la Unidad.

Como resultado del ejercicio, se obtiene un rendimiento neto de \$266.344.629, el cual refleja un margen operativo limitado, considerando la dinámica actual entre ingresos y egresos. Este comportamiento evidencia que la Unidad de Salud mantiene una posición de liquidez ajustada, lo que restringe su capacidad de respuesta ante contingencias o eventos no previstos.

En términos de estructura, el 83 % de los ingresos corresponde a ingresos operacionales, lo que confirma la alta dependencia de la operación corriente como principal fuente de financiación. Por su parte, los recursos provenientes de reservas representan aproximadamente el 16,9 %, en línea con la programación presupuestal inicialmente definida.

No obstante, se observa una presión significativa sobre el equilibrio financiero derivada del incremento en el costo médico, el cual se constituye en el principal factor de desbalance en la relación ingreso-egreso. Este comportamiento está asociado, entre otros factores, al aumento en la atención de eventos de alto costo y a las variaciones en el perfil epidemiológico de la población atendida.

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

En este contexto, la reducida diferencia entre ingresos operacionales y egresos genera una presión directa sobre la caja, lo que puede afectar la capacidad de la Unidad para garantizar la oportunidad en los procesos de radicación, auditoría y pago de facturación, especialmente ante la materialización de eventos contingenciales o desviaciones en los costos proyectados.

### **3.2 GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN**

En materia de gestión contractual, se informa que el proceso de renovación y estructuración de contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y prestadores unipersonales se inició desde mediados de noviembre de 2025, con el objetivo de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios y evitar afectaciones en el acceso a la red.

En este contexto, se contempló la renovación de los contratos con vencimiento al 31 de diciembre de 2025, así como aquellos correspondientes a IPS hospitalarias y de servicios diagnósticos y terapéuticos, cuyos plazos contractuales se extienden entre el 31 de marzo y el 30 de abril de 2026. Este escenario implicó la gestión simultánea de un volumen significativo de contratos en un periodo concentrado.

Con corte al 30 de abril de 2026, se proyecta un total de 163 contratos suscritos, evidenciándose que las IPS clínicas concentran la mayor proporción de los recursos contratados, en línea con la demanda de servicios asistenciales de mayor complejidad.

#### **3.2.1 Suscripción de Contratos**

En el proceso de renovación contractual para la vigencia 2026, se identifican un total de 163 contratos a suscribir, cuya composición refleja la estructura actual de la red de prestación de servicios de la Unidad de Salud.

Del total, las clínicas ubicadas en el área metropolitana representan el 6,13 % (10 contratos); sin embargo, concentran el mayor volumen de recursos y generan la mayor cantidad de transacciones, dada la complejidad y demanda de los servicios que prestan. Por su parte, las clínicas ubicadas fuera del área metropolitana corresponden a 6 contratos.

Adicionalmente, se cuenta con 4 IPS de apoyo diagnóstico, 10 IPS de apoyo terapéutico, 4 IPS de atención domiciliaria y 29 IPS especializadas, las cuales complementan la capacidad resolutoria de la red. En cuanto a la contratación individual, se identifican 59 médicos adscritos como personas naturales y 36 profesionales de planta.

No obstante, se evidencian crecientes dificultades en la contratación de médicos adscritos bajo la modalidad de persona natural, derivadas del fortalecimiento de los requisitos normativos y administrativos exigidos. En particular, la implementación de nuevas obligaciones, como la estructuración de los RIPS en vigencias anteriores y, para el presente año, la adopción del Sistema de Información Financiera (SIIFA), ha incrementado significativamente las cargas operativas y de cumplimiento para los profesionales independientes.

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

Este contexto ha generado la necesidad, en muchos casos, de realizar inversiones en infraestructura tecnológica y administrativa que no resultan fácilmente asumibles por consultorios individuales, lo cual está impactando la viabilidad de este esquema de contratación. En consecuencia, se observa una tendencia progresiva hacia la contratación con IPS como personas jurídicas, las cuales cuentan con mayores capacidades para cumplir los requisitos regulatorios y operativos exigidos.

Esta posible reconfiguración del modelo de contratación podría materializarse en el mediano plazo, generando cambios en la estructura de la red de servicios y, potencialmente, impactos en la experiencia del usuario, particularmente en lo relacionado con la continuidad en la atención por parte de profesionales específicos.

### **3.2.2 Liquidación de Contratos**

Durante la vigencia 2025, la Unidad de Salud gestionó un total de 637 contratos, cifra atípica frente a periodos anteriores, explicada por la realización de cuatro jornadas de contratación derivadas de la implementación del nuevo modelo contractual, el inicio del fondo cuenta y el uso de plataformas internas.

Para la vigencia 2026, se estableció como prioridad la liquidación oportuna de estos contratos, en cumplimiento de los lineamientos del manual de contratación y con el fin de depurar saldos fiscales pendientes. En este contexto, se identificaron 133 contratos (21 % del total) con valores glosados —totales o parciales—, los cuales han sido definidos como foco prioritario de gestión, dado que contienen recursos remanentes que deben ser incorporados al ejercicio fiscal vigente.

Los contratos restantes (clasificados en los grupos 1, 2 y 3) presentan un comportamiento administrativo regular, en los cuales la gestión depende principalmente de los trámites internos de la Unidad.

El doctor Santiago señala que el proceso de conciliación de glosas es de naturaleza bilateral y requiere espacios de negociación, revisión técnica de soportes, análisis de auditoría y formalización mediante actas, lo que lo convierte en un proceso dispendioso, especialmente por la alta atomización de las glosas.

Con corte al 28 de febrero de 2026, se habían logrado 68 conciliaciones sobre los 133 contratos priorizados, evidenciando un avance significativo. En términos financieros, estos contratos representaban inicialmente un valor en reserva cercano a \$998 millones y un valor glosado aproximado de \$122 millones; con el avance registrado, el saldo pendiente por conciliar se ha reducido a cerca de \$68 millones.

Con el fin de optimizar la gestión, se aplicó un análisis de Pareto, identificando que el 85 % del valor glosado se concentra en 19 contratos, los cuales han sido priorizados para su conciliación. Para estos casos, se estableció como meta la suscripción de actas de conciliación debidamente soportadas a más tardar el 30 de mayo de 2026, con seguimiento semanal a su cumplimiento.

En cuanto a la tipología de glosas, el doctor Santiago indica que estas comprenden, entre otras: (i) glosas automáticas por diferencias en valores facturados frente a tarifas contratadas; (ii) glosas por inconsistencias documentales, como ausencia o inadecuada asignación de autorizaciones; (iii) glosas por doble facturación;



## UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER Unidad Especializada de Salud - UISALUD -

### CONSEJO DE DIRECCIÓN ACTA No. 001 DE 2026

y (iv) glosas de pertinencia médica, derivadas de la auditoría concurrente, las cuales presentan mayor complejidad técnica y requieren análisis individualizado con base en guías clínicas y criterios médicos.

La profesora Myriam Ruíz solicita precisión sobre los tipos de glosa y plantea la necesidad de explorar modelos o mecanismos que permitan estandarizar criterios de pertinencia y reducir la recurrencia de errores. Al respecto, el doctor Santiago manifiesta que, si bien se utilizan guías y protocolos clínicos como referencia, no existe un modelo rígido aplicable de manera general, dado el carácter casuístico de las decisiones médicas. Asimismo, aclara que, bajo el modelo de contratación por evento, la Unidad asume la mayor parte del riesgo técnico, limitándose la responsabilidad del prestador a aspectos de pertinencia y cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente.

La profesora Myriam Ruíz enfatiza la importancia de fortalecer los protocolos de seguridad del paciente, señalando que estos deben ser asumidos por los prestadores de servicios de salud, en el marco de sus responsabilidades.

Por su parte, el señor Rector solicita incorporar en futuros informes la definición de tiempos máximos para los procesos de auditoría y conciliación, con el fin de facilitar el seguimiento y control de la gestión. Igualmente, plantea la necesidad de evaluar la relevancia del monto total de las glosas frente al costo administrativo del proceso, sugiriendo que, en escenarios donde estas representen un porcentaje marginal (entre el 1 % y 2 %), se consideren mecanismos alternativos de conciliación que optimicen la eficiencia operativa.

La doctora Heide Cáceres señala que el proceso de conciliación genera un desgaste administrativo significativo, por lo cual se han venido implementando estrategias de negociación con los prestadores, incluyendo la conciliación por porcentajes en casos de alta atomización, con el fin de agilizar la depuración de saldos.

En este sentido, el doctor Santiago indica que la conciliación por porcentajes se ha adoptado como estrategia para aquellos casos de menor impacto relativo, mientras que en glosas relevantes —como doble facturación o cobros no procedentes— se mantiene una postura estricta. Asimismo, se han fortalecido los procesos de auditoría concurrente, lo que ha permitido mejorar el control sobre la pertinencia de los servicios.

Finalmente, se identifican como principales retos del proceso: (i) la alta atomización de las glosas; (ii) limitaciones en la trazabilidad de la información derivadas de la fragmentación de los sistemas; y (iii) la alta carga operativa de los supervisores, quienes gestionan un número significativo de contratos de manera simultánea.

### **3.3 Mejoras al Sistema de Información en UISALUD**

En el marco del fortalecimiento del sistema de información de la Unidad de Salud, se han implementado diversas mejoras orientadas a optimizar la trazabilidad de los procesos, promover la autogestión de los usuarios y garantizar la interoperabilidad de la información clínica y administrativa.



**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

En primer lugar, se destaca la habilitación del reporte de RIPS directamente desde el sistema institucional, lo cual representa un avance significativo en términos de cumplimiento normativo y eficiencia operativa. Esta funcionalidad permite que los prestadores externos que utilizan el módulo web generen los RIPS de manera automática, facilitando sus procesos de facturación y reporte.

Adicionalmente, se desarrolló el módulo de auxilios y reembolsos, con el propósito de centralizar y dar trazabilidad a estos procesos, los cuales anteriormente requerían la integración de múltiples fuentes de información. Actualmente, este módulo permite gestionar de manera estructurada un volumen aproximado de \$20 millones mensuales en reembolsos, asociados a servicios de salud prestados fuera de la red, así como auxilios para dispositivos médicos, tales como prótesis auditivas, gafas, entre otros.

En relación con el módulo web de afiliados, se continúa trabajando en el mejoramiento de su usabilidad. A la fecha, se evidencia un nivel de adopción bajo, con una participación entre el 2 % y el 3 % en el agendamiento de citas y alrededor del 7 % en cancelaciones. No obstante, se resalta que, como resultado de las mejoras implementadas, han disminuido las quejas relacionadas con el conmutador, lo cual evidencia un impacto positivo en los canales de atención.

Asimismo, se incorporó la funcionalidad de consulta de medicamentos pendientes por reclamar, permitiendo a los usuarios acceder de manera autónoma a esta información. Esto contribuye a mejorar la adherencia a los tratamientos y reduce la demanda de trámites presenciales.

De igual manera, se fortaleció el módulo de transcripciones externas, facilitando el seguimiento interno de las órdenes médicas generadas por prestadores externos. En este contexto, se avanza hacia un modelo de autogestión, en el cual el usuario podrá cargar directamente en el sistema su historia clínica y órdenes médicas, habilitando procesos de autorización automática y reduciendo la necesidad de trámites presenciales.

Frente a este punto, el doctor Téllez consultó sobre el acceso de los prestadores a dicha información y el procedimiento que debe seguir el usuario. Al respecto, el doctor Santiago indicó que el modelo prevé que el usuario cargue la información en la plataforma y enfatizó la necesidad de fortalecer el uso obligatorio del sistema por parte de los prestadores, con el fin de garantizar eficiencia, trazabilidad y reducción de cargas operativas. En este sentido, se plantea la posibilidad de establecer condiciones contractuales que incentiven o exijan el uso del sistema institucional.

Por otra parte, se realizaron ajustes a la historia clínica electrónica, en cumplimiento de requerimientos normativos y como resultado de auditorías efectuadas a médicos generales, familiares e internistas, mejorando su funcionalidad y facilidad de uso.

Finalmente, se destaca el avance en la implementación de tableros de control en Power BI, desarrollados en atención a observaciones del área de calidad. Estas herramientas permiten realizar seguimiento en tiempo real a variables estratégicas como la ejecución contractual, los servicios facturados, las PQRSD, la oportunidad en la atención en ventanilla, los tiempos de asignación de citas y el estado de los contratos



## UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER Unidad Especializada de Salud - UISALUD -

### CONSEJO DE DIRECCIÓN ACTA No. 001 DE 2026

(valor cargado, facturado y pagado). Asimismo, facilitan la toma de decisiones, incluyendo la eventual inactivación de contratos con base en su desempeño.

Entre los tableros implementados desde el área de calidad, se destacan:

- Módulo de hospitalización: permite el seguimiento detallado de egresos, días de estancia y valores facturados por paciente, así como el análisis por IPS, facilitando el control de la ejecución contractual y la oportunidad en la facturación.
- Módulo de PQRSD: orientado al seguimiento de las solicitudes de los usuarios, con visualización de tendencias y tiempos de respuesta.
- Módulo de atención en ventanilla: monitorea los tiempos de atención en servicios como autorizaciones y farmacia, apoyando la mejora en la experiencia del usuario.
- Módulo de oportunidad de citas: permite el control de los tiempos de asignación de citas médicas, en función de los estándares de oportunidad.
- Módulo de seguimiento contractual: facilita el control integral de los contratos, incluyendo valor autorizado, valor facturado y valor pagado, así como fechas de vigencia y responsables, permitiendo la toma de decisiones oportunas como la suspensión o inactivación de contratos.

#### 3.3.1. Avances en DTICS

En el marco del fortalecimiento de las capacidades tecnológicas de la Unidad de Salud, se presentan los principales avances liderados desde el área de DTICS, orientados a mejorar la integración de la información, la trazabilidad de los procesos y la toma de decisiones basada en datos.

En primer lugar, se destaca el avance en la integración de los tableros de control desarrollados en Power BI con el sistema de información institucional, lo que ha permitido una alimentación automatizada y en tiempo real de los indicadores estratégicos. Esta articulación ha mejorado significativamente la calidad, oportunidad y usabilidad de la información, evidenciándose además una mayor apropiación por parte de las áreas operativas y de control.

Estos desarrollos han fortalecido la gestión operativa y financiera, permitiendo un seguimiento más preciso de la ejecución presupuestal y contractual, así como una mejor interacción con los prestadores en relación con la facturación y uso de los recursos.

Adicionalmente, se avanza en el desarrollo del módulo de glosas, el cual busca centralizar y automatizar el proceso completo de gestión, incluyendo: radicación, auditoría de cuentas, generación de glosas, notificación al prestador, respuesta, conciliación y pago. Este desarrollo responde a la necesidad de superar las limitaciones actuales asociadas a la dispersión de la información en múltiples canales (principalmente correo electrónico), consolidando la trazabilidad del proceso en una única plataforma.

De igual forma, se adelanta la creación del micrositio de UISALUD, el cual estará integrado a la página institucional de la Universidad. Este espacio contará con información relevante para usuarios y prestadores, incluyendo la red de servicios, directorio de médicos adscritos y funcionalidades de acceso rápido. Dentro

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

de estas, se destaca la implementación de un acceso directo para la verificación del derecho al servicio, facilitando la consulta por parte de prestadores externos a nivel nacional y mejorando la eficiencia en los procesos de atención.

### **3.4 Indicadores de Oportunidad año 2025**

Se presenta la gráfica consolidada de indicadores de oportunidad en la asignación de citas para la vigencia 2025, con actualización a febrero de 2026, evidenciando el comportamiento por especialidad.

En términos generales, la Unidad de Salud presenta un adecuado desempeño en los indicadores de oportunidad, cumpliendo con los estándares establecidos en la mayoría de las especialidades. Se destacan particularmente:

- Medicina general y pediatría en planta: oportunidad promedio de 1 día.
- Odontología y medicina familiar: oportunidad promedio de 2 días.
- Psicología y psiquiatría: dentro de rangos adecuados, en línea con el fortalecimiento del modelo de salud mental.
- Medicina laboral: con oportunidad idónea tras la estabilización del servicio.

No obstante, se identifica una desviación en el indicador correspondiente a cirugía general, el cual se encuentra por fuera de la meta (en nivel crítico), situación explicada por la programación de agendas bisemanales derivadas de la baja volumetría de la demanda y la limitada disponibilidad de especialistas en planta.

Al respecto, el doctor Hermes informa que se han adelantado gestiones conjuntas con el doctor Chaparro, orientadas a mejorar la oportunidad en esta especialidad, mediante ajustes en la frecuencia de las agendas y reorganización de la oferta de servicios.

La profesora Myriam Ruíz consulta si los mayores tiempos de espera en algunas especialidades obedecen a una baja disponibilidad de horas contratadas. Frente a ello, el doctor Santiago explica que la programación de agendas responde a un criterio de eficiencia en el uso de los recursos, buscando equilibrar la disponibilidad de citas con la demanda efectiva, evitando la generación de tiempos improductivos que impactan financieramente a la Unidad. Como ejemplo, menciona el caso de endocrinología, en donde la agenda semanal se ajusta a la demanda observada; una sobreoferta de citas podría derivar en baja ocupación y, en consecuencia, en costos no eficientes, dado que el modelo de contratación reconoce el pago por tiempo asignado, independientemente de la asistencia del paciente.

En este sentido, se resalta que el incumplimiento de citas (inasistencia de usuarios) representa un factor que afecta directamente la eficiencia operativa y financiera de la Unidad, a diferencia de otros modelos como la medicina prepagada, donde el pago se realiza por atención efectivamente prestada. La profesora Myriam Ruíz sugiere destacar que los tiempos de oportunidad corresponden a eventos electivos y no urgentes, lo cual es acogido por el equipo técnico. En este contexto, el doctor Santiago precisa que los tiempos de referencia del sistema de salud para especialidades no prioritarias se sitúan alrededor de 30

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

días, mientras que para especialidades de puerta de entrada (como ginecología, medicina general y pediatría) los estándares se ubican en aproximadamente 8 días.

En comparación con estos referentes, la Unidad de Salud presenta indicadores de oportunidad significativamente favorables, lo cual evidencia un desempeño superior frente al promedio del sistema.

### **3.5 Índice de Satisfacción de los usuarios**

El índice de satisfacción de los usuarios, medido de manera trimestral, registra para el cierre del año 2025 un promedio de 93,81%, lo que evidencia un nivel favorable en la percepción general del servicio. No obstante, al analizar sus componentes, se identifica una disminución aproximada de 2,5 puntos porcentuales en el rol asegurador, mientras que el rol prestador presenta una variación mínima. Esta reducción en el componente asegurador se encuentra asociada principalmente a dificultades en el acceso a servicios a través de la red externa, especialmente en escenarios donde los usuarios requieren atención fuera del área de cobertura habitual.

En cuanto al comportamiento de las PQRSD, se observa un incremento en su volumen, el cual está concentrado en casos puntuales relacionados, en su mayoría, con usuarios que residen fuera del área metropolitana. Estas situaciones se han visto agravadas por cambios en la red de prestación de servicios con UNISALUD, como el cierre o limitación de la atención en ciudades como Manizales y Pereira, manteniéndose únicamente la cobertura en Bogotá y Chía. Lo anterior ha impactado la oportunidad, continuidad y calidad percibida del servicio, particularmente en lo referente a autorizaciones, acceso a medicamentos y tiempos de respuesta.

Actualmente, la Unidad cuenta con aproximadamente 80 usuarios distribuidos en diferentes regiones del país, lo que representa un reto significativo desde el punto de vista operativo, financiero y administrativo. La prestación del servicio en estas condiciones implica la necesidad de gestionar atenciones con prestadores sin convenio, estructurar redes de manera individual y, en muchos casos, asumir costos elevados derivados de atenciones por urgencias, hospitalizaciones o tratamientos especializados. Adicionalmente, las exigencias normativas recientes, como la implementación de RIPS y nuevos sistemas de integración financiera, han dificultado la continuidad de relaciones contractuales con algunos prestadores, quienes han optado por no vincularse a estos procesos.

Durante la sesión, la doctora Myriam Ruiz manifestó su preocupación frente a la afiliación de usuarios en territorios donde no existe una red de prestación consolidada, señalando la importancia de brindar información clara y suficiente a los usuarios antes de su traslado, así como de fortalecer los procesos de orientación, especialmente en etapas como la pensión, con el fin de evitar situaciones que generen desgaste administrativo y afecten la sostenibilidad del sistema.

Por su parte, el señor rector planteó la necesidad de definir una postura administrativa clara frente a esta problemática, incluyendo la posibilidad de convocar una asamblea de usuarios que permita analizar la situación y tomar decisiones informadas, considerando el impacto que representa destinar recursos significativos para atender un número reducido de usuarios en condiciones dispersas.

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

La doctora Heide Cáceres expuso que, pese a las dificultades, la Unidad ha asumido el compromiso de garantizar la prestación del servicio, incluso en condiciones adversas, lo que ha implicado la realización de contrataciones individuales, la asunción de costos sin convenio y la implementación de estrategias como el reembolso o el suministro directo de medicamentos. Sin embargo, advirtió que esta situación genera un alto desgaste administrativo y podría convertirse en un riesgo financiero relevante si se mantiene en el tiempo.

En la misma línea, el doctor Téllez destacó que la atención en instituciones sin convenio resulta altamente costosa y reiteró la necesidad de que los usuarios sean conscientes de los riesgos que implica trasladarse fuera del área de cobertura. El doctor Santiago complementó señalando que, aunque se han implementado mecanismos como el reembolso y se han adelantado negociaciones con redes de alcance nacional, estas alternativas no constituyen soluciones estructurales, dado que cada usuario fuera del área representa un reto individual de aseguramiento que demanda la construcción de soluciones específicas.

El doctor Saúl consideró pertinente avanzar en la consolidación de alianzas con redes nacionales que permitan mejorar la cobertura, mientras que el profesor Hernando resaltó la importancia de contextualizar las quejas, indicando que muchas de ellas responden a problemáticas estructurales del sistema de salud y no exclusivamente a la gestión de la Unidad, por lo que recomendó fortalecer la comunicación con los usuarios para evitar percepciones erróneas.

#### **4. REUNIÓN DE PRESTADORES**

Durante la segunda semana de diciembre se llevó a cabo una reunión con la red de prestadores, en la cual participaron alrededor de 100 asistentes. En este espacio se presentó la proyección financiera y la estrategia de la unidad para el año 2026, con el propósito de socializar el panorama institucional y los principales retos. La reunión permitió fortalecer los lazos con los prestadores, alinear propósitos comunes y consolidar el relacionamiento con la red, promoviendo un trabajo articulado de cara a los desafíos del próximo año.

#### **5. PROYECCIÓN INGRESO / COSTO + GASTO**

En el marco del análisis financiero para la vigencia 2026, se realizó la proyección de ingresos frente a costos y gastos, considerando el comportamiento histórico, las tendencias de utilización de servicios y los ajustes previstos en tarifas, insumos y operación. Como resultado, se estima un déficit proyectado de \$3.076.913.162, lo que evidencia un escenario de presión financiera que requiere medidas de control y optimización.

El costo total proyectado (costo médico más gasto administrativo) asciende a \$37.045.021.592, mientras que el ingreso operacional estimado corresponde a \$33.968.108.430. Adicionalmente, se incorpora el rubro de incapacidades por \$1.332.000.000, el cual presenta un incremento del 20% frente al año anterior, impactando de manera directa la sostenibilidad financiera.

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

En cuanto a la composición del gasto, los servicios médicos representan \$19.595.016.922, los insumos y medicamentos \$8.463.781.911, y el gasto administrativo \$7.654.222.759. De manera consolidada, el costo médico total se proyecta en \$28.058.798.833, con una siniestralidad del 83%, superior al 71% observado previamente, lo que refleja un incremento significativo en la presión del gasto en salud.

Desde el componente de ingresos, se proyecta un crecimiento del 11% a partir del mes de junio, asociado principalmente al ajuste salarial y su efecto en la venta de servicios. Por su parte, en el componente de costos, se contemplan ajustes en tarifas de servicios médicos a partir de marzo, con impacto en la facturación desde mayo. En insumos y medicamentos, la proyección se basa en el consumo promedio mensual, ajustado a los costos esperados para la vigencia.

Es importante señalar que aún se encuentra pendiente la negociación con la red hospitalaria, lo cual representa un factor de incertidumbre relevante. Si bien el ajuste promedio actual se sitúa en el 2%, se prevé que pueda incrementarse hasta un 7%, en línea con el comportamiento del IPC, generando un impacto adicional en el costo médico.

El análisis de la utilización de servicios, a partir del cruce de información de 2024 y 2025, evidencia incrementos relevantes en la demanda, incluyendo servicios que anteriormente no presentaban una alta frecuencia. Este comportamiento sugiere cambios en el perfil epidemiológico de la población y un aumento en la complejidad de la atención, especialmente en áreas como salud mental y enfermedades de alto costo.

Este contexto genera una proyección de caja restringida, con un margen limitado para la operación, lo que hace necesario fortalecer el ingreso operacional y optimizar el uso de los recursos disponibles. En este sentido, se resalta la importancia de priorizar estrategias de promoción y prevención (PyP), orientadas a la gestión del riesgo en salud y a la contención del costo médico. De igual forma, se plantea la necesidad de revisar los incentivos asociados a la práctica médica, en particular aquellos derivados del modelo de pago por evento, el cual puede estar incidiendo en el incremento de procedimientos y ayudas diagnósticas.

## **6. NEGOCIACIÓN DE TARIFAS 2026**

En relación con la negociación de tarifas, se informó que de las 32 tarifas que fueron objeto de contraoferta, se lograron aceptar 28, quedando 4 pendientes sin acuerdo. Adicionalmente, 36 profesionales de la unidad acogieron las tarifas propuestas, las cuales incluyeron un incremento del 7%. Se reiteró que en este proceso no se negocian aspectos relacionados con la calidad del servicio, sino exclusivamente condiciones tarifarias. Dentro de las principales dificultades del proceso se identificó la ausencia de un manual tarifario institucional, lo que genera un esquema de negociación heterogéneo y poco estandarizado. En ese sentido, se planteó como objetivo avanzar hacia la homologación de tarifas entre prestadores. Asimismo, se resaltó la complejidad de negociar con IPS hospitalarias, dado el amplio volumen de CUPS, medicamentos e insumos que manejan.

La Profesora Miriam consultó sobre la posibilidad de regular el sector mediante la implementación de un manual tarifario. Frente a esto, el Dr. Santiago explicó que actualmente se han revisado cuatro IPS que cuentan con contratación de personal de enfermería, en las cuales se realizaron ajustes tarifarios a partir



CONSEJO DE DIRECCIÓN  
ACTA No. 001 DE 2026

del 1 de enero, particularmente en entidades como PHD y SEDE, debido al incremento en sus costos de producción asociados a la atención domiciliaria. Igualmente, se mencionó el caso de una IPS a la que no se le había realizado ajuste en tres años, con la cual finalmente se logró un acuerdo. Se destacó que estas empresas operan en nichos de mercado altamente competitivos, lo que también influye en las condiciones de negociación.

Por su parte, el señor Rector solicitó precisar los valores facturados por estas cuatro IPS durante el año anterior, con el fin de dimensionar el impacto financiero y facilitar el análisis del punto de equilibrio, así como establecer posibles topes máximos. El Dr. Santiago informó que el valor facturado por las cuatro IPS de apoyo terapéutico durante el año 2025 fue aproximadamente de \$1.600 millones, dato relevante para el análisis financiero y la toma de decisiones en la gestión de la red.

Adicionalmente, la Dra. Heide señaló que, tras conversaciones con la representante de SEDE, se evidenció que este tipo de servicios resulta altamente lucrativo, por lo cual consideró necesario realizar ajustes tarifarios, indicando que no es viable mantener incrementos del 21%. En complemento, el Dr. Santiago indicó que, pese a contar con un comité de atención domiciliaria que regula estos servicios, se ha evidenciado un incremento progresivo en su utilización.

## 7. PROCESO DE SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN DE CONTRATOS

Se presentó el tablero de seguimiento en Power BI, a través del cual se está realizando el monitoreo de los contratos, permitiendo a los supervisores contar con herramientas más robustas para ejecutar un control más efectivo y real sobre los mismos, evitando así posibles dificultades en su gestión. Se precisó que esta información ya había sido abordada en apartados previos de la presentación, por lo cual se continuó con el siguiente punto.

## 8. RENDICIÓN DE CUENTAS

En relación con la rendición de cuentas, se informó que fue radicado el informe de gestión correspondiente a la vigencia 2025 ante el protocolo de rectoría, documento construido de manera articulada con las diferentes áreas responsables, en el cual se consolida la gestión integral de la unidad durante el periodo evaluado.

Dentro de los aspectos más relevantes se destacó la gestión del riesgo en salud, evidenciada en la consolidación de los programas y rutas integrales de atención (RIAS), así como el fortalecimiento progresivo de las rutas, lo que ha permitido una mejor articulación de los servicios y una adecuada conducción de los pacientes dentro del sistema. De igual forma, se resaltó el informe de PQRSD, cuyos resultados reflejan niveles satisfactorios de atención y contribuyen a la mejora en la percepción de calidad por parte de los usuarios. Adicionalmente, se expusieron avances en la gestión de la red de servicios de salud, el logro de la acreditación en la norma ISO 9001 y el fortalecimiento de la infraestructura física de la unidad, como hitos relevantes dentro del periodo reportado.

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

En cuanto a la programación de la rendición de cuentas, el señor Rector consultó sobre la fecha más adecuada para su realización. Se indicó que, tradicionalmente, este ejercicio se lleva a cabo antes del mes de marzo; sin embargo, considerando que el balance financiero es aprobado por el Consejo Superior, se cuenta con mayor flexibilidad en los tiempos. Por su parte, la Dra. Heide señaló que la Asamblea de Usuarios se encuentra programada para el miércoles 6 de mayo, por lo que la rendición de cuentas debe realizarse con anterioridad a dicha fecha, en cumplimiento de los reportes exigidos por el Ministerio. Tras la discusión, se definió que la rendición de cuentas se llevará a cabo el 29 de abril, mientras que la presentación previa ante el Consejo de Dirección se realizará el 15 de abril. Se precisó que este ejercicio corresponde a la rendición del año inmediatamente anterior, es decir, la vigencia 2025.

## **9. APERTURA DE SERVICIOS EN UISALUD**

En relación con la implementación de nuevos servicios en planta, el doctor Santiago, informó que se realizó un estudio de retorno de inversión para el servicio de ecografía, estimándose que la recuperación de la inversión se logrará en un periodo inferior a un año, considerando la alta demanda de este tipo de estudios. En este sentido, ya se encuentra en funcionamiento el servicio de ecografía en planta, para el cual se adquirió un equipo de alta calidad y versatilidad. El mismo fue instalado en un consultorio adecuado con las condiciones requeridas en términos de infraestructura e iluminación, y se cuenta con una médica radióloga ecografista contratada para la atención de la demanda institucional.

De igual forma, se dio inicio a la prestación del servicio de electrocardiografía dinámica de 24 horas, para lo cual la unidad dispone actualmente de tres equipos con su respectivo software. Se definieron los procesos técnicos para la descarga de estudios y su transmisión mediante VPN, así como la articulación con el electro fisiólogo encargado de la lectura. Este servicio permitirá mejorar significativamente los tiempos de respuesta, pasando de informes que anteriormente se entregaban entre 8 y 15 días, a resultados disponibles al día siguiente del retiro del equipo al paciente.

Asimismo, se inició la prestación de servicios de consulta en neurología clínica y neuro inmunología, contando con la participación de un especialista en esta última área, lo cual fortalece la capacidad resolutive de la unidad. En el marco del fortalecimiento del modelo de salud mental, también se implementó la realización de pruebas neuropsicológicas en planta.

Adicionalmente, se proyecta la apertura de nuevos servicios especializados, entre ellos la consulta de electrofisiología y la implementación del servicio de endocrinología en planta. Este último se encuentra en proceso de evaluación, de acuerdo con la oferta disponible y la necesidad institucional, con el objetivo de ampliar la cobertura y mejorar la oportunidad en la atención.

## **10. ASUNTOS MIEMBROS DEL CONSEJO**

En el espacio de comentarios, los miembros del Consejo plantearon diversas reflexiones de carácter estratégico frente al futuro de la Unidad de Salud. El señor Rector propuso evaluar el aprovechamiento de la sede física del Mesón de los Búcaros como una alternativa para la prestación de servicios, sugiriendo incluso la posibilidad de estructurar una IPS propia que permita generar ingresos adicionales. En este



## **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER** **Unidad Especializada de Salud - UISALUD -**

### **CONSEJO DE DIRECCIÓN** **ACTA No. 001 DE 2026**

sentido, indicó que podría pensarse en un modelo de participación institucional que fortalezca financieramente a la Unidad, teniendo en cuenta que en la actualidad el esquema se encuentra más orientado al gasto. Asimismo, resaltó la importancia de mantener esta iniciativa dentro del radar estratégico y de propiciar espacios de diálogo con los usuarios, en los que se aborden temas relevantes como el incremento en el costo de los medicamentos, el aumento de tutelas, la muerte digna y otros aspectos sensibles del sistema, con el fin de generar una visión compartida y realista de la situación.

Por su parte, el doctor Gonzalo señaló que, tras diez años de funcionamiento, es necesario proyectar el futuro del modelo, considerando los cambios estructurales del sistema de salud. Manifestó su preocupación frente a la sostenibilidad, teniendo en cuenta el tamaño de la población afiliada, el envejecimiento progresivo de los usuarios y la disminución de cotizantes, lo que podría hacer inviable el modelo en el mediano plazo. Adicionalmente, advirtió sobre las restricciones en el manejo de los fondos y la disminución de los rendimientos financieros, lo cual impacta la capacidad de respuesta frente a eventos de alto costo, cada vez más frecuentes y complejos. En este contexto, destacó la existencia de un déficit estructural y la necesidad de evaluar una posible revisión de los estatutos que permita fortalecer y blindar la operación futura. También hizo énfasis en aspectos operativos como el aumento de incapacidades y el crecimiento en la atención en salud mental, sugiriendo revisar los modelos de atención, particularmente en lo relacionado con la pertinencia de las remisiones a psiquiatría y la posibilidad de fortalecer instancias previas de atención.

La doctora Miriam, a su vez, planteó la necesidad de realizar un análisis integral del riesgo en salud y del riesgo financiero, proyectando su comportamiento a futuro. Indicó que es importante revisar los beneficios actuales frente al aporte del 2.5%, considerando que no existe un límite claro en la cobertura, lo cual puede comprometer la sostenibilidad del sistema. En este sentido, sugirió evaluar la implementación de topes o ajustes en los beneficios, así como revisar los estatutos para adecuarlos a la realidad actual.

Finalmente, se advirtió que, de mantenerse las condiciones actuales, el envejecimiento de la población y el incremento sostenido de los costos en salud podrían afectar de manera significativa la viabilidad del modelo. En conclusión, los miembros del Consejo coincidieron en que el sistema enfrenta retos estructurales importantes, caracterizados por un equilibrio financiero frágil, lo que hace necesario fortalecer el análisis estratégico, revisar el modelo de beneficios, explorar nuevas fuentes de ingreso y considerar ajustes normativos que garanticen la sostenibilidad en el tiempo.

#### **II. LECTURA DE CORRESPONDENCIA:**

Se informa que fueron radicadas dos solicitudes ante el Consejo de Dirección, ambas con un propósito similar, relacionadas con la continuidad en la prestación de servicios de salud para beneficiarios en edad entre los 18 y 25 años que, para el presente periodo académico, no se encuentran matriculados como estudiantes.

En el primer caso, se expone la situación de una usuaria de 18 años con discapacidad auditiva, condición que ha sido manejada durante varios años y que le ha generado dificultades en su proceso de aprendizaje. La joven no logró alcanzar el puntaje requerido para su ingreso a la universidad, razón por la cual actualmente no se encuentra estudiando. La solicitud elevada busca que se mantenga su afiliación en el



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**  
**Unidad Especializada de Salud - UISALUD -**

**CONSEJO DE DIRECCIÓN**  
**ACTA No. 001 DE 2026**

sistema, aun sin cumplir con el requisito de calidad de estudiante. Frente a este caso, el señor Rector indicó que debe darse aplicación estricta al reglamento, el cual no permite excepciones en este tipo de situaciones, señalando que la usuaria podría acceder a la continuidad del servicio en la medida en que retome sus estudios por otros medios que cumplan con los requisitos establecidos.

En el segundo caso, se presenta la situación de un usuario de 21 años que canceló el semestre académico por recomendación médica, debido a una condición de salud mental que requirió la suspensión temporal de sus actividades académicas. Se trata de un paciente en manejo activo por psiquiatría, con antecedentes de afectación importante en su salud mental, quien actualmente se encuentra en proceso de recuperación bajo tratamiento y seguimiento especializado. Al respecto, el doctor Hermes precisó que la posibilidad de retomar sus estudios está condicionada a la evolución favorable de su estado de salud. En consideración a la naturaleza del caso y su soporte médico, el Consejo, por consenso, avaló de manera excepcional la continuidad en la prestación del servicio de salud por el término de un semestre, aun sin contar con la calidad de estudiante, sujeto a la evolución clínica del usuario.

Siendo 09:45 a.m. y agotado el orden del día se da por terminada la reunión

**Rector. HERNÁN PORRAS DÍAZ**  
Presidente Consejo de Dirección

**JENIFER NATHALIA PABÓN AGUILAR**  
Funcionaria designada para labores de secretaria

**SANTIAGO RAMÍREZ SEGURA**  
Director de UISALUD