



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

INFORME DE ANÁLISIS A LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE CAPITAL SALUD EPS.

JULIO 2026

Tabla de contenido

LISTA DE TABLAS.....	3
LISTA DE GRÁFICAS.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. ANTECEDENTES.....	8
2.1 Contexto del aseguramiento en Bogotá	10
2.2 Relación EPS – Ciudad – Región	20
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo general.....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
4. RECLAMACIONES EN SALUD.....	25
4.1 Comportamiento de las Reclamaciones – Capital Salud EPS.....	28
4.2 Oportunidad en la respuesta a las PQRS (Indicadores).....	30
4.3 Principales barreras de acceso identificadas.....	33
4.3.1 Falta de oportunidad en citas, consultas y servicios diagnósticos....	35
5. RESULTADOS EN SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO.....	37
5.1 Mortalidad materna.....	37
5.2 Mortalidad Infantil.....	43
5.3 Coberturas de vacunación.....	49
5.3.1 Pentavalente tercera dosis.....	50
5.3.2 Triple viral primera dosis.....	50
5.3.3 Triple viral, primer refuerzo.....	51
5.3.4 Fiebre amarilla en niños y niñas de 18 a 23 meses.....	52
5.3.5 DPT, segundo refuerzo.....	53
5.3.6 VPH, dosis única en niñas.....	54
5.3.7 VPH, dosis única en niños.....	55
5.3.8 Fiebre amarilla en las cohortes de nacimiento 2006-2022.....	55
5.3.9 Sarampión-rubéola en las cohortes de nacimiento 2010-2019.....	56
6. RED PRESTADORA Y CAPACIDAD INSTALADA.....	58
6.1 Análisis Capital Salud Vs. Grupo de atención y monitoreo en salud – GAMA Secretaría Distrital de Salud – Red Prestadora.....	58

7.	MEDICAMENTOS.....	63
7.1	Red prestadora y georreferenciación de los puntos de dispensación de Capital Salud EPS.....	64
7.2	Análisis por cohorte priorizada 2026: solicitudes, pendientes, no entrega efectiva y entrega efectiva de medicamentos (enero-mayo de 2026)...	69
7.3	Dispensación de medicamentos en cohortes priorizadas de alto riesgo: continuidad terapéutica y riesgo clínico.....	77
7.4	Indicadores dispensación de medicamentos.....	79
8.	ANÁLISIS FINANCIERO.....	82
8.1	Estado de situación financiera.....	83
8.2	Patrimonio.....	91
8.3	Cuentas por pagar.....	94
8.4	Reservas técnicas.....	96
8.5	Endeudamiento.....	98
8.6	Siniestralidad.....	101
9.	CONCLUSIONES.....	103
10.	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	111
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	120

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Porcentaje frente a la población proyectada por el DANE.....	10
Tabla 2.	Distribución de afiliados de Capital Salud EPS en Bogotá por régimen, junio de 2026.....	11
Tabla 3.	Afiliados en Bogotá por EPS, junio de 2026.....	12
Tabla 4.	Evolución de la afiliación de Capital Salud EPS, cierres 2021-2025 y junio de 2026.....	13
Tabla 5.	N° de afiliados de Capital Salud régimen subsidiado por localidad en enero-junio 2025, diciembre de 2025 y junio de 2026.....	17

Tabla 6. Afiliados por entidad territorial y participación de Capital Salud EPS, a junio de 2026.....	21
Tabla 7. Afiliados a Capital Salud EPS en Bogotá por cruce Sisbén, a junio de 2026	22
Tabla 8. Porcentaje de incumplimiento en la oportunidad de respuesta por tipo de manifestación, primer semestre de 2026.....	30
Tabla 9. Principales motivos de manifestaciones, Capital Salud EPS, primer semestre de 2026.....	34
Tabla 10. Principales servicios y especialidades relacionados con falta de oportunidad, Capital Salud EPS, enero-junio de 2026.....	35
Tabla 11. Razón de mortalidad materna a 42 días, Capital Salud EPS, cortes acumulados 2026.....	41
Tabla 12. Tasa reportada de Capital Salud EPS frente a meta distrital de Bogotá	44
Tabla 13. Casos y tasas de mortalidad infantil en la EAPB Capital Salud, Bogotá D.C., periodo enero-mayo 2026 preliminar.....	45
Tabla 14. Proporción de causas básicas de mortalidad infantil en la EAPB Capital Salud, Bogotá D.C., periodo enero-mayo 2026 preliminar.....	47
Tabla 15. Meta, población vacunada y cobertura de pentavalente tercera dosis en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	50
Tabla 16. Meta, población vacunada y cobertura de triple viral primera dosis en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	51
Tabla 17. Meta, población vacunada y cobertura del primer refuerzo de triple viral en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	52
Tabla 18. Meta, población vacunada y cobertura de fiebre amarilla en niños y niñas de 18 a 23 meses afiliados a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026	53
Tabla 19. Meta, población vacunada y cobertura del segundo refuerzo de DPT en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	54
Tabla 20. Meta, población vacunada y cobertura de VPH en niñas de nueve años afiliadas a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	55

Tabla 21. Meta, población vacunada y cobertura de VPH en niños de nueve años afiliados a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	55
Tabla 22. Avance de la vacunación contra fiebre amarilla en las cohortes de nacimiento 2006-2022 afiliadas a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	56
Tabla 23. Avance de la vacunación contra sarampión-rubéola en las cohortes de nacimiento 2010-2019 afiliadas a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026.....	57
Tabla 24. Distribución porcentual de casos con inoportunidad en procesos de referencia por asegurador e IPS objeto de seguimiento.....	59
Tabla 25. Distribución porcentual de casos con inoportunidad en trámites de referencia en red contratada por Capital Salud EPS.....	60
Tabla 26. Distribución porcentual de casos con inoportunidad en trámites de referencia en red no contratada por Capital Salud EPS.....	61
Tabla 27. Población asegurada y disponibilidad territorial de puntos físicos de dispensación de Capital Salud EPS, Bogotá D.C., junio de 2026.....	64
Tabla 28. Medicamentos solicitados por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026.....	70
Tabla 29. Medicamentos pendientes por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026.....	72
Tabla 30. Medicamentos pendientes sin entrega efectiva por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026.....	73
Tabla 31. Porcentaje de medicamentos pendientes sin entrega efectiva por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026.....	75
Tabla 32. Resumen de medicamentos pendientes sin entrega en cohortes priorizadas, Capital Salud EPS.....	78
Tabla 33. Comportamiento de indicadores de dispensación de medicamentos, Bogotá, enero a mayo de 2026.....	80
Tabla 34. Estado de Situación Financiera de enero a mayo de 2026 (Cifras en millones de pesos).....	84

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Tendencia de afiliados Capital Salud EPS por régimen 2021-junio de 2026, Bogotá D.C.....	15
Gráfica 2. Afiliados por edad y género Capital Salud EPS – Bogotá D.C.....	15
Gráfica 3. Tasa de reclamos con corte a mayo de 2026, Bogotá D.C.....	27
Gráfica 4. Relación entre la población asegurada y los puntos físicos de dispensación de Capital Salud EPS por localidad, Bogotá D.C., junio de 2026.....	65
Gráfica 5. Total, de activos y pasivos de enero a mayo de 2026 (cifras en millones)	89
Gráfica 6. Patrimonio Capital Salud EPS Enero a mayo de 2026 (cifras en millones)	92
Gráfica 7. Cuentas por pagar (cifras en millones).....	94
Gráfica 8. Reservas técnicas enero a mayo de 2026 (cifras en millones de pesos)	97
Gráfica 9. Porcentaje de endeudamiento Capital Salud EPS, enero a mayo de 2026	99
Gráfica 10. Siniestralidad acumulada de Capital Salud EPS, enero a mayo de 2026	101

1. INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones en el sector salud requiere el análisis sistemático de información objetiva, verificable y proveniente de fuentes confiables, que permita evaluar integralmente el desempeño de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el marco de las competencias asignadas a las entidades territoriales por la normatividad vigente, corresponde adelantar acciones de dirección, coordinación, inspección, vigilancia y seguimiento sobre la operación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), con el fin de contribuir a la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud y a la adecuada gestión de los riesgos que puedan afectar la prestación de los servicios a la población afiliada.

En este contexto, el análisis técnico basado en evidencia constituye un instrumento esencial para sustentar decisiones orientadas al fortalecimiento de la gobernanza del sistema, la protección de los usuarios, la identificación oportuna de riesgos operacionales, asistenciales y financieros, así como la adopción de medidas preventivas y correctivas que favorezcan la continuidad, oportunidad, accesibilidad, calidad y resolutivez de la atención en salud. Asimismo, permite focalizar las acciones de inspección, vigilancia y seguimiento mediante la identificación de alertas tempranas, brechas de desempeño y factores que puedan comprometer la garantía de los servicios de salud.

El presente informe tiene como objetivo realizar una evaluación integral de la operación de Capital Salud EPS en el Distrito Capital, a partir del análisis de sus principales dimensiones de desempeño. Para ello, se examinan aspectos relacionados con la caracterización demográfica y epidemiológica de la población afiliada, la gestión integral del riesgo en salud, la organización y funcionamiento de la red de prestación de servicios, y el acceso efectivo a la atención, con énfasis en indicadores de oportunidad, continuidad y capacidad resolutivez. De manera complementaria, se incorporan las manifestaciones ciudadanas, incluyendo peticiones, quejas, reclamos y demás requerimientos, como fuente de información

relevante para la identificación de barreras de acceso, riesgos en la atención y tendencias asociadas a la experiencia de los usuarios. Igualmente, se analiza la situación financiera de la entidad, considerando elementos relacionados con la administración de los recursos del aseguramiento y su posible incidencia en la sostenibilidad operativa y la garantía de la prestación de servicios de salud.

El informe se fundamenta en la revisión y análisis de la información reportada por Capital Salud EPS, complementada con los resultados de las actuaciones adelantadas por el equipo de Inspección, Vigilancia y Seguimiento (IVS) de la Secretaría Distrital de Salud, así como con la evaluación de indicadores, reportes, alertas y demás información oficial publicada por la Superintendencia Nacional de Salud y otras fuentes institucionales. La integración y triangulación de estas evidencias permite consolidar hallazgos con sustento técnico, identificar brechas y riesgos relevantes para la gestión del aseguramiento y generar insumos para la toma de decisiones institucionales orientadas al fortalecimiento del seguimiento, la definición de acciones de mejora y la protección de la población afiliada en el Distrito Capital.

Nota metodológica: El presente informe integra información con fechas de corte diferenciadas, de acuerdo con la disponibilidad, periodicidad de reporte, consolidación, depuración y validación de cada fuente. Los datos de afiliación, caracterización territorial, gestión de PQRS, barreras de acceso y seguimiento de casos GAMA se encuentran actualizados a junio de 2026. La tasa oficial de reclamos acumulados en doce meses, los indicadores de mortalidad materna e infantil, la información de medicamentos por cohortes priorizadas, los indicadores de dispensación y el análisis financiero presentan corte a mayo de 2026. Por su parte, las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones corresponden al periodo enero-marzo de 2026.

En consecuencia, los resultados deben interpretarse conforme al periodo específico indicado en cada capítulo, tabla, gráfica y fuente. La fecha de elaboración, recepción o consulta de un documento no modifica el corte efectivo de los datos analizados. Las comparaciones entre componentes deben realizarse con cautela, dado que no todos corresponden al mismo periodo de observación ni utilizan iguales universos, denominadores o metodologías de cálculo. Esta diferencia temporal no implica ausencia de actualización del informe, sino que responde a los procesos técnicos de producción, minería, consolidación y validación de la información institucional disponible al momento de su elaboración.

2. ANTECEDENTES

La Secretaría Distrital de Salud, en su calidad de entidad rectora en salud del Distrito Capital, tiene la responsabilidad de orientar, coordinar y evaluar las acciones encaminadas a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En desarrollo de esta función, debe propiciar las condiciones necesarias para asegurar el acceso oportuno, continuo, integral y de calidad a los servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las competencias asignadas por la normatividad vigente.

La Ley 715 de 2001 establece las competencias de las entidades territoriales en materia de salud, otorgándoles responsabilidades relacionadas con la dirección, coordinación, supervisión, seguimiento y evaluación del sector, así como con la vigilancia del cumplimiento de las políticas, normas técnicas, científicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas funciones buscan contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema y a la protección de los derechos de la población, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras autoridades de inspección, vigilancia y control.

Por su parte, la Ley 1122 de 2007 define las funciones esenciales e indelegables de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entre las que se encuentran la gestión del riesgo en salud, la gestión del riesgo financiero, la organización y articulación de la prestación de servicios para la población afiliada, la garantía de la calidad de la atención y la representación de los usuarios ante los demás actores del sistema. Estas responsabilidades constituyen elementos fundamentales para la adecuada operación del aseguramiento y para la garantía efectiva del acceso a los servicios de salud. De igual manera, la Ley 1438 de 2011 fortaleció las competencias de las entidades territoriales en materia de aseguramiento, prestación de servicios e inspección, vigilancia y control, consolidando su papel en el seguimiento al desempeño de los actores del sistema y en la identificación de riesgos que puedan afectar la atención de la población.

En este marco normativo y funcional, la Secretaría Distrital de Salud adelanta acciones de Inspección, Vigilancia y Seguimiento (IVS) sobre la operación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con presencia en el Distrito Capital, con el propósito de verificar el cumplimiento de sus obligaciones legales, contractuales y regulatorias frente a la población afiliada. Estas actuaciones permiten evaluar el desempeño institucional, identificar oportunamente riesgos operativos, asistenciales, financieros y de gestión, detectar barreras de acceso y posibles afectaciones en la continuidad y calidad de la atención, así como generar información técnica que sirva de soporte para la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento del aseguramiento y la protección del derecho fundamental a la salud.

2.1 Contexto del aseguramiento en Bogotá ¹

A junio 30 de 2026, Bogotá D.C. registraba 8.157.221 afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cifra superior a la proyección poblacional del DANE para la ciudad (7.935.898 habitantes) y equivalente a una cobertura aproximada de 102,8%. Este comportamiento es consistente con la dinámica propia del aseguramiento en salud y puede estar influido por fenómenos como afiliación múltiple, movilidad poblacional, portabilidad entre territorios, rezagos en la actualización de novedades y procesos de depuración administrativa de las bases de datos.

En cuanto a la composición del aseguramiento, se mantiene un claro predominio del régimen contributivo, con 5.968.537 afiliados, seguido del régimen subsidiado, con 1.827.674 afiliados; por su parte, los regímenes de excepción y especiales

¹ **Nota metodológica sobre cifras de afiliación: **Las cifras de afiliación de Capital Salud EPS utilizadas en este informe corresponden a fuentes, fechas de corte y propósitos analíticos distintos; por tanto, no son directamente comparables entre sí ni deben interpretarse como inconsistencias. Cada valor empleado responde al denominador específico requerido para el análisis de aseguramiento, participación territorial, PQRS, red farmacéutica o caracterización de población subsidiada, según la fuente y el periodo de referencia de cada apartado.

concentran 361.010 afiliados. Esta distribución refleja la importancia del componente contributivo en la estructura del aseguramiento de la ciudad, sin desconocer el peso creciente del subsidiado y la necesidad de mantener seguimiento permanente sobre la consistencia, actualización y trazabilidad de la información poblacional reportada.

Tabla 1. Porcentaje frente a la población proyectada por el DANE

Afiliados por Régimen	Cantidad	Porcentaje frente a la población proyectada por el DANE
Régimen Contributivo	5.968.537	75,2%
Régimen Subsidiado	1.827.674	23,0%
Regímenes de Excepción (estimado)	361.010	4,5%
Total de afiliados	8.157.221²	102,8%

Fuente: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de junio de 2026; Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de junio de 2026; proyección DANE actualización post COVID-19; reporte EAPB exceptuadas II semestre 2025.

² A junio 30 de 2026, y de acuerdo con la información oficial de afiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá registra un total de 8.157.221 afiliados, cifra superior a la proyección poblacional del DANE, estimada en 7.935.898 habitantes. Esto equivale a una cobertura administrativa aproximada del 102,8%, comportamiento consistente con la dinámica propia del sistema de aseguramiento y que puede explicarse por factores como movilidad entre territorios, portabilidad, fenómenos migratorios, afiliaciones múltiples, rezagos en la actualización de novedades y diferencias en los procesos de depuración de las bases administrativas. En consecuencia, este indicador debe interpretarse como una cobertura administrativa del aseguramiento y no como una cobertura poblacional efectiva estrictamente equivalente al 100% de la población residente.

Capital Salud EPS registró en Bogotá D.C. 902.093 afiliados a junio de 2026, equivalentes al 11,57% dentro del universo contributivo-subsidiado y al 11,06% del total distrital de aseguramiento, cuando se incluyen los regímenes especiales y de excepción. De este total, 840.362 afiliados corresponden al régimen subsidiado, equivalentes al 93,16%, y 61.731 al régimen contributivo, equivalentes al 6,84%. Esta composición confirma el predominio del régimen subsidiado y orienta la lectura técnica hacia condiciones de vulnerabilidad, gestión territorial del riesgo y garantía efectiva del acceso.

Tabla 2. Distribución de afiliados de Capital Salud EPS en Bogotá por régimen, junio de 2026

Afiliados Capital Salud EPS por régimen	Cantidad	% sobre total Capital Salud EPS Bogotá
Régimen Contributivo	61.731	6,84%
Régimen Subsidiado	840.362	93,16%
Total, afiliados Capital Salud EPS Bogotá	902.093	100,00%

Fuente: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de junio de 2026; Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de junio de 2026.

Dentro del universo de afiliados a EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Bogotá D.C., Capital Salud EPS participa con el 11,57%, ubicándose como la quinta EPS con mayor volumen de afiliados en la ciudad, después de Sanitas, Compensar, Famisanar y Salud Total. La Tabla 3 presenta la distribución de afiliados por EPS y régimen, con corte a junio de 2026.

Tabla 3. Afiliados en Bogotá por EPS, junio de 2026

Nombre entidad	Contributivo afiliados	% Contributivo	Subsidiado afiliados	% Subsidiado	Total, afiliados	Participación total
Sanitas	1.650.619	91,63%	150.851	8,37%	1.801.470	23,11%
Compensa	1.295.976	86,76%	197.804	13,24%	1.493.780	19,16%

r					0	
Famisanar	924.835	80,41%	225.377	19,59%	1.150.212	14,75%
Salud Total	904.596	81,51%	205.165	18,49%	1.109.761	14,23%
Capital Salud	61.731	6,84%	840.362	93,16%	902.093	11,57%
Nueva EPS	433.021	78,89%	115.869	21,11%	548.890	7,04%
Sura	437.632	87,09%	64.900	12,91%	502.532	6,45%
Aliansalud	250.920	100,00%	0	0,00%	250.920	3,22%
Coosalud	6.497	19,25%	27.249	80,75%	33.746	0,43%
Ferrocarriles Nacionales	2.671	100,00%	0	0,00%	2.671	0,03%
Mallamas	39	28,68%	97	71,32%	136	0,00%
Total general	5.968.537	76,56%	1.827.674	23,44%	7.796.211³	100,00%

Fuente: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de junio de 2026; Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de junio de 2026.

En comparación con las demás EPS que operan en Bogotá D.C., Capital Salud EPS presenta una composición diferencial, dado que su población se concentra mayoritariamente en el régimen subsidiado, a diferencia de Sanitas, Compensar, Famisanar, Salud Total, Nueva EPS y Sura, donde predomina el régimen contributivo. Esta característica le otorga un peso estratégico dentro del

³ Nota aclaratoria sobre la participación de Capital Salud EPS en Bogotá D.C.: La participación porcentual de Capital Salud EPS varía según el denominador utilizado para el análisis. Si se toma como referencia el total distrital de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los regímenes contributivo, subsidiado, especiales y de excepción, Bogotá registra 8.157.221 afiliados a junio de 2026; en este escenario, los 902.093 afiliados de Capital Salud EPS representan el 11,06% del aseguramiento total de la ciudad. No obstante, si el análisis se limita únicamente al universo de afiliados a EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, cuyo total asciende a 7.796.211 afiliados, la participación de Capital Salud EPS corresponde al 11,57%. En consecuencia, para evitar interpretaciones inconsistentes, en el informe se deberá precisar el denominador empleado en cada apartado: 11,06% frente al total distrital de aseguramiento y 11,57% dentro del universo contributivo-subsidiado.

aseguramiento distrital, no solo por su volumen de afiliados, sino por el perfil de vulnerabilidad de la población a cargo y por las implicaciones que esto tiene sobre la suficiencia de red, la gestión del riesgo y la garantía del acceso efectivo.

Esta distribución porcentual implica que la lectura de la operación de Capital Salud EPS en Bogotá no debe limitarse al volumen total de afiliados, sino que debe considerar el perfil mayoritariamente subsidiado de su población, asociado a mayores necesidades de gestión territorial, seguimiento de cohortes, demanda inducida, articulación con la red pública y control de barreras de acceso. En consecuencia, los análisis de suficiencia de red, oportunidad en la asignación de citas, entrega de medicamentos, gestión de PQRSD y resultados en salud deben priorizar las localidades con mayor concentración de población subsidiada, así como los territorios donde se identifiquen brechas de acceso, mayor carga de vulnerabilidad, dispersión geográfica o menor disponibilidad relativa de servicios.

A continuación, la tabla 4 presenta la evolución de la afiliación de Capital Salud EPS entre 2021 y junio de 2026, desagregada por régimen contributivo, subsidiado y total de afiliados.

Tabla 4. Evolución de la afiliación de Capital Salud EPS, cierres 2021-2025 y junio de 2026

Capital Salud EPS	2021	2022	2023	2024	2025	jun-2026
Contributivo	63.365	78.589	59.112	58.140	61.961	61.731
Subsidiado	895.42	887.151	879.27	818.621	838.191	840.362
	9		7			
Total de afiliados	958.79	965.740	938.38	876.761	900.152	902.093
	4		9			

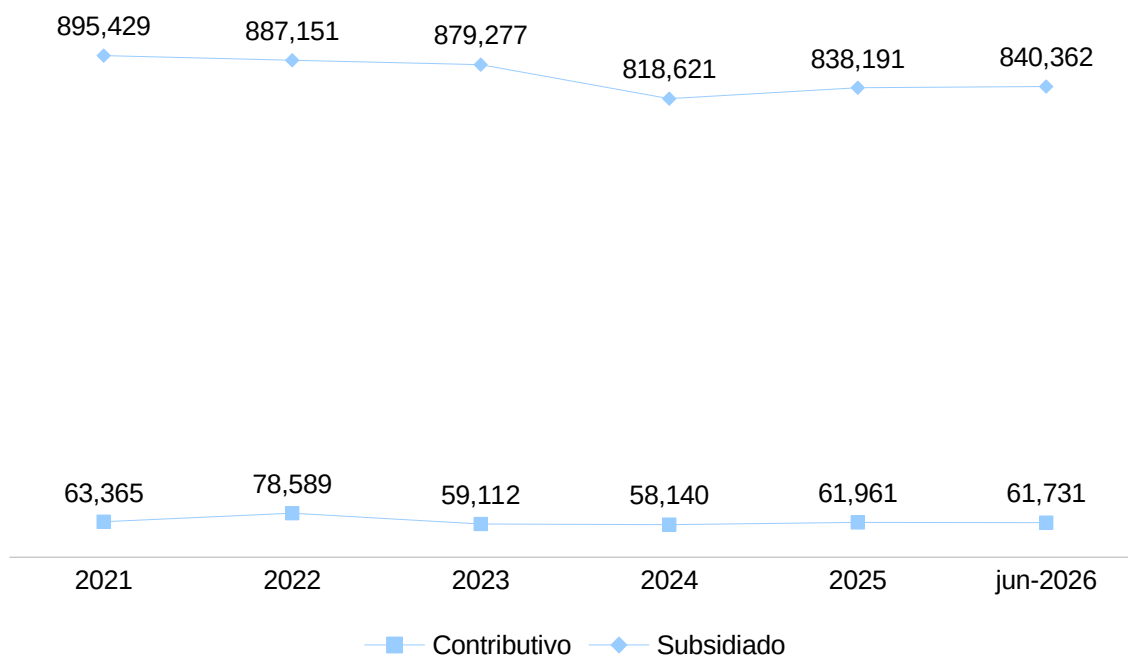
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de aseguramiento en salud, datos para descarga, corte a 30 de junio de 2026. Consultado el 8 de julio de 2026 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Entre diciembre de 2021 y junio de 2026, la población afiliada de Capital Salud EPS en Bogotá D.C. presentó una disminución neta de 56.701 usuarios, al pasar de 958.794 afiliados en 2021 a 902.093 afiliados con corte a junio de 2026, lo que representa una variación acumulada aproximada de -5,9%. El comportamiento de la serie no es lineal: se observa un leve aumento en 2022, seguido de descensos en 2023 y 2024, una recuperación parcial en 2025 y una estabilización moderada durante el primer semestre de 2026. En efecto, frente a diciembre de 2025, cuando la EPS registraba 900.152 afiliados, el corte a junio de 2026 muestra un incremento de 1.941 usuarios, equivalente a una variación aproximada de 0,2%.

Desde una lectura técnica, este comportamiento sugiere que, aunque en 2025 y el primer semestre de 2026 se evidencia una recuperación parcial del número de afiliados, esta no compensa completamente la reducción acumulada observada desde 2021. Por tanto, el análisis de la operación de Capital Salud EPS en Bogotá no debe limitarse al volumen global de afiliación, sino incorporar variables como la concentración territorial, el predominio del régimen subsidiado, la distribución por localidades, la presión sobre la red pública y complementaria, la demanda de servicios, la carga de PQRSD y las condiciones de acceso efectivo.

En consecuencia, la suficiencia de red, la oportunidad en citas, el suministro de medicamentos y los resultados en salud deben analizarse considerando no solo cuántos afiliados tiene la EPS, sino dónde se concentran, qué nivel de vulnerabilidad presentan y qué capacidad real tiene la red para responder a sus necesidades en cada territorio.

Gráfica 1. Tendencia de afiliados Capital Salud EPS por régimen 2021-junio de 2026, Bogotá D.C.

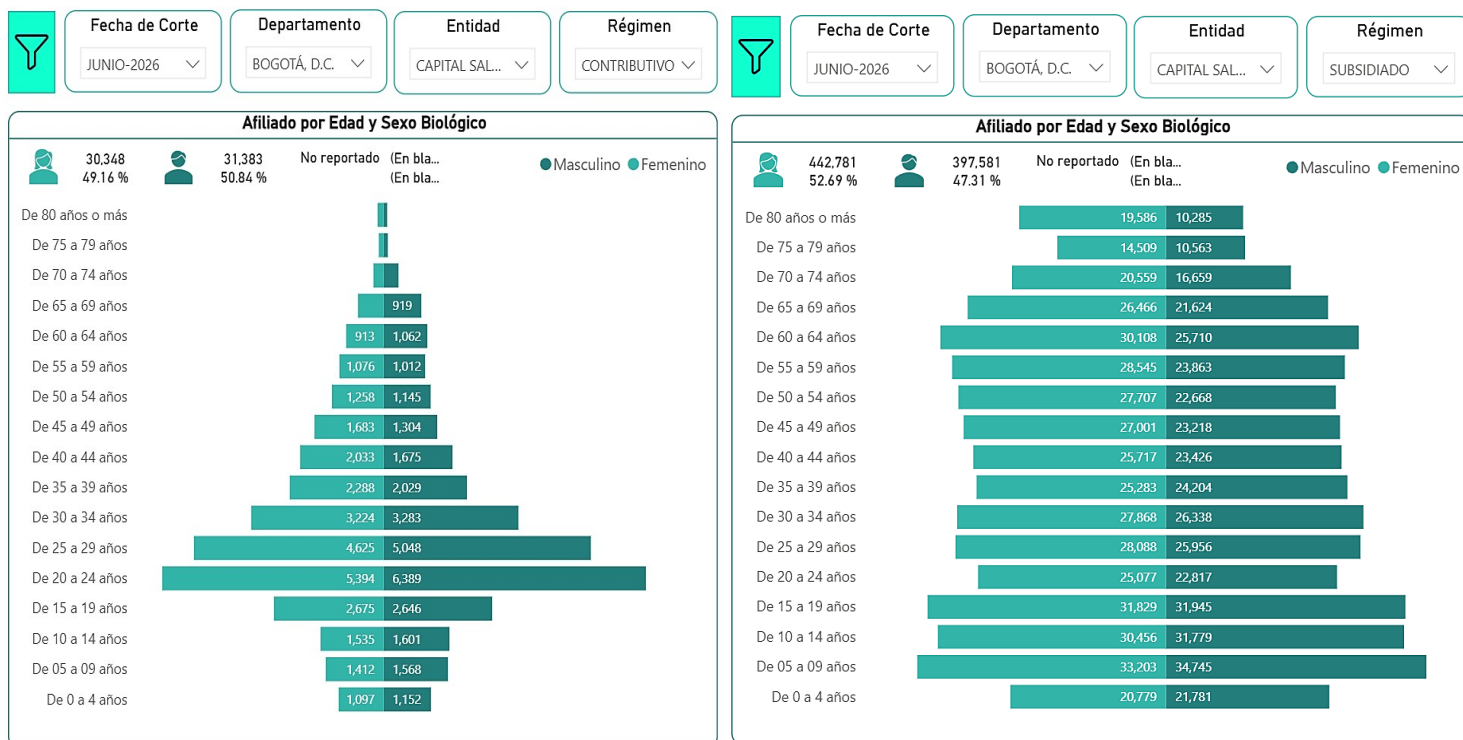


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de aseguramiento en salud, datos para descarga, corte a 30 de junio de 2026. Consultado el 8 de julio de 2026 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

En cuanto a la composición por sexo biológico, la Gráfica 2 evidencia diferencias moderadas entre los dos regímenes de afiliación de Capital Salud EPS en Bogotá D.C. En el régimen subsidiado predomina la población femenina, con 442.781 mujeres, equivalentes al 52,69 %, frente a 397.581 hombres, correspondientes al 47,31 %. La diferencia asciende a 45.200 personas, equivalente a 5,38 puntos porcentuales.

Aunque las brechas por sexo no son amplias, su identificación resulta relevante para orientar acciones de gestión del riesgo, demanda inducida, implementación de RIAS y estrategias de salud pública con mayor pertinencia, de acuerdo con el perfil poblacional de cada régimen.

Gráfica 2. Afiliados por edad y género Capital Salud EPS – Bogotá D.C.



Fuentes: Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de afiliación en salud, corte a 06-2026.
<https://www.minsalud.gov.co/Proteccion-Social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

En el régimen contributivo se observa el comportamiento contrario, aunque con una distribución más equilibrada. Los hombres representan 31.383 afiliados —50,84 %—, mientras que las mujeres corresponden a 30.348 afiliadas —49,16 %—. La diferencia es de 1.035 personas, equivalente a 1,68 puntos porcentuales. Aunque las diferencias por sexo no son amplias, su análisis resulta relevante para orientar la gestión integral del riesgo, la demanda inducida, la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y las estrategias de promoción y prevención, de acuerdo con las características demográficas de cada régimen.

En cuanto a la estructura por edad, el régimen subsidiado presenta su mayor concentración en el grupo de 5 a 9 años, con 67.948 afiliados, equivalentes aproximadamente al 8,1 % del total de este régimen. Le siguen los grupos de 15 a 19 años, con 63.774 afiliados, y de 10 a 14 años, con 62.235. Este comportamiento evidencia una participación importante de población infantil y adolescente, que

requiere acciones sostenidas de promoción del crecimiento y desarrollo, vacunación, salud oral, salud mental, prevención de violencias, educación para la salud y detección temprana de riesgos.

Por su parte, el régimen contributivo presenta una estructura predominantemente joven. El grupo de 20 a 24 años concentra el mayor número de afiliados, con 11.783 personas, equivalentes al 19,1 % del régimen; seguido del grupo de 25 a 29 años, con 9.673 afiliados, y del grupo de 30 a 34 años, con 6.507. Esta composición demanda fortalecer intervenciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención de enfermedades crónicas y detección temprana de riesgos, sin desconocer las necesidades de seguimiento clínico de la población adulta y adulta mayor.

Tabla 5. N° de afiliados de Capital Salud régimen subsidiado por localidad en enero-junio 2025, diciembre de 2025 y junio de 2026

Localidad	ene-25	jun-25	dic-25	jun-26
01. USAQUÉN	21.112	20.988	21.956	22.529
02. CHAPINERO	5.471	5.390	5.642	5.882
03. SANTA FE	21.871	21.715	22.365	23.280
04. SAN CRISTÓBAL	64.062	63.030	63.601	64.227
05. USME	70.376	69.433	69.802	70.114
06. TUNJUELITO	24.483	24.135	24.649	24.722
07. BOSA	98.199	96.931	98.469	99.387
08. KENNEDY	91.482	91.684	93.951	97.384
09. FONTIBÓN	17.288	17.241	17.851	18.282
10. ENGATIVÁ	50.302	49.820	51.552	52.220
11. SUBA	58.081	57.529	59.730	60.829
12. BARRIOS UNIDOS	8.002	8.129	8.426	8.712
13. TEUSAQUILLO	1.849	1.970	2.098	2.282
14. LOS MÁRTIRES	12.676	12.962	13.389	13.962
15. ANTONIO NARIÑO	7.184	7.189	7.421	7.639
16. PUENTE ARANDA	14.956	15.068	15.728	16.182

Localidad	ene-25	jun-25	dic-25	jun-26
17. LA CANDELARIA	4.008	4.011	4.112	4.182
18. RAFAEL URIBE URIBE	59.786	58.878	59.983	60.930
19. CIUDAD BOLÍVAR	118.104	116.096	117.296	118.609
20. SUMAPAZ	1.229	1.235	1.211	1.226
21. NO REFERIDA ⁴	68.022	62.928	61.117	67.782
TOTAL, GENERAL	818.543	806.362	820.349	840.362

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, estadísticas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corte junio de 2026.

Ahora bien, según la tabla 5, la afiliación del régimen subsidiado de Capital Salud EPS presentó una disminución durante el primer semestre de 2025, al pasar de 818.543 afiliados en enero a 806.362 en junio, lo que corresponde a una reducción de 12.181 personas —1,49 %—. Posteriormente se observa una recuperación sostenida: en diciembre de 2025 la población alcanzó 820.349 afiliados y en junio de 2026 ascendió a 840.362.

Entre enero de 2025 y junio de 2026 se registró un crecimiento neto de 21.819 afiliados —2,67 %—. Frente a junio de 2025, el aumento fue de 34.000 personas —4,22 %—, mientras que entre diciembre de 2025 y junio de 2026 el incremento correspondió a 20.013 afiliados —2,44 %—. Este comportamiento evidencia una recuperación del volumen de afiliación durante el segundo semestre de 2025 y el primer semestre de 2026.

Desde la perspectiva territorial, la afiliación se concentra principalmente en localidades del sur, suroccidente y occidente de Bogotá. Con corte a junio de 2026, las localidades con mayor número de afiliados son Ciudad Bolívar, con 118.609;

⁴ “No referida” significa que esos afiliados no tienen una localidad identificada o reportada en la base de datos utilizada. Es decir, la EPS o la fuente de información registra a la persona afiliada, pero no permite asignarla con precisión a una de las 20 localidades de Bogotá.

Bosa, con 99.387; Kennedy, con 97.384; Usme, con 70.114; San Cristóbal, con 64.227; Rafael Uribe Uribe, con 60.930; y Suba, con 60.829.

Estas siete localidades concentran 571.480 afiliados, equivalentes al 68,0 % de la población subsidiada de Capital Salud EPS en Bogotá. Al incluir Engativá, con 52.220 usuarios, la concentración asciende a 623.700 afiliados —74,22 %—.

Durante el primer semestre de 2026, los mayores incrementos absolutos frente a diciembre de 2025 se registraron en Kennedy, con 3.433 afiliados adicionales; Ciudad Bolívar, con 1.313; Suba, con 1.099; Rafael Uribe Uribe, con 947; Bosa, con 918; y Santa Fe, con 915. Este crecimiento refuerza la necesidad de evaluar si la capacidad instalada, la red primaria, la atención especializada, la dispensación de medicamentos y los procesos de referencia evolucionan al mismo ritmo que la población afiliada.

La distribución territorial y la estructura por edad muestran que las localidades con mayor afiliación no solo concentran una elevada población subsidiada, sino también una demanda heterogénea asociada con niños, adolescentes, adultos y personas mayores. En consecuencia, la gestión territorial no debe limitarse al número total de afiliados, sino incorporar el perfil demográfico, la carga de enfermedad, las condiciones sociales, la disponibilidad de servicios y las barreras efectivas de acceso.

En particular, Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Suba deben priorizarse en la evaluación de suficiencia de red, disponibilidad de agendas, acceso farmacéutico, demanda inducida, seguimiento de cohortes, vacunación, atención materno-infantil y gestión de enfermedades crónicas.

Finalmente, la categoría “No referida” registra 67.782 afiliados, equivalentes al 8,07 % del total subsidiado. Además, aumentó en 6.665 personas entre diciembre de 2025 y junio de 2026, cifra que representa aproximadamente una tercera parte del crecimiento neto del periodo. Este comportamiento constituye una alerta de calidad

de la información, porque limita la asignación territorial de la población y puede afectar la planeación de servicios, recursos e intervenciones.

Por tanto, se requiere fortalecer la actualización de direcciones, la georreferenciación, la validación de residencia, la depuración de novedades y el cruce con otras fuentes institucionales. Una proporción elevada de afiliados sin localidad identificada reduce la capacidad de orientar de manera precisa la gestión del riesgo y de evaluar la suficiencia territorial de la red.

2.2 Relación EPS – Ciudad – Región

Para el análisis de la relación EPS–Ciudad–Región se actualizó la información con corte a junio de 2026. El Ministerio de Salud y Protección Social dispone del conjunto oficial de cifras de afiliación correspondiente a este mes, construido a partir de la BDUA y bajo la metodología nacional de seguimiento territorial del aseguramiento.

Bogotá D.C. continúa siendo el principal territorio de operación de Capital Salud EPS, con **902.616 afiliados**, equivalentes al **78,02 %** del total de la entidad. Le sigue el departamento del Meta, con **241.254 afiliados —20,85 %—**, y Soacha, con **12.981 —1,12 %—**. En conjunto, estos tres territorios concentran la totalidad de la población reportada por la EPS para el corte analizado, lo que confirma una operación altamente concentrada en Bogotá y Meta, con una presencia comparativamente menor en Soacha.

Tabla 6 ⁵. Afiliados por entidad territorial y participación de Capital Salud EPS, a junio de 2026.

⁵ Nota metodológica: La Tabla 6 se elaboró con el reporte operativo por sucursal de Capital Salud EPS, que registra 902.616 afiliados en Bogotá y 1.156.851 en total. Los análisis por régimen, sexo, localidad y Sisbén utilizan la BDUA-ADRES, que reporta 902.093 afiliados en Bogotá. La diferencia de 523 registros responde a criterios de corte y actualización; por tanto, ambas cifras deben interpretarse según su fuente y no compararse como universos homologados.

Departamento / distrito	Territorio de operación	Total, de afiliados	Participación
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	902.616	78,02 %
Meta	Total, departamento	241.254	20,85 %
Cundinamarca	Soacha	12.981	1,12 %
Total, general		1.156.851	100,00 %

Fuente: Capital Salud EPS. Informe de comportamiento de PQRS, población afiliada por sucursal, corte junio de 2026. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de afiliación en salud, junio de 2026.

En comparación con mayo de 2026, Bogotá registró un incremento de 1.643 afiliados —0,18 %—; Meta aumentó en 153 —0,06 %—; y Soacha presentó un crecimiento de 100 afiliados —0,78 %—. Aunque las variaciones mensuales son moderadas, mantienen la tendencia de crecimiento de la población asegurada y refuerzan la necesidad de verificar que la capacidad de la red, las agendas, los servicios farmacéuticos y los mecanismos de referencia evolucionen de forma proporcional a la demanda.

Desde una perspectiva técnica, la operación de Capital Salud EPS presenta una alta dependencia de Bogotá D.C., no solo por el volumen de afiliados, sino por el perfil de la población asegurada. Conforme a la BDUA con corte al 30 de junio de 2026, en la ciudad se registran 840.362 afiliados al régimen subsidiado y 61.731 al contributivo, para un total de 902.093 personas. Por tanto, el 93,16 % de la afiliación distrital corresponde al régimen subsidiado, condición que implica mayores exigencias de gestión territorial del riesgo, articulación con la red pública, demanda inducida y seguimiento de población vulnerable.

La operación en el Meta representa aproximadamente una quinta parte de la población total de la EPS, por lo que constituye un segundo núcleo territorial de importancia estratégica. Su dispersión entre municipios urbanos y rurales exige considerar disponibilidad de prestadores, distancias geográficas, transporte asistencial, acceso a especialidades, oportunidad en la entrega de medicamentos y capacidad de respuesta de la red complementaria.

Soacha concentra una proporción menor de la afiliación total; sin embargo, su integración funcional con Bogotá, la movilidad cotidiana de la población y la presión compartida sobre la red de prestación requieren que su análisis no se limite al número absoluto de usuarios. La planeación debe considerar la residencia efectiva, la portabilidad, los flujos de atención y la continuidad entre prestadores de Bogotá y Cundinamarca.

Ahora bien, en el contexto del Decreto 182 de 2026, las condiciones relacionadas con la organización territorial del aseguramiento, la participación de las EPS, la suficiencia operativa y las reglas de transición deben analizarse de manera técnica y jurídica antes de sustentar decisiones de reorganización o modificación de la operación territorial.

Tabla 7. Afiliados a Capital Salud EPS en Bogotá por cruce Sisbén, a junio de 2026

Cruce Sisbén	Nº afiliados
Afiliación de oficio sin Sisbén IV	31.669
Con Sisbén IV - Grupo D	21.214
Con Sisbén IV - Nivel 1	301.746
Con Sisbén IV - Nivel 2	235.246
Con Sisbén IV de fuera de Bogotá	27.365
Población especial que no requiere Sisbén	98.562
Sin Sisbén IV - Adultos	43.242
Sin Sisbén IV - Menores de edad	81.318

Total, general	840.362
-----------------------	----------------

Fuente: BDUA-ADRES, corte 30 de junio de 2026; base de datos Sisbén certificada DNP vigente a 30 de junio de 2026; listados censales de poblaciones especiales, corte 30 de junio de 2026.

El cruce con el Sisbén confirma una alta concentración de población en condiciones de vulnerabilidad social. Los afiliados clasificados en los niveles 1 y 2 suman 536.992 personas, equivalentes al 63,9 % del total subsidiado. Esta concentración reafirma la necesidad de fortalecer la atención primaria, la demanda inducida, la gestión nominal del riesgo y la articulación territorial de la red.

Adicionalmente, 98.562 personas —11,73 %— pertenecen a poblaciones especiales que no requieren Sisbén; 81.318 —9,68 %— corresponden a menores de edad sin clasificación; y 43.242 —5,15 %— a adultos sin Sisbén IV. Estos grupos deben ser objeto de seguimiento diferencial para garantizar su identificación, permanencia en el aseguramiento y acceso efectivo a las intervenciones definidas según curso de vida.

Por su parte, los 27.365 afiliados con Sisbén de fuera de Bogotá —3,26 %— pueden reflejar movilidad poblacional, portabilidad, cambios de residencia aún no actualizados o rezagos en la depuración administrativa. Esta situación requiere conciliación entre residencia habitual, municipio de afiliación, lugar efectivo de atención y asignación territorial de la red.

En síntesis, Capital Salud EPS constituye un actor estratégico del aseguramiento distrital por su volumen de afiliados y, principalmente, por la concentración de población subsidiada y vulnerable. Su desempeño tiene incidencia directa sobre el acceso, la oportunidad de citas, la continuidad del cuidado, la entrega de medicamentos, la gestión de PQRSD, la referencia y contrarreferencia, la atención materno-perinatal, las coberturas de vacunación y los resultados en salud.

Asimismo, su operación es relevante para el desarrollo del Modelo de Salud MAS Bienestar, especialmente en los componentes de atención primaria, gestión

territorial del riesgo, fortalecimiento de redes integradas y reducción de barreras de acceso. Por ello, el comportamiento asistencial, operativo, territorial y financiero de la EPS debe considerarse un factor determinante para la gobernanza y sostenibilidad del sistema distrital de salud.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Analizar de manera integral la operación de la Capital Salud EPS en Bogotá, a partir del estudio de las manifestaciones ciudadanas, el desempeño financiero, los resultados en salud y la gestión del riesgo, con el fin de sustentar la toma de decisiones estratégicas de la Secretaría Distrital de Salud en su calidad de Ente Territorial.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Examinar el comportamiento de las Manifestaciones Ciudadanas — Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD)—, evaluando su volumen, tipología, oportunidad de respuesta y efectividad en la gestión, e identificando su relación con la experiencia del usuario y las principales barreras de acceso a los servicios de salud en Bogotá.

3.2.2 Analizar la situación financiera e identificar señales relacionadas con liquidez, estructura patrimonial, endeudamiento y sostenibilidad operativa.

3.2.3 Evaluar la gestión del riesgo en salud de Capital Salud EPS, con énfasis en los resultados materno-infantiles, la implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal y las coberturas de vacunación, mediante el análisis de eventos trazadores de mortalidad materna e infantil, el cumplimiento de las metas de

inmunización y las acciones de demanda inducida, captación, seguimiento y atención integral de gestantes, recién nacidos, niños y niñas.

3.2.4 Analizar las principales barreras de acceso reportadas por los afiliados y el funcionamiento de la red prestadora de Capital Salud EPS, a partir de las manifestaciones ciudadanas, los casos de inoportunidad en los procesos de referencia, remisión, traslado e interconsulta, y la disponibilidad territorial de los servicios, con el fin de identificar riesgos administrativos y operativos que puedan afectar el acceso efectivo, la continuidad y la capacidad resolutive de la atención en salud.

4. RECLAMACIONES EN SALUD⁶

En el marco del análisis de la experiencia de los usuarios y del desempeño operativo de Capital Salud EPS, las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias —PQRSD— constituyen una fuente relevante para identificar barreras de acceso, dificultades en la oportunidad y continuidad de la atención, incumplimientos en los tiempos de respuesta y limitaciones en la capacidad institucional para resolver las necesidades de la población afiliada. Su seguimiento permite dimensionar la frecuencia de las inconformidades, reconocer los principales motivos de reclamación y orientar las acciones de inspección, vigilancia y seguimiento.

De acuerdo con la base oficial de reclamos en salud, con corte a **mayo de 2026**, Capital Salud EPS registró **59.356 reclamos acumulados en los últimos 12 meses**, correspondientes al periodo comprendido entre junio de 2025 y mayo de

⁶ El reporte de Reclamos en salud se construye a partir de dos fuentes de información: la base de reclamos radicados ante la SNS y la Base de Datos Única de Afiliados- BDUA que contiene la información de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud publicada a través del cubo SISPRO_BDUA. Para el caso de esta segunda fuente de información se tienen en cuenta los afiliados que presentan los siguientes estados: activo, protección laboral, suspendido, suspendido por documento y suspendido por mora; así como los afiliados que se encuentran en movilidad. Lo anterior, considerando los Decretos 3047-2013 y 2635-2014. Superintendencia de salud – consultado el 30 de julio de 2026 en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/Abec%C3%A9%20reporte%20PQRSD.pdf>

2026. Para una población de referencia de **881.720 afiliados**, la entidad presentó una tasa de **673,18 reclamos por cada 10.000 afiliados**.

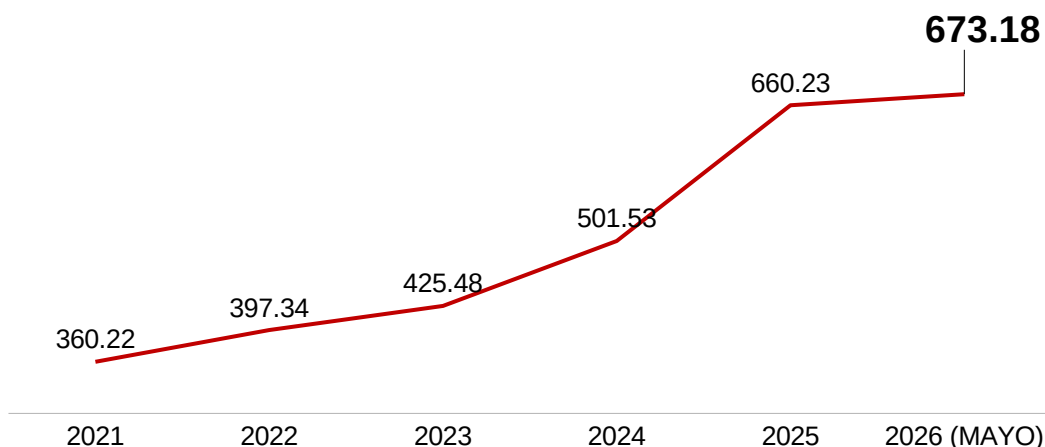
Este resultado representa un incremento de **87,85 puntos** frente a mayo de 2025, cuando la tasa fue de 585,33 reclamos por cada 10.000 afiliados, equivalente a una variación anual de **15,01 %**. El comportamiento evidencia que persiste una elevada frecuencia de inconformidades asociadas con el acceso, la oportunidad, la continuidad y la prestación de los servicios de salud, constituyendo una señal relevante sobre la capacidad de respuesta de la EPS y de su red prestadora.

La Gráfica 3 presenta la evolución de la tasa de reclamos en salud acumulados en 12 meses de Capital Salud EPS entre 2021 y mayo de 2026. La trayectoria muestra un crecimiento sostenido del indicador, al pasar de **360,22 reclamos por cada 10.000 afiliados en 2021 a 660,23 en diciembre de 2025**, y posteriormente a **673,18 en mayo de 2026**.

Durante 2026, la tasa aumentó de 658,31 en enero a 680,72 en abril, mes en el que alcanzó el valor más alto del periodo reciente. En mayo se presentó una reducción mensual de 7,54 puntos, equivalente al 1,11 %; sin embargo, este descenso no modifica la tendencia general de crecimiento, dado que el indicador permanece por encima de los valores observados en 2025.

En comparación con 2021, la tasa de mayo de 2026 presenta un incremento absoluto de **312,96 puntos** y una variación relativa de **86,88 %**, lo que significa que la frecuencia de reclamos es aproximadamente **1,87 veces** la registrada al inicio del periodo analizado. Este comportamiento sugiere la persistencia de barreras estructurales de acceso, oportunidad y capacidad resolutoria que requieren seguimiento prioritario y análisis complementario de los motivos, tiempos de respuesta, reiteración y cierre efectivo de los reclamos.

Gráfica 3. Tasa de reclamos con corte a mayo de 2026, Bogotá D.C.⁷



Fuente: Reclamos en salud por EPS Histórico Nacional de la Supersalud, consultado el 19 de julio de 2026 en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYTMwY2Y4ZjEtNWlOMC00YjAxLThjOGUtMjdiYWZhZjVlZjgzliwidCI6IjE3YzQwYzUxLWlxZGYtNGUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCIsImMiOiR9>

Tomando como referencia la comparación entre 2021 y mayo de 2026, la tasa de reclamos en salud acumulados en doce meses de Capital Salud EPS aumentó de 360,22 a 673,18 reclamos por cada 10.000 afiliados. Esta variación corresponde a un incremento absoluto de 312,96 puntos y a un crecimiento relativo de 86,88 %, lo que significa que la tasa observada en mayo de 2026 fue aproximadamente 1,87 veces la registrada en 2021.

La trayectoria evidencia un crecimiento sostenido del indicador durante el periodo analizado. La tasa pasó de 360,22 en 2021 a 660,23 reclamos por cada 10.000 afiliados en 2025 y posteriormente ascendió a 673,18 en mayo de 2026. Frente al

⁷ La serie histórica 2021-2025 corresponde a la **tasa de reclamos en salud acumulados en doce meses**, publicada por la Superintendencia Nacional de Salud. Para **mayo de 2026**, Capital Salud EPS registró **59.356 reclamos acumulados durante el periodo comprendido entre junio de 2025 y mayo de 2026**, con una población de referencia de **881.720 afiliados**, lo que corresponde a una tasa de **673,18 reclamos por cada 10.000 afiliados**, calculada mediante la fórmula: $59.356 / 881.720 \times 10.000$.

En consecuencia, el dato de mayo de 2026 conserva la misma naturaleza metodológica de la serie histórica, al corresponder a un indicador móvil acumulado en doce meses. No obstante, debe considerarse que los valores de 2021 a 2025 corresponden a cortes anuales, mientras que el dato de 2026 corresponde a un corte parcial a mayo. Por tanto, las comparaciones permiten identificar la trayectoria del indicador, pero no deben interpretarse como una comparación entre vigencias completas ni como evidencia aislada de una mejoría o deterioro estructural en la experiencia de los usuarios.

cierre de 2025, el incremento fue de 12,95 puntos, equivalente al 1,96 %. Aunque entre abril y mayo de 2026 se presentó una disminución mensual de 680,72 a 673,18, esta reducción puntual no modifica la tendencia acumulada, dado que el indicador se mantiene por encima de todos los valores anuales registrados entre 2021 y 2025.

Desde una perspectiva técnica, el comportamiento observado evidencia la persistencia de una frecuencia elevada y creciente de reclamaciones, compatible con posibles barreras en el acceso, la oportunidad, la continuidad de la atención y la capacidad resolutoria de Capital Salud EPS y su red prestadora. En consecuencia, la disminución mensual registrada en mayo debe interpretarse con cautela y complementarse con el análisis de los motivos de reclamación, los tiempos de respuesta, la reiteración de casos y la evolución de las barreras relacionadas con la asignación de citas, la entrega de medicamentos y la prestación oportuna de los servicios.

4.1 Comportamiento de las Reclamaciones – Capital Salud EPS

Las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015. En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 define los siguientes términos:

- *Reclamos de riesgo vital: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos de manera inmediata y en todo caso no podrán superar el término máximo de veinticuatro (24) horas.*
- *Reclamos de riesgo priorizado: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos y, en todo caso no podrán superar el término máximo de cuarenta y ocho (48) horas.*
- *Reclamos de riesgo simple: Los reclamos de riesgo simple en salud presentados directamente por los usuarios o a través de un tercero ante la*

*entidad responsable o ante esta Superintendencia y trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de setenta y dos **(72) horas** a partir de la fecha de radicación.*

- *Peticiones generales: Aquellas que contienen solicitudes de información y/o no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud, por tanto, serán respondidas de acuerdo a los términos definidos en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015*

En el marco del seguimiento a las metas del Plan Distrital de Desarrollo *Bogotá Camina Segura 2024–2027*, particularmente la orientada a mejorar la experiencia del usuario en el proceso de atención en salud, se analizó el comportamiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRSD), gestionadas por CAPITAL SALUD EPS durante el primer semestre de 2026.

Este análisis permitió evaluar el comportamiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) gestionadas por CAPITAL SALUD EPS durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026, con el propósito de identificar la oportunidad en la respuesta a las manifestaciones, las principales barreras de acceso a los servicios de salud reportadas por los usuarios y su incidencia en la experiencia de atención.

Con corte a mayo de 2026, Capital Salud EPS registró 59.356 reclamos en salud acumulados durante los últimos doce meses, correspondientes al periodo comprendido entre junio de 2025 y mayo de 2026. Para una población de referencia de 881.720 afiliados, la tasa alcanzó 673,18reclamos por cada 10.000 afiliados. Este resultado representa un incremento de 87,85 puntos —15,01 %— frente a mayo de 2025, cuando la tasa fue de 585,33, y confirma la persistencia de una frecuencia elevada de inconformidades relacionadas con el acceso, la oportunidad, la continuidad y la capacidad resolutoria de los servicios. Aunque en mayo se presentó una reducción de 7,54 puntos frente a abril de 2026, el indicador continúa

por encima de los valores observados en años anteriores, por lo que el descenso mensual debe interpretarse con cautela y no como evidencia de una mejora estructural en la experiencia de los afiliados.

4.2 Oportunidad en la respuesta a las PQRSD (Indicadores)

Con el fin de evaluar la oportunidad en la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), se presenta a continuación el porcentaje de incumplimiento en los tiempos de respuesta, discriminado por tipo de manifestación. El análisis se realiza con base en los plazos definidos en la Ley 1755 de 2015 y en la Circular 202315100000010-5 de la Superintendencia Nacional de Salud, las cuales definen tiempos diferenciales de respuesta de acuerdo con la clasificación del riesgo de cada manifestación.

La información analizada permite identificar el grado de cumplimiento normativo por parte de la EPS y dimensionar el impacto de los retrasos en la atención de las PQRSD, especialmente en aquellas clasificadas como riesgo vital y riesgo priorizado, determinante para la protección del derecho fundamental a la salud y para la adecuada prestación del servicio público de salud.

Tabla 8. Porcentaje de incumplimiento en la oportunidad de respuesta por tipo de manifestación, primer semestre de 2026

Indicador	Periodo	Definición Operacional	Porcentaje Incumplimiento (Casos fuera de término / total de casos)
Total, PQRSD determinadas como Riesgo Vital * 100	I Sem. 2026	63 / 77	81,82%
Total, PQRSD determinadas como de Riesgo Priorizado * 100	I Sem. 2026	6.880 / 7.948	86,56%
Total, PQRSD determinadas como de Riesgo Simple * 100	I Sem. 2026	22.136 / 23.329	94,88%

Indicador	Periodo	Definición Operacional	Porcentaje Incumplimiento (Casos fuera de término / total de casos)
Total, PQRSD determinadas como Generales * 100	I Sem. 2026	6.909 / 14.063	49,13%
TOTAL		35.988 / 45.417	79,24%

Fuente: Acta de Auditoría IVS Capital Salud EPS I Sem. 2026- Subcomponente Gestión Efectiva de PQRSD - Información reportada por la Entidad base de datos del aplicativo Ágil Salud de Capital Salud EPS

El análisis de los resultados evidencia que, durante el primer semestre de 2026, el porcentaje global de incumplimiento en la oportunidad de respuesta a las manifestaciones fue del 79,24%, equivalente a 35.988 PQRSD respondidas por fuera de los tiempos establecidos, de un total de 45.417 registradas. Estos resultados muestran que persisten dificultades para garantizar el cumplimiento de los términos definidos en la Ley 1755 de 2015 y en la Circular Externa 202315100000010-5 de la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente en las manifestaciones clasificadas por nivel de riesgo.

Las PQRSD clasificadas como Riesgo Simple registraron el mayor porcentaje de incumplimiento, con 94,88% (22.136 de 23.329 casos), evidenciando que la mayoría de estas manifestaciones fueron atendidas por fuera del término máximo de setenta y dos (72) horas. Debido a que esta categoría concentra el mayor volumen de registros, su comportamiento tiene una incidencia importante sobre el resultado global del indicador.

Por su parte, las manifestaciones clasificadas como Riesgo Priorizado presentaron un incumplimiento del 86,56% (6.880 de 7.948 casos), reflejando dificultades para garantizar la atención dentro del plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, establecido para situaciones que requieren una gestión prioritaria por su posible impacto en la continuidad de la atención.

En cuanto a las PQRSD de Riesgo Vital, se observó un incumplimiento del 81,81% (63 de 77 casos), lo que evidencia que una proporción significativa de estas manifestaciones, relacionadas con eventos que pueden comprometer la vida o la integridad de los usuarios, no fueron resueltas dentro del término máximo de veinticuatro (24) horas.

Finalmente, las Peticiones Generales registraron un porcentaje de incumplimiento del 49,12% (6.909 de 14.063 casos), resultado inferior al observado en las categorías de riesgo; sin embargo, evidencia que cerca de la mitad de estas solicitudes fueron respondidas por fuera del término legal de quince (15) días.

En conjunto, los resultados muestran que las mayores dificultades en la oportunidad de respuesta continúan concentrándose en las manifestaciones relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, particularmente aquellas que deben ser atendidas en plazos de 24, 48 y 72 horas. Este comportamiento sugiere la necesidad de fortalecer la articulación entre las áreas responsables de la gestión de PQRSD y los actores involucrados en la prestación de los servicios, con el fin de optimizar la disponibilidad de la información requerida para emitir respuestas oportunas, completas y de fondo, contribuyendo así a mejorar la experiencia de los usuarios y la garantía efectiva del derecho a la salud.

Ahora bien, al comparar los resultados del primer semestre de 2026 frente al mismo periodo de 2025, se observa una disminución del porcentaje global de incumplimiento, pasando de 83,32% a 79,24%, lo que representa una mejora en la oportunidad de respuesta. Esta variación se explica principalmente por la reducción del incumplimiento en las PQRSD clasificadas como Riesgo Priorizado, que pasó de 97,07% a 86,56% y en las Peticiones Generales, que disminuyeron de 52,15% a 49,12%.

No obstante, se evidenció un incremento en el porcentaje de incumplimiento de las manifestaciones clasificadas como Riesgo Vital, al pasar de 68,57% a 81,81%, así

como en las de Riesgo Simple, que aumentaron de 90,69% a 94,88%. Si bien el comportamiento global refleja una mejora en la oportunidad de respuesta, los resultados muestran que persisten retos importantes para garantizar el cumplimiento de los tiempos establecidos, especialmente en las categorías de mayor impacto sobre el acceso oportuno y la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

En este contexto, aunque se evidencia una mejora en el porcentaje global de incumplimiento frente al primer semestre de 2025, los niveles de inoportunidad observados en las categorías de riesgo continúan representando un desafío para la gestión de las PQRSD. Esta situación puede incidir en la oportunidad de acceso a los servicios de salud, favorecer la recurrencia de manifestaciones relacionadas con las mismas causas e incrementar la demanda sobre los diferentes canales de atención, con efectos sobre la percepción de calidad del servicio por parte de los afiliados.

4.3 Principales barreras de acceso identificadas

Con el propósito de identificar y priorizar las principales causas de inconformidad manifestadas por los usuarios, a continuación, se presentan los principales motivos de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) registradas durante la vigencia evaluada. La información se organiza según el número total de PQRSD y su porcentaje de participación, lo cual permite dimensionar la frecuencia relativa de cada motivo y facilitar la comprensión del impacto que estas situaciones tienen sobre el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención en salud.

Este análisis permite evidenciar las barreras más recurrentes que afectan la satisfacción del usuario y orientar la adopción de acciones correctivas enfocadas en la mejora de la prestación de los servicios de salud y en la garantía del derecho fundamental a la salud como servicio público esencial.

Tabla 9. Principales motivos de manifestaciones, Capital Salud EPS, primer semestre de 2026.

Motivo	Total, de PQRSD	% Participación
Oportunidad citas red Contratada	35.855	78,94 %
No suministro de Medicamentos	3.548	7,81 %
Demora en la Prestación de Servicios	2.472	5,44 %
Inconsistencias Sistemas de Información Aseguramiento	1.678	3,69 %
Dificultad Accesibilidad Administrativa	567	1,24 %
Otros	1.297	2,86 %
Total, de PQRSD	45.417	100 %

Fuente: Acta de Auditoría IVS Capital Salud EPS I Sem. 2026- Subcomponente Gestión Efectiva de PQRSD - Información reportada por la Entidad base de datos del aplicativo Ágil Salud de Capital Salud EPS

El análisis de los principales motivos de las PQRSD evidencia que las inconformidades de los usuarios se concentran principalmente en barreras relacionadas con el acceso oportuno a los servicios de salud. La mayor participación corresponde a la oportunidad en la asignación de citas de la red contratada, con 35.855 manifestaciones (78,94%), consolidándose como el principal motivo de inconformidad reportado por los afiliados y reflejando dificultades para garantizar el acceso oportuno a consultas y demás servicios ofertados por la red prestadora.

En segundo lugar, el no suministro de medicamentos registró 3.548 manifestaciones (7,81%), seguido por la demora en la prestación de servicios, con 2.472 casos (5,44%). Estos resultados evidencian que, además de las dificultades para acceder oportunamente a las citas, persisten barreras que afectan la continuidad de los tratamientos y la oportunidad en la atención requerida por los usuarios.

Por su parte, las inconsistencias en los sistemas de información del aseguramiento representaron 1.678 manifestaciones (3,69%), mientras que las relacionadas con dificultades de accesibilidad administrativa alcanzaron 567 casos (1,24%), lo que indica la permanencia de situaciones operativas y administrativas que pueden incidir en la gestión de los servicios y en la experiencia de los afiliados.

4.3.1 Falta de oportunidad en citas, consultas y servicios diagnósticos

Con corte al 30 de junio de 2026, Capital Salud EPS registró 6.660 manifestaciones asociadas con falta de oportunidad en la asignación de citas, consultas, procedimientos y servicios de apoyo diagnóstico. La información fue obtenida por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, a partir de los diferentes canales oficiales de atención de la Secretaría Distrital de Salud.

Para el análisis se homologaron denominaciones repetidas que presentaban diferencias de escritura o espacios adicionales. En particular, los registros de exámenes diagnósticos se consolidaron en 669 casos y los de ortopedia y traumatología en 342. Neurología y urología comparten el quinto lugar, con 212 manifestaciones cada una.

Tabla 10. Principales servicios y especialidades relacionados con falta de oportunidad, Capital Salud EPS, enero-junio de 2026

Puest o	Servicio o especialidad	Número de manifestaciones	Participación sobre el total
1	Exámenes diagnósticos	669	10,05 %
2	Oftalmología	493	7,40 %
3	Ortopedia y	342	5,14 %

Puest o	Servicio o especialidad	Número de manifestaciones	Participación sobre el total
	traumatología		
4	Otorrinolaringología	247	3,71 %
5	Neurología	212	3,18 %
5	Urología	212	3,18 %

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, Subdirección de Garantía del Aseguramiento. Información consolidada a partir de los canales oficiales de atención de la SDS, corte al 30 de junio de 2026.

Nota metodológica: Las seis categorías ubicadas en los cinco primeros puestos concentran 2.175 manifestaciones, equivalentes al 32,66 % de los 6.660 casos analizados. Neurología y urología comparten la quinta posición, con 212 manifestaciones cada una.

Los servicios ubicados en los cinco primeros puestos concentran **2.175 manifestaciones, equivalentes al 32,66 % del total**. Este resultado evidencia que la inoportunidad no se limita a una única especialidad, sino que se distribuye entre servicios diagnósticos, consultas especializadas y áreas médico-quirúrgicas de alta demanda.

Los exámenes diagnósticos constituyen la principal categoría, con 669 manifestaciones. Las demoras en este componente pueden afectar la confirmación diagnóstica, la definición de conductas clínicas y el inicio oportuno de los tratamientos. Su posición en el primer lugar sugiere la necesidad de revisar la disponibilidad de agendas, la capacidad instalada, los procesos de autorización y la articulación entre la consulta médica y los servicios de apoyo diagnóstico.

En segundo lugar, se encuentra oftalmología, con 493 casos, seguida de ortopedia y traumatología, con 342, y otorrinolaringología, con 247. La concentración de reclamaciones en estas especialidades puede estar relacionada con una demanda superior a la capacidad efectiva de la red, disponibilidad limitada de especialistas, tiempos prolongados de agenda o dificultades en la remisión y autorización de servicios.

Por su parte, **neurología y urología**, con 212 manifestaciones cada una, comparten el quinto lugar. La inoportunidad en estas especialidades resulta relevante debido a que puede retrasar la evaluación de condiciones progresivas, crónicas o de mayor complejidad, afectando el seguimiento clínico y la continuidad de la atención.

En conjunto, los resultados evidencian la necesidad de que Capital Salud EPS fortalezca el seguimiento de agendas, la suficiencia de la red especializada y diagnóstica, la gestión de autorizaciones y la trazabilidad de los usuarios pendientes. La persistencia de estas barreras puede retrasar diagnósticos y tratamientos, incrementar el uso de urgencias, favorecer la reiteración de PQRS y aumentar la utilización de mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud.

5. RESULTADOS EN SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO

5.1 Mortalidad materna

La mortalidad materna constituye uno de los eventos trazadores más sensibles para evaluar la calidad, oportunidad, continuidad e integralidad de la atención en salud de la población gestante. Su ocurrencia no solo refleja la severidad clínica de un evento individual, sino también la capacidad efectiva del asegurador y de la red prestadora para garantizar captación temprana, control prenatal oportuno, identificación y clasificación del riesgo, acceso a servicios especializados, referencia efectiva, atención segura del parto y seguimiento durante el puerperio.

Este evento se monitorea mediante la **Razón de Mortalidad Materna —RMM—**, indicador que relaciona el número de muertes maternas ocurridas durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, frente al número de nacidos vivos en el mismo periodo, expresado por cada 100.000 nacidos vivos. Su propósito es estimar el riesgo de morir por causas

relacionadas o agravadas por el embarazo, el parto o el puerperio, y constituye una medida fundamental para orientar acciones de vigilancia epidemiológica, gestión integral del riesgo, mejoramiento de la calidad de la atención y toma de decisiones en salud pública.

Durante la vigencia 2025, en Bogotá, D. C., la EAPB Capital Salud registró **dos casos de muerte materna**, con una **Razón de Mortalidad Materna preliminar de 36,85 por cada 100.000 nacidos vivos**, según información RUAF–SIVIGILA. Aunque el número absoluto de casos es bajo, cada muerte materna representa una alerta crítica para el sistema, en tanto exige un análisis individual, integral y exhaustivo de la trayectoria de atención, las condiciones clínicas, las barreras de acceso, la oportunidad en la identificación de signos de alarma y la capacidad de respuesta de la red prestadora.

Al comparar este resultado con el comportamiento distrital, se observa que la RMM preliminar de Capital Salud EPS fue ligeramente superior a la razón reportada para Bogotá, D. C., que a diciembre de 2025 se ubicó en **35,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos**. Si bien la diferencia entre ambos indicadores no es amplia, el resultado de Capital Salud se sitúa por encima del promedio distrital, lo que refuerza la necesidad de mantener seguimiento específico sobre la cohorte materno-perinatal afiliada a esta EPS. Esta comparación adquiere especial relevancia porque los dos eventos reportados correspondieron a muertes maternas directas, asociadas a complicaciones obstétricas agudas y potencialmente prevenibles o mitigables mediante captación temprana, control prenatal efectivo, clasificación oportuna del riesgo, identificación de signos de alarma y activación adecuada de rutas de atención.

Los dos eventos correspondieron a mujeres jóvenes, de **20 y 24 años**, ambas en etapas avanzadas de la gestación, con edades gestacionales de **30 y 38 semanas**. Si bien estas edades no corresponden en principio a extremos de edad materna, los desenlaces fatales estuvieron asociados a complicaciones obstétricas agudas de

alta severidad. Este comportamiento evidencia que el riesgo materno no depende exclusivamente de la edad de la gestante, sino también de la evolución clínica durante el embarazo, la identificación oportuna de factores de riesgo, la adherencia al control prenatal, la oportunidad en la atención y la capacidad institucional para activar rutas de manejo ante eventos críticos.

Desde la clasificación epidemiológica, los dos casos correspondieron a **muertes maternas directas**, asociadas a complicaciones obstétricas del embarazo, el parto o el puerperio. El primer caso se relacionó con un trastorno hipertensivo del embarazo, específicamente eclampsia complicada con síndrome de encefalopatía posterior reversible —PRES—. El segundo caso se asoció a hemorragia obstétrica masiva secundaria a abrupción de placenta, complicada con coagulación intravascular diseminada —CID— y choque mixto. Estas condiciones se encuentran dentro de los principales grupos de causas prevenibles o potencialmente mitigables de mortalidad materna, especialmente cuando existen oportunidades de intervención temprana durante el control prenatal, la valoración del riesgo obstétrico, la identificación de signos de alarma y la activación oportuna de rutas de atención.

Un hallazgo relevante en el análisis de los casos fue la presencia de **controles prenatales insuficientes**, situación que constituye una alerta crítica para la gestión del riesgo materno-perinatal. La baja adherencia o insuficiente asistencia al control prenatal puede limitar la detección temprana de trastornos hipertensivos, alteraciones placentarias, signos de deterioro clínico, condiciones sociales de riesgo y necesidades de seguimiento diferenciado. En este sentido, el control prenatal no debe entenderse únicamente como una actividad programática, sino como una intervención estratégica para anticipar complicaciones, clasificar el riesgo, activar rutas de atención, inducir demanda efectiva y garantizar continuidad del cuidado.

En los dos casos se identificó una evolución clínica rápidamente progresiva, con deterioro materno severo en corto tiempo, presencia de complicaciones obstétricas agudas de alto riesgo y necesidad de intervenciones de alta complejidad, incluyendo

unidad de cuidado intensivo, ventilación mecánica, transfusión masiva y manejo quirúrgico radical. A pesar del manejo especializado, se documentó persistencia de deterioro clínico irreversible. Estos elementos confirman la gravedad de los eventos, pero también resaltan la importancia de fortalecer las fases previas de la atención, particularmente la captación temprana, el seguimiento prenatal efectivo, la identificación de signos de alarma y la referencia oportuna.

Al contrastar estos eventos con los resultados de auditoría GAUDI e IVS de Capital Salud EPS⁸, se observa una relación técnica entre los desenlaces maternos analizados y las brechas identificadas en la implementación efectiva de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal. Los resultados GAUDI reportan incumplimientos en los criterios relacionados con la atención para el cuidado prenatal, la atención del parto y puerperio, y el cuidado y seguimiento del recién nacido. Estos hallazgos son especialmente relevantes frente a los casos descritos, dado que la ruta materno-perinatal exige garantizar intervenciones como exámenes de laboratorio, formulación y entrega de micronutrientes, esquema de vacunación, clasificación del riesgo gestacional y de preeclampsia, definición del plan de parto, atención segura del parto, seguimiento puerperal y control del recién nacido.

Desde esta perspectiva, la mortalidad materna no debe interpretarse únicamente como un desenlace clínico aislado, sino como un evento trazador de la capacidad real de la EPS para gestionar integralmente el riesgo materno-perinatal. La ocurrencia de estos casos, sumada a una RMM superior al promedio distrital y a los hallazgos de auditoría, sugiere oportunidades de mejora en la identificación nominal de gestantes, búsqueda activa de inasistentes, seguimiento a gestantes con baja adherencia al control prenatal, gestión de barreras de acceso, articulación con la red primaria y complementaria, y activación oportuna de rutas de referencia ante signos de alarma.

⁸ Fuente: Elaboración propia con base en información RUAF–SIVIGILA, vigencia 2025; análisis de mortalidad materna Capital Salud EPS; razón de mortalidad materna preliminar de Bogotá, D. C., reportada a diciembre de 2025; resultados de auditoría GAUDI e IVS de Capital Salud EPS, vigencia 2025; presentación “Resultados GAUDI Capital Salud EPS”, mayo de 2026; y Guía de Auditoría Institucional GAUDI, versión 05, Superintendencia Nacional de Salud, mayo de 2025.

De manera complementaria, los resultados de IVS muestran alertas en gestión del riesgo relacionadas con la atención integral de mujeres en edad fértil, gestantes y recién nacidos, así como brechas en coberturas de vacunación, valoración integral por curso de vida y gestión efectiva de usuarios canalizados por la Entidad Territorial. Estos elementos refuerzan la necesidad de consolidar un seguimiento nominal y continuo de la cohorte materno-perinatal, con trazabilidad de las intervenciones ordenadas, verificación del cierre efectivo de actividades, monitoreo de inasistencias y priorización de gestantes con condiciones clínicas o sociales de vulnerabilidad.

Para la vigencia 2026, de acuerdo con los cortes acumulados reportados para el seguimiento del indicador E.1.1, Capital Salud EPS no registra muertes maternas a 42 días en los periodos evaluados. El denominador acumulado de nacidos vivos aumenta de 667 en el primer corte a 3.158 en el quinto corte, manteniéndose el numerador en cero durante toda la serie; por tanto, la Razón de Mortalidad Materna acumulada permanece en 0,00 por cada 100.000 nacidos vivos.

Tabla 11. Razón de mortalidad materna a 42 días, Capital Salud EPS, cortes acumulados enero-mayo de 2026

Corte acumulado 2026⁹	Muertes maternas acumuladas	Nacidos vivos acumulados	Cálculo del indicador	RMM por 100.000 NV
Enero	0	667	0 / 667 x 100.000	0,00
Febrero	0	1.309	0 / 1.309 x 100.000	0,00
Marzo	0	1.920	0 / 1.920 x 100.000	0,00
Abril	0	2.560	0 / 2.560 x 100.000	0,00
Mayo	0	3.158	0 / 3.158 x 100.000	0,00

Fuente: indicador E.1.1 remitido por Capital Salud EPS, corte acumulado 2026, julio de 2026.

⁹ La información presentada corresponde a cortes acumulados del periodo enero-mayo de 2026, de acuerdo con los nacidos vivos acumulados y los eventos de mortalidad materna reportados para cada corte de seguimiento. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como una lectura acumulada parcial de la vigencia 2026 y no como el cierre anual del indicador.

La ausencia de muertes maternas en los cortes acumulados de 2026 constituye un resultado favorable frente al comportamiento observado durante 2025. No obstante, este hallazgo debe interpretarse con cautela técnica, dado que la mortalidad materna es un evento de baja frecuencia y alta severidad; por tanto, un resultado de cero casos en un corte parcial no equivale a ausencia de riesgo. El seguimiento debe mantenerse activo, especialmente en gestantes con antecedentes de riesgo obstétrico, baja adherencia al control prenatal, barreras de acceso, signos de alarma, comorbilidades o condiciones sociales de vulnerabilidad.

La comparación entre el resultado consolidado de 2025 y los cortes acumulados enero-mayo de 2026 permite identificar una mejoría preliminar en el comportamiento del indicador de mortalidad materna, al pasar de dos eventos maternos y una razón de mortalidad materna preliminar de 36,85 por 100.000 nacidos vivos en 2025, a cero eventos acumulados en los cortes parciales reportados de la vigencia 2026. No obstante, esta lectura debe interpretarse con cautela, dado que la información de 2026 corresponde a un periodo acumulado parcial y no al cierre anual del indicador.

En consecuencia, el análisis programático no debe limitarse al desenlace final de ausencia de mortalidades maternas, sino incorporar la trazabilidad de la cohorte gestante, la oportunidad y calidad del control prenatal, la clasificación y seguimiento del riesgo obstétrico, el cumplimiento de las intervenciones definidas en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, el cierre efectivo de remisiones, la continuidad del cuidado y la capacidad de respuesta de la red ante urgencias obstétricas. Por tanto, aunque el resultado preliminar de 2026 es favorable, se requiere mantener vigilancia activa y seguimiento nominal para evitar eventos prevenibles durante el resto de la vigencia.

En síntesis, al contrastar los eventos de 2025 con los resultados acumulados de 2026, se evidencia que Capital Salud EPS debe mantener una estrategia preventiva sostenida y no reactiva. La ausencia de casos en el periodo 2026 reportado es un

resultado positivo, pero debe acompañarse de verificación nominal de gestantes, búsqueda activa de inasistentes, seguimiento diferenciado de gestantes de alto riesgo, garantía de laboratorios y ayudas diagnósticas, entrega de micronutrientes, vacunación en gestantes, valoración por curso de vida, plan de parto, educación en signos de alarma y activación oportuna de la red de urgencias y referencia.

Desde esta perspectiva, la mortalidad materna no debe interpretarse únicamente como un evento centinela que se analiza posterior al desenlace, sino como un indicador que exige vigilancia anticipatoria. La gestión de la EPS debe orientarse a prevenir la ocurrencia del evento mediante control prenatal efectivo, seguimiento continuo, gestión de barreras, articulación entre red primaria y complementaria, y auditoría permanente del cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

5.2 Mortalidad Infantil

En la población afiliada a Capital Salud EPS en Bogotá D.C., durante el periodo enero-mayo de 2026, se registraron 223 casos de mortalidad infantil sobre un total de 23.465 nacidos vivos, lo que corresponde a una tasa general de 9,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Este resultado debe interpretarse como información preliminar del periodo, con base en el Aplicativo RUAF-ND y el Sistema de Estadísticas Vitales de la Secretaría Distrital de Salud, y constituye un evento trazador para evaluar la calidad, oportunidad, continuidad e integralidad de la atención materno-perinatal, neonatal y del seguimiento en primera infancia.

Frente a la meta distrital establecida para Bogotá, orientada a mantener la tasa de mortalidad infantil por debajo de 9 por cada 1.000 nacidos vivos, el resultado reportado para Capital Salud EPS se ubica 0,5 puntos por encima del umbral de referencia. En términos relativos, la tasa observada es aproximadamente 5,6% superior a la meta, lo que configura una alerta de seguimiento para la EPS y para la gestión territorial del riesgo. Dado que el corte analizado corresponde a enero-mayo

y tiene carácter preliminar, la comparación no debe entenderse como evaluación definitiva anual, sino como una señal temprana que amerita intervención, monitoreo nominal y análisis de casos.

Tabla 12. Tasa reportada de Capital Salud EPS frente a meta distrital de Bogotá

Indicador	Capital Salud EPS enero-mayo 2026	Meta Bogotá	Diferencia
Mortalidad infantil	9,5 por 1.000 nacidos vivos	< 9 por 1.000 nacidos vivos	+0,5 por 1.000 nacidos vivos
Casos observados	223 casos / 23.465 nacidos vivos	Referencia equivalente: cerca de 211 casos para el mismo denominador	≈12 casos por encima del umbral de referencia

Fuente: Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura 2024-2027”, meta sector salud: mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil. Fuente datos Capital Salud EPS: RUAF-ND / SDS, preliminar enero-mayo 2026, ajustado 08-06-2026.

El comportamiento territorial muestra una distribución heterogénea entre localidades, por lo que el análisis debe diferenciar la carga absoluta de casos frente al riesgo relativo expresado por tasa. En términos de volumen, las localidades que aportaron el mayor número de casos fueron Ciudad Bolívar, con 32 eventos; Suba, con 27; Kennedy, con 26; Bosa, con 22; y Usaquén, con 18. Estas localidades concentran un número importante de nacimientos y población afiliada, razón por la cual deben priorizarse para vigilancia epidemiológica, seguimiento nominal de gestantes, recién nacidos y lactantes, fortalecimiento de la atención primaria y análisis de barreras de acceso.

Desde la lectura de tasas específicas por localidad, sobresalen Antonio Nariño, con 17,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, y Los Mártires, con 16,7, como las localidades con mayor riesgo relativo durante el periodo. También presentan tasas superiores al umbral distrital de 9 por 1.000 nacidos vivos Ciudad Bolívar (13,2), Rafael Uribe (11,2), Barrios Unidos (10,9), Usaquén (10,8), San Cristóbal (10,1) y Puente Aranda (10,1). Bosa se ubica en el límite del umbral con una tasa

redondeada de 9,0, por lo que también requiere seguimiento específico. En contraste, Fontibón registró una de las tasas más bajas entre las localidades con eventos notificados, mientras que Candelaria y Sumapaz no reportaron casos durante el periodo.

La presencia de 12 casos sin dato de localidad debe considerarse una limitación para la lectura territorial, dado que puede modificar parcialmente la distribución local del evento si dichos registros son depurados y asignados posteriormente a una localidad específica. Por esta razón, además del análisis agregado, se recomienda fortalecer la calidad del dato, la georreferenciación de los casos y la conciliación entre bases nominales de nacimientos, defunciones, afiliación y atención en salud.

Tabla 13. Casos y tasas de mortalidad infantil en la EAPB Capital Salud, Bogotá D.C., periodo enero-mayo 2026 preliminar.

LOCALIDAD	CASOS	NACIMIENTOS	TASA
1-USAQUEN	18	1663	10,8
2-CHAPINERO	4	511	7,8
3-SANTAFE	3	389	7,7
4-SAN CRISTÓBAL	11	1093	10,1
5-USME	7	1264	5,5
6-TUNJUELITO	3	540	5,6
7-BOSA	22	2451	9,0
8-KENNEDY	26	3237	8,0
9-FONTIBON	4	1105	3,6
10-ENGATIVA	17	2061	8,2
11-SUBA	27	3467	7,8
12-BARRIOS UNIDOS	4	366	10,9
13-TEUSAQUILLO	2	307	6,5
14-MARTIRES	6	359	16,7
15-ANTONIO NARIÑO	5	286	17,5
16-PUENTE ARANDA	7	694	10,1

LOCALIDAD	CASOS	NACIMIENTOS	TASA
17-CANDELARIA	0	53	0,0
18-RAFAEL URIBE	13	1157	11,2
19-CIUDAD BOLÍVAR	32	2433	13,2
20-SUMAPAZ	0	13	0,0
SIN DATO DE LOCALIDAD ¹⁰	12	16	-
TOTAL	223	23465	9,5

Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 08-06-2026.

En síntesis, el resultado global de 9,5 por 1.000 nacidos vivos ubica a Capital Salud EPS por encima de la meta distrital de mortalidad infantil, lo que obliga a focalizar acciones en dos frentes: primero, las localidades con mayor carga absoluta de casos, donde el volumen poblacional puede generar mayor riesgo asistencial; y segundo, las localidades con tasas más elevadas, donde el riesgo relativo sugiere posibles brechas en control prenatal, atención del parto, cuidado neonatal, seguimiento del recién nacido y acceso oportuno a servicios de salud.

Luego de identificar la distribución territorial de los casos, resulta necesario analizar las causas básicas de defunción, con el fin de establecer si los eventos se concentran en condiciones perinatales, bajo peso al nacer, sepsis neonatal, malformaciones congénitas u otras causas potencialmente prevenibles o mitigables. Esta lectura permite complementar el análisis territorial con una aproximación clínica y epidemiológica, orientada a identificar puntos críticos en la atención prenatal, el parto, el cuidado neonatal inmediato y el seguimiento posterior al nacimiento.

¹⁰ La categoría "Sin dato de localidad" registra 12 muertes infantiles y 16 nacimientos sin asignación territorial. Esta condición podría explicarse por población flotante o residente fuera de Bogotá, direcciones incompletas o no geocodificables, diferencias entre lugar de ocurrencia y residencia habitual, falta de enlace nominal entre nacimientos y defunciones o novedades de afiliación pendientes. La ausencia de correspondencia territorial entre numerador y denominador impide obtener una tasa válida e introduce incertidumbre en la comparación entre localidades.

Tabla 14. Proporción de causas básicas de mortalidad infantil en la EAPB Capital Salud, Bogotá D.C., periodo enero-mayo 2026 preliminar.

Causas agrupadas 6/67 - Mortalidad Infantil	Causa básica agrupada 2026*	Casos y Porcentaje 2026*
Causas agrupadas 6/67 - Mortalidad Infantil	Casos	%
6,13 malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	52	23,3%
4,03 retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	42	18,8%
4,05 sepsis bacteriana del recién nacido	34	15,2%
4,04 trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	26	11,7%
4,02 feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	23	10,3%
4,06 resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18	8,1%
4,01 feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	9	4,0%
0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	7	3,1%
1,08 infecciones respiratorias agudas	6	2,7%
6,14 resto de enfermedades	3	1,3%
Otras causas	3	1,3%
Total, general	223	100%

Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 08-06-2026.

El análisis de las causas agrupadas de mortalidad infantil en la población afiliada a Capital Salud EPS evidencia un predominio de condiciones asociadas al periodo perinatal, neonatal y congénito. La principal causa correspondió a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con 52 casos, equivalentes

al 23,3% del total. En segundo lugar, se ubicó el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, con 42 casos (18,8%), seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido, con 34 casos (15,2%), y los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con 26 casos (11,7%).

De manera agregada, las causas directamente asociadas al periodo perinatal y neonatal —incluyendo bajo peso al nacer, sepsis neonatal, trastornos respiratorios, complicaciones obstétricas, afecciones perinatales y afecciones maternas— concentran aproximadamente 152 casos, equivalentes al 68,2% del total de muertes infantiles. Si a este grupo se suman las malformaciones congénitas, el conjunto de causas perinatales, neonatales y congénitas alcanza 204 casos, equivalentes a cerca del 91,5% de los eventos. Este patrón confirma que la mayor carga de mortalidad infantil en Capital Salud EPS se concentra en etapas tempranas de la vida y en condiciones altamente sensibles a la calidad de la atención materno-perinatal y neonatal.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la captación temprana de gestantes, el control prenatal oportuno y de calidad, la clasificación y seguimiento del riesgo obstétrico, la identificación de restricción del crecimiento intrauterino, la atención segura del parto, la disponibilidad de servicios neonatales, la prevención y manejo temprano de sepsis neonatal, así como el seguimiento estricto del recién nacido prematuro, con bajo peso o con condiciones congénitas. De igual forma, se requiere revisar la oportunidad de remisiones, la continuidad de la atención y la articulación efectiva entre la EPS, la red prestadora y las acciones territoriales de salud pública.

En síntesis, durante enero-mayo de 2026, Capital Salud EPS presenta una tasa preliminar de mortalidad infantil de 9,5 por 1.000 nacidos vivos, superior a la meta distrital de mantener el indicador por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos. Aunque se trata de información preliminar y de corte parcial, el resultado constituye una señal de alerta para la gestión del riesgo en salud. La priorización debe concentrarse

en las localidades con mayor número de casos y en aquellas con tasas más elevadas, así como en la intervención de causas relacionadas con malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, sepsis neonatal, trastornos respiratorios perinatales y complicaciones obstétricas. La EPS debe fortalecer el seguimiento nominal, la auditoría de casos, la identificación de barreras de acceso, la calidad del control prenatal, el cuidado neonatal y la gestión integral de la primera infancia para contribuir al cumplimiento de la meta distrital y reducir eventos potencialmente prevenibles.

5.3 Coberturas de vacunación

El presente capítulo analiza las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la población afiliada a Capital Salud EPS en Bogotá D. C., con corte al **31 de marzo de 2026**. La información proviene del informe oficial remitido mediante el radicado **2026-EE-52669 del 19 de mayo de 2026** y comprende los biológicos trazadores del esquema permanente, la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), el avance del plan de fiebre amarilla y el seguimiento a las cohortes priorizadas para sarampión-rubéola. La fecha de expedición del documento no modifica el periodo de los datos, que corresponde a enero-marzo de 2026.

Para las vacunas del esquema permanente, el referente programático definido por la Secretaría Distrital de Salud corresponde a un avance mensual mínimo de **7,92 %**. En consecuencia, al cierre del primer trimestre de 2026, la cobertura acumulada esperada debía ser igual o superior al **23,7 %**. Los resultados inferiores a este valor se interpretan como rezagos programáticos que requieren seguimiento nominal, búsqueda activa, demanda inducida, depuración de registros y articulación con la red de IPS vacunadoras.

5.3.1 Pentavalente tercera dosis

La vacunación con pentavalente tercera dosis, dirigida a niños y niñas menores de un año, registró una meta de **7.426 menores**, de los cuales **1.749 fueron vacunados**, para una cobertura de **23,6 %**. Este resultado se encuentra 0,1 puntos porcentuales por debajo del avance esperado de 23,7 %. El informe oficial reporta **108 menores pendientes de vacunación** al 31 de marzo de 2026.

Aunque la cobertura se aproxima al referente trimestral, se requiere mantener el seguimiento nominal de la población pendiente, verificar esquemas incompletos y fortalecer la articulación con las IPS vacunadoras, con el propósito de evitar la acumulación de menores susceptibles y garantizar la aplicación oportuna de las dosis del esquema.

Tabla 15. Meta, población vacunada y cobertura de pentavalente tercera dosis en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Vacuna trazadora	Población objetivo	Meta	Vacunados	Cobertura	Referente a marzo	Pendientes
Pentavalente tercera dosis	Niños y niñas menores de un año	7.426	1.749	23,6 %	23,7 %	108

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, datos del aplicativo PAI 2.0, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.2 Triple viral primera dosis

La primera dosis de triple viral, dirigida a niños y niñas de un año, presentó una meta programática de **7.825 menores**, de los cuales **1.641 fueron vacunados**, alcanzando una cobertura de **21,0 %**. El resultado se encuentra 2,7 puntos porcentuales por debajo del avance esperado y deja **315 menores pendientes**.

El rezago observado constituye una alerta programática debido a la importancia de esta vacuna para prevenir sarampión, rubéola y parotiditis. Por tanto, la EPS debe priorizar la identificación nominal de los menores pendientes, la búsqueda activa institucional y extramural, el seguimiento de inasistentes y la verificación de barreras de acceso.

Tabla 16. Meta, población vacunada y cobertura de triple viral primera dosis en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Vacuna trazadora	Población objetivo	Meta	Vacunados	Cobertura	Referente a marzo	Pendientes
Triple viral primera dosis	Niños y niñas de un año	7.825	1.641	21,0 %	23,7 %	315

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, datos del aplicativo PAI 2.0, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.3 Triple viral, primer refuerzo

El primer refuerzo de triple viral, dirigido a niños y niñas de 18 a 23 meses, alcanzó una cobertura de **20,2 %**, correspondiente a **1.580 menores vacunados** frente a una meta de **7.825**. El resultado presenta una brecha de 3,5 puntos porcentuales respecto del avance esperado y **376 menores pendientes**.

La magnitud del rezago puede estar relacionada con pérdida de seguimiento después del primer año de vida, esquemas incompletos o insuficiente demanda inducida. En consecuencia, se requiere fortalecer el seguimiento de la cohorte, verificar antecedentes vacunales y garantizar la aplicación oportuna del refuerzo.

Tabla 17. Meta, población vacunada y cobertura del primer refuerzo de triple viral en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Vacuna trazadora	Población objetivo	Meta	Vacunados	Cobertura	Referente a marzo	Pendientes
Triple viral, primer refuerzo	Niños y niñas de 18 a 23 meses	7.825	1.580	20,2 %	23,7 %	376

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, datos del aplicativo PAI 2.0, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.4 Fiebre amarilla en niños y niñas de 18 a 23 meses

Para la vacunación contra fiebre amarilla en niños y niñas de 18 a 23 meses se estableció una meta de **7.825 menores**. Con corte a marzo de 2026 se registraron **1.791 vacunados**, equivalentes a una cobertura de **22,9 %**, 0,8 puntos porcentuales por debajo del referente trimestral. El informe registra **165 menores pendientes**.

Aunque la brecha es menor que la observada en otros biológicos, se requiere completar oportunamente la vacunación de la población pendiente mediante búsqueda activa, seguimiento de inasistentes y articulación con las IPS vacunadoras, especialmente en territorios con menor avance.

Tabla 18. Meta, población vacunada y cobertura de fiebre amarilla en niños y niñas de 18 a 23 meses afiliados a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Vacuna trazadora	Población objetivo	Meta	Vacunados	Cobertura	Referente a marzo	Pendientes
Fiebre amarilla	Niños y niñas de 18 a 23 meses	7.825	1.791	22,9 %	23,7 %	165

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, datos del aplicativo PAI 2.0, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.5 DPT, segundo refuerzo

El segundo refuerzo de DPT presentó el mayor rezago entre las vacunas trazadoras del esquema permanente. De una meta de **14.794 niños y niñas de cinco años**, se vacunaron **1.907**, alcanzando una cobertura de **12,9 %**. Este resultado se ubica 10,8 puntos porcentuales por debajo del avance esperado y deja **1.792 menores pendientes**.

El comportamiento requiere intervención prioritaria, debido a que puede reflejar dificultades en la captación de la población escolar, pérdida de seguimiento después de la primera infancia o debilidades en la articulación con instituciones educativas. Se recomienda intensificar la búsqueda activa, la vacunación en entornos escolares, la demanda inducida y el seguimiento nominal por IPS y localidad.

Tabla 19. Meta, población vacunada y cobertura del segundo refuerzo de DPT en Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Vacuna trazadora	Población objetivo	Meta	Vacunados	Cobertura	Referente a marzo	Pendientes
DPT, segundo	Niños y niñas de	14.794	1.907	12,9 %	23,7 %	1.792

refuerzo	cinco años					
----------	------------	--	--	--	--	--

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, datos del aplicativo PAI 2.0, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.6 VPH, dosis única en niñas

La vacunación contra el VPH en niñas de nueve años presentó una meta de **6.527 niñas**, de las cuales **773 fueron vacunadas**, para una cobertura de **11,8 %**. El resultado se ubica 11,9 puntos porcentuales por debajo del avance esperado para marzo y se encuentra distante del referente programático anual de cobertura igual o superior al 95 %.

Este comportamiento requiere fortalecer la vacunación en entornos escolares, la educación a familias y cuidadores, la búsqueda activa nominal y la articulación entre la EPS, las IPS vacunadoras y las instituciones educativas.

Tabla 20. Meta, población vacunada y cobertura de VPH en niñas de nueve años afiliadas a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Vacuna trazadora	Población objetivo	Meta	Vacunadas	Cobertura	Referente a marzo
VPH, dosis única	Niñas de nueve años	6.527	773	11,8 %	23,7 %

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, datos del aplicativo PAI 2.0, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.7 VPH, dosis única en niños

En niños de nueve años, la meta programática fue de **6.769**, de los cuales **695 fueron vacunados**, alcanzando una cobertura de **10,3 %**. Este es el resultado más bajo entre los componentes de VPH y se encuentra 13,4 puntos porcentuales por debajo del avance esperado al cierre de marzo.

La baja cobertura puede estar asociada con una menor percepción del riesgo del VPH en población masculina, barreras de información, baja captación escolar o insuficiente demanda inducida. Se requiere implementar acciones diferenciadas que incluyan educación a familias, vacunación escolar y seguimiento nominal de la población pendiente.

Tabla 21. Meta, población vacunada y cobertura de VPH en niños de nueve años afiliados a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Vacuna trazadora	Población objetivo	Meta	Vacunados	Cobertura	Referente a marzo
VPH, dosis única	Niños de nueve años	6.769	695	10,3 %	23,7 %

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, datos del aplicativo PAI 2.0, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.8 Fiebre amarilla en las cohortes de nacimiento 2006-2022

El plan de vacunación contra fiebre amarilla para las cohortes de nacimiento 2006-2022 comprende **216.426 personas**. Al inicio de 2026 se identificaron **42.946 personas susceptibles o pendientes frente a la meta de la vigencia**. Durante el primer trimestre fueron vacunadas **598 personas**, lo que representa un cumplimiento de **1,4 %**, y permanecieron **42.348 personas pendientes frente a la meta programada para 2026**. La cobertura acumulada de las cohortes alcanzó el **80,4 %**.

El reducido avance durante el primer trimestre requiere fortalecer la depuración nominal, la georreferenciación, el contacto con la población pendiente, las jornadas

extramurales y el seguimiento al plan de contingencia, especialmente para residentes, trabajadores o viajeros con exposición a zonas de riesgo.

Tabla 22. Avance de la vacunación contra fiebre amarilla en las cohortes de nacimiento 2006-2022 afiliadas a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Cohorte total	Susceptibles al inicio de 2026	Vacunados en 2026	Cumplimiento en 2026	Cobertura acumulada	Pendientes frente a la meta 2026
216.426	42.946	598	1,4 %	80,4 %	42.348

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, registros de los aplicativos PAI 2.0 y PAI 2.5, corte al 31 de marzo de 2026.

5.3.9 Sarampión-rubéola en las cohortes de nacimiento 2010-2019

Para las cohortes de nacimiento 2010-2019 se estableció una meta de **122.446 personas**, de las cuales **90.038 registraban antecedente de vacunación**, alcanzando una cobertura acumulada de **73,5 %**. El resultado se encuentra 21,5 puntos porcentuales por debajo del referente programático de 95 % y deja **32.408 personas pendientes dentro del universo de las cohortes**.

La persistencia de una proporción importante de población sin registro de vacunación requiere depuración nominal, verificación de antecedentes vacunales, georreferenciación de rezagos y fortalecimiento de la búsqueda activa institucional y extramural. Estas acciones son relevantes para reducir la acumulación de población susceptible frente a enfermedades con alto potencial de transmisión.

Tabla 23. Avance de la vacunación contra sarampión-rubéola en las cohortes de nacimiento 2010-2019 afiliadas a Capital Salud EPS, Bogotá D. C., enero-marzo de 2026

Meta de	Vacunados	Cobertura	Referente	Brecha	Pendientes
---------	-----------	-----------	-----------	--------	------------

la cohorte	acumulados	acumulada	programático		totales
122.446	90.038	73,5 %	95,0 %	-21,5 p. p.	32.408

Nota. Elaboración propia con base en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026), radicado 2026-EE-52669, registros del aplicativo PAI 2.5, corte al 31 de marzo de 2026.

En síntesis, con corte a marzo de 2026, los biológicos trazadores evaluados no alcanzaron plenamente el avance esperado para el primer trimestre. Los mayores rezagos se registraron en el segundo refuerzo de DPT, con una cobertura de **12,9 %**, y en la vacunación contra el VPH, con **11,8 % en niñas y 10,3 % en niños de nueve años**. La primera dosis y el primer refuerzo de triple viral también se ubicaron por debajo del referente programático, con coberturas de **21,0 % y 20,2 %**, respectivamente.

Pentavalente tercera dosis y fiebre amarilla en niños y niñas de 18 a 23 meses presentaron resultados cercanos al avance esperado, con coberturas de **23,6 % y 22,9 %**; no obstante, permanecieron por debajo del referente de 23,7 % y requieren cierre nominal de la población pendiente.

Adicionalmente, el plan de fiebre amarilla para las cohortes 2006-2022 registró un cumplimiento de **1,4 % frente a la meta de la vigencia**, con **42.348 personas pendientes frente a la meta programada para 2026**. En sarampión-rubéola, las cohortes 2010-2019 alcanzaron una cobertura acumulada de **73,5 %**, con **32.408 personas pendientes dentro del universo analizado**.

En consecuencia, Capital Salud EPS debe intensificar la búsqueda activa, la demanda inducida, la vacunación en entornos escolares y comunitarios, el seguimiento nominal por IPS y localidad, la depuración de los aplicativos PAI y la articulación con su red vacunadora. Estas acciones deben priorizar las cohortes con mayor rezago y orientarse al cierre oportuno de esquemas, la reducción de población susceptible y la prevención de eventos inmunoprevenibles.

6. RED PRESTADORA Y CAPACIDAD INSTALADA

6.1 Análisis Capital Salud Vs. Grupo de atención y monitoreo en salud – GAMA¹¹ Secretaría Distrital de Salud – Red Prestadora

De acuerdo con los resultados del seguimiento por el Grupo de Atención y Monitoreo en Salud - GAMA de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, se validaron los casos reportados por las áreas de referencias de las IPS con inoportunidad en el trámite de referencia mayor a 24 horas. De un total de 3.535 casos detectados con problemas de traslados, interconsultas y remisiones 367 (10.4%) corresponden a usuarios afiliados a Capital Salud EPS.

Tabla 24. Distribución porcentual de casos con inoportunidad en procesos de referencia por asegurador e IPS objeto de seguimiento

No.	EAPB	No. de Casos	Porcentaje participación
1	Nueva EPS	1.062	30,0%
2	Famisanar EPS	728	20,6%
3	Compensar EPS	394	11,1%
4	Capital Salud EPS	367	10,4%
5	EPS SANITAS	363	10,3%
6	SALUD TOTAL EPS S.A.	178	5,0%
7	OTRA	169	4,8%
8	EPS SURA	93	2,6%
9	COOSALUD EPS-S	76	2,1%
10	FOMAG	58	1,6%

¹¹ El Grupo GAMA (Grupo de Apoyo y Monitoreo a la Atención) es un equipo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que apoya el monitoreo de la atención y la gestión operativa para mejorar el acceso efectivo y la continuidad asistencial, incluyendo acciones de apoyo a prestadores y seguimiento de casos en el marco de estrategias distritales. En escenarios de presión hospitalaria, se le reconoce además un rol en la optimización del uso de camas mediante la articulación de traslados/flujo asistencial (p. ej., de UCI a niveles de menor complejidad y a modalidades como atención domiciliaria), contribuyendo a descongestionar la red. Consultado en https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=2507; https://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/paginas/informacion_crue.aspx; <https://anmdecolombia.org.co/el-secretario-distrital-de-salud-responde-en-la-academia-a-temas-coyunturales-sobre-salud-en-la-capital/>; https://www.saludcapital.gov.co/Salud_info/Proy_salud_materno.pdf

No.	EAPB	No. de Casos	Porcentaje participación
11	ALIANSA SALUD EPS	33	0,9%
12	FFD (no asegurado)	5	0,1%
13	POLICÍA NACIONAL BOGOTÁ	3	0,1%
14	FPS FERROCARRILES	2	0,1%
15	SANIDAD MILITAR	2	0,1%
16	ECOPETROL	2	0,1%
	Total, casos	3.535	100%

Fuente: Seguimiento Reporte de Google Forms del Número de casos especiales detectados por GAMA (01/01/2026 - 30/06/2026)

De las IPS objeto de seguimiento por el grupo GAMA vs. la Instituciones prestadoras contratadas por Capital Salud EPS, se evidencia que el 80,38% corresponden a Instituciones Prestadoras que hacen parte de la red prestadora contratada por la EPS presentan inoportunidad en el acceso por no disponibilidad de cama¹².

Tabla 25. Distribución porcentual de casos con inoportunidad en trámites de referencia en red contratada por Capital Salud EPS

IPS	Total, general	PORCENTAJE
SUBRED NORTE -USS SIMON BOLIVAR	74	20,16%
SUBRED CENTRO ORIENTE – USS SANTA CLARA	37	10,08%
SUBRED NORTE – USS ENGATIVA CALLE 80	36	9,81%
SUBRED SUR OCCIDENTE – USS KENNEDY	29	7,90%

¹² Los casos analizados corresponden a demoras superiores a 24 horas en procesos de referencia, remisión, traslado e interconsulta. La información disponible permite identificar barreras asociadas con la disponibilidad y gestión de camas, la aceptación por parte de los prestadores, la coordinación de traslados y la respuesta a interconsultas; sin embargo, no permite establecer una causa principal única sin contar con un campo causal validado y un análisis individual de cada caso.

IPS	Total, general	PORCENTAJE
SUBRED NORTE – USS SERVICIOS ESPECIALIZADO	27	7,36%
SUBRED CENTRO ORIENTE – USS SAN BLAS	21	5,72%
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE	21	5,72%
SUBRED SUR – USS MEISSEN	19	5,18%
SUBRED SUR - USS TUNAL	17	4,63%
SUBRED CENTRO ORIENTE - USS VICTORIA	14	3,81%
Subtotal diez IPS con mayor participación	295	80,38%

Fuente: Consolidado Número de casos especiales detectados por GAMA (01/01/2026 - 30/06/2026) vs. Cruce Matriz red prestadora reportada por Capital Salud EPS corte junio de 2026.

De los 367 casos de Capital Salud EPS-S identificados en el seguimiento GAMA, 274 —74,66 %— se registraron en nueve unidades de servicios de salud pertenecientes a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud incluidas entre las diez IPS contratadas con mayor participación. La Subred Norte concentró 137 casos —37,33 %—; Centro Oriente, 72 —19,62 %—; Sur, 36 —9,81 %—; y Sur Occidente, 29 —7,90 %—. Esta distribución evidencia una concentración relevante de los casos en la red pública distrital; no obstante, la información disponible debe interpretarse como una distribución por prestador y no permite establecer una causa principal única sin la validación individual de los campos causales.

Ahora bien, el 9,26% corresponde a las Instituciones prestadoras que no hacen parte de la red prestadora adscrita a Capital Salud EPS, donde los usuarios objeto de seguimiento presentaron inoportunidad en los procesos de remisión y traslados.

Tabla 26. Distribución porcentual de casos con inoportunidad en trámites de referencia en red no contratada por Capital Salud EPS

IPS	CRUCE	Total, general	PORCENTAJE
Clínica Medical S.A.S.	No contratada	14	3,81%
Hospital Universitario Mayor-Mederi	No contratada	7	1,91%
Fundación Abood Shaio	No contratada	4	1,09%
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	No contratada	4	1,09%
Clínica Palermo	No contratada	3	0,82%
Medicentro Familiar IPS SAS	No contratada	2	0,54%

Fuente: Consolidado Número de casos especiales detectados por GAMA (01/01/2026 - 30/06/2026) vs. Cruce Matriz red prestadora reportada por Capital Salud EPS corte junio 2026.

Con el fin de garantizar consistencia frente al total de 367 casos de Capital Salud EPS identificados por el seguimiento GAMA, es necesario precisar que las Tablas 25 y 26 representan únicamente las IPS con mayor participación dentro de la red contratada y no contratada, respectivamente. En este sentido, los 295 casos registrados en las diez principales IPS de la red contratada representan el 80.38% del total, mientras que los 34 casos identificados en las seis principales IPS no contratadas representan el 9,26%.

La diferencia restante corresponde a 38 casos, equivalentes aproximadamente al 10,35%, los cuales se agrupan en la categoría residual “otras IPS / otros casos no clasificados en principales prestadores”. Esta categoría incluye registros que no hacen parte de los principales prestadores relacionados en las tablas, casos con menor frecuencia individual o registros que requieren mayor desagregación en la base fuente para su clasificación específica.

De esta manera, la distribución consolidada de los casos de Capital Salud EPS objeto de seguimiento por GAMA se interpreta así: 80,38% en principales IPS de

red contratada, 9,26% en principales IPS no contratadas y 10,35% en otras IPS u otros casos no clasificados dentro de los principales prestadores, completando el 100% de los 367 casos analizados.

El seguimiento realizado por el Grupo de Atención y Monitoreo en Salud (GAMA) de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, evidencia una problemática relevante en la red prestadora frente a la inoportunidad y efectividad de los procesos de referencia, remisión, traslados e interconsultas, con tiempos superiores a 24 horas, lo cual afecta directamente la continuidad y calidad en la atención de los usuarios del sistema de salud.

El análisis de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) vinculadas a Capital Salud EPS permite evidenciar que el 74,66% de los casos con inoportunidad se concentran en las Subredes Integradas de Salud, que hacen parte de su red prestadora contratada, siendo la principal causa la no disponibilidad de camas, situación que refleja limitaciones en la capacidad instalada y en la gestión de la red para responder de manera oportuna a la demanda asistencial. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los mecanismos de planeación, articulación y monitoreo de la red prestadora, especialmente en servicios de mediana y alta complejidad.

En conclusión, los resultados del seguimiento realizado por GAMA evidencian la necesidad de implementar acciones correctivas y preventivas orientadas a mejorar la oportunidad en la atención, optimizar la gestión de la red prestadora, fortalecer los procesos de referencia y contrarreferencia, y garantizar la disponibilidad efectiva de servicios críticos. Estas acciones son fundamentales para asegurar el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud, en concordancia con los principios de eficiencia, integralidad y protección del derecho fundamental a la salud.

7. MEDICAMENTOS

La garantía del acceso oportuno, continuo y efectivo a los medicamentos financiados con recursos del Plan de Beneficios en Salud constituye un componente esencial para la materialización del derecho fundamental a la salud. La dispensación farmacéutica no debe entenderse únicamente como un proceso operativo de entrega de tecnologías en salud, sino como un elemento crítico de la continuidad terapéutica, la adherencia al tratamiento, la gestión del riesgo clínico y la prevención de complicaciones evitables, especialmente en usuarios con enfermedades crónicas, de alto costo, condiciones huérfanas, patologías oncológicas, enfermedad renal crónica, VIH, artritis, hemofilia o pacientes trasplantados.

En este contexto, el seguimiento a la dispensación de medicamentos permite identificar posibles barreras de acceso relacionadas con oportunidad, disponibilidad, completitud de la entrega, suficiencia de la red farmacéutica, concentración territorial de puntos de dispensación, tiempos de espera, generación de pendientes y cierre efectivo de entregas. Estas variables son relevantes porque la falta de suministro oportuno puede generar interrupciones terapéuticas, pérdida de adherencia, progresión de la enfermedad, descompensaciones clínicas, incremento de consultas por urgencias, hospitalizaciones potencialmente evitables y mayor carga asistencial para la red prestadora.

La información analizada permite valorar de manera integral la distribución territorial de la red farmacéutica de Capital Salud EPS, el comportamiento de medicamentos solicitados, pendientes y pendientes sin entrega efectiva por cohorte priorizada, así como los indicadores agregados de oportunidad, completitud y tiempo de espera en la dispensación. Esta lectura facilita la identificación de brechas entre el desempeño global reportado por la EPS y las posibles afectaciones específicas en grupos poblacionales de mayor riesgo clínico, donde incluso un número reducido de medicamentos no entregados puede tener consecuencias relevantes sobre los desenlaces en salud.

Desde la perspectiva de inspección, vigilancia y seguimiento, el análisis integrado de estos componentes permite establecer alertas técnicas sobre la suficiencia y capacidad de respuesta del servicio farmacéutico, la efectividad de los mecanismos de seguimiento a pendientes, la trazabilidad de las entregas y la articulación entre la EPS, los operadores farmacéuticos y la red prestadora. En consecuencia, los resultados deben orientar acciones de mejora dirigidas a fortalecer la planeación del abastecimiento, la gestión de inventarios, la ampliación o redistribución de puntos de dispensación, el cierre efectivo de pendientes y el seguimiento nominal de usuarios pertenecientes a cohortes priorizadas.

7.1 Red prestadora y georreferenciación de los puntos de dispensación de Capital Salud EPS

Capital Salud EPS remitió, mediante respuesta al **radicado No. 2026-EE-62930 del 11 de junio de 2026**, la relación actualizada de la red prestadora y de los gestores farmacéuticos contratados para Bogotá D.C. La comunicación señala que la información detallada fue entregada en una matriz anexa, conforme con los acuerdos de voluntades vigentes.

La revisión de las direcciones reportadas permitió identificar 16 registros asociados con la dispensación de medicamentos: 14 puntos físicos ubicados en Bogotá D.C., un punto físico en Soacha y una modalidad de dispensación domiciliaria. Para el análisis territorial y la Gráfica 4 se contabilizan únicamente los 14 establecimientos físicos localizados dentro de Bogotá.

Tabla 27. Población asegurada y disponibilidad territorial de puntos físicos de dispensación de Capital Salud EPS, Bogotá D.C., junio de 2026

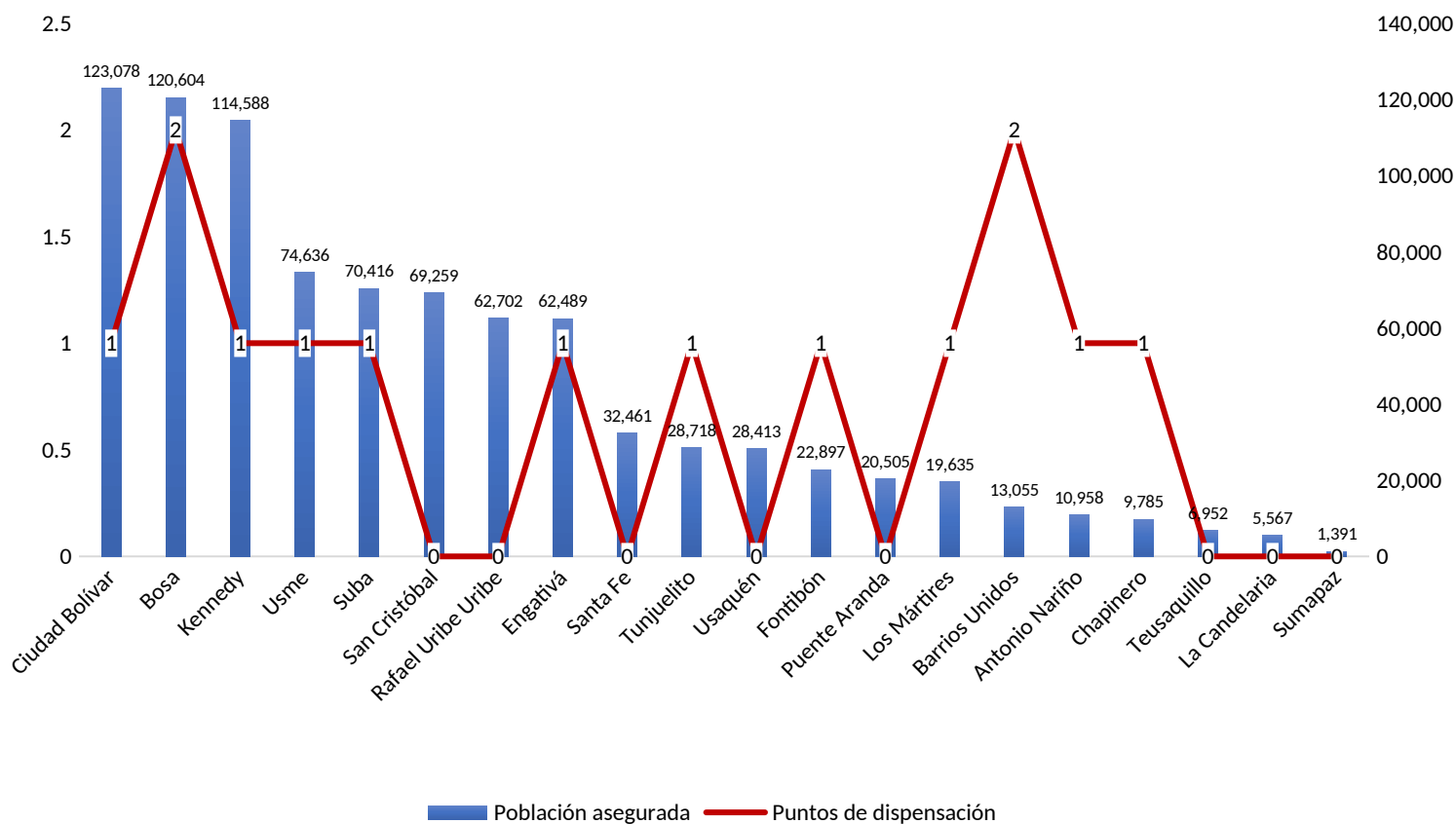
Localidad	Población asegurada	Puntos físicos
Ciudad Bolívar	123.078	1
Bosa	120.604	2

Kennedy	114.588	1
Usme	74.636	1
Suba	70.416	1
San Cristóbal	69.259	0
Rafael Uribe Uribe	62.702	0
Engativá	62.489	1
Santa Fe	32.461	0
Tunjuelito	28.718	1
Usaquén	28.413	0
Fontibón	22.897	1
Puente Aranda	20.505	0
Los Mártires	19.635	1
Barrios Unidos	13.055	2
Antonio Nariño	10.958	1
Chapinero	9.785	1
Teusaquillo	6.952	0
La Candelaria	5.567	0
Sumapaz	1.391	0
Total, Bogotá D.C.	898.109	14
Punto físico adicional	Soacha, Cundinamarca¹³	1
Modalidad complementaria	Dispensación domiciliaria	1
Total, de registros reportados a junio de 2026		16

Fuente de la red farmacéutica: Capital Salud EPS. Respuesta al radicado No. 2026-EE-62930, del 11 de junio de 2026, y matriz anexa de red de prestadores y gestores farmacéuticos de Bogotá D.C. Fuente de población: información de población asegurada por localidad, corte de junio de 2026, sin incluir registros en portabilidad.

Gráfica 4. Relación entre la población asegurada y los puntos físicos de dispensación de Capital Salud EPS por localidad, Bogotá D.C., junio de 2026

¹³ El punto de Soacha y la modalidad domiciliaria no se contabilizan como puntos físicos de Bogotá ni se incluyen en el cálculo de afiliados por establecimiento en el Distrito Capital.



Fuente de la red farmacéutica: Capital Salud EPS. Respuesta al radicado No. 2026-EE-62930, del 11 de junio de 2026, y matriz anexa de red de prestadores y gestores farmacéuticos de Bogotá D.C.
Fuente de población: información de población asegurada por localidad, corte al 30 de junio de 2026, sin incluir registros en portabilidad

La Gráfica 4 muestra la relación entre la población asegurada por localidad y la disponibilidad de puntos físicos de dispensación. En términos globales, los **14 establecimientos ubicados en Bogotá** atienden como referencia territorial a **898.109 afiliados**, lo que equivale aproximadamente a **64.151 usuarios por punto** y a **0,16 puntos por cada 10.000 afiliados**.

La red tiene presencia física en 12 de las 20 localidades. Las ocho localidades sin establecimiento son San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, Usaquén, Puente Aranda, Teusaquillo, La Candelaria y Sumapaz. En conjunto, concentran 227.250 afiliados, equivalentes al 25,3 % de la población analizada. Las mayores

concentraciones sin punto físico corresponden a San Cristóbal, con 69.259 afiliados, y Rafael Uribe Uribe, con 62.702.

Entre las localidades que disponen de establecimientos se observan diferencias importantes en la relación entre población y oferta. Ciudad Bolívar registra **123.078 afiliados para un solo punto**, seguida de Kennedy, con 114.588; Usme, con 74.636; Suba, con 70.416; y Engativá, con 62.489. Bosa dispone de dos establecimientos, con una relación aproximada de 60.302 afiliados por punto. En contraste, Barrios Unidos cuenta con dos puntos para 13.055 afiliados, equivalente a 6.528 personas por establecimiento.

La distribución evidencia un posible desbalance territorial entre la concentración de la población y la ubicación de los puntos físicos. Sin embargo, estas relaciones no corresponden necesariamente a la población efectivamente asignada a cada establecimiento, debido a que los puntos pueden atender usuarios de diferentes localidades y complementarse con la modalidad de entrega domiciliaria.

Por tanto, la información disponible no permite concluir de manera aislada que exista insuficiencia operativa de la red. Para determinarla se requiere complementar el análisis con las áreas de influencia, población asignada, capacidad instalada, horarios, número de ventanillas, volumen de fórmulas, tiempos efectivos de espera, entregas completas y parciales, medicamentos pendientes, reclamaciones y cobertura real de la dispensación domiciliaria.

En consecuencia, el seguimiento debe priorizar las localidades sin establecimientos físicos y aquellas que presentan una mayor concentración de afiliados por punto, especialmente Ciudad Bolívar, Kennedy, Usme, Suba, Engativá y Bosa. Esta distribución territorial puede limitar la accesibilidad geográfica y económica al servicio farmacéutico, al obligar a los usuarios a realizar desplazamientos interlocales, asumir mayores tiempos de viaje y efectuar gastos adicionales de transporte, alimentación, acompañamiento o cuidado de dependientes. En algunos

casos, también puede generar pérdida de jornadas laborales o ingresos, particularmente en población trabajadora informal, hogares de bajos recursos, personas mayores, usuarios con discapacidad y pacientes que requieren dispensaciones frecuentes.

Estas barreras pueden traducirse en mayores gastos de bolsillo, incluso cuando el medicamento se encuentre cubierto por el sistema, debido a los costos indirectos asociados con su obtención. Asimismo, la distancia, la congestión de los puntos y la necesidad de acudir en varias oportunidades por entregas parciales o pendientes pueden favorecer el abandono del trámite, la interrupción de tratamientos, la baja adherencia terapéutica o la adquisición directa de medicamentos con recursos propios. Tales situaciones pueden afectar con mayor intensidad a pacientes con enfermedades crónicas, tratamientos de alto costo, condiciones de salud mental, enfermedades huérfanas o necesidades de manejo continuo.

Desde la perspectiva asistencial, las demoras o dificultades para acceder oportunamente a los medicamentos pueden contribuir al deterioro de las condiciones de salud, descompensaciones clínicas, incremento de consultas no programadas, mayor utilización de servicios de urgencias y riesgo de hospitalizaciones potencialmente evitables. Además, pueden aumentar la recurrencia de PQRS, acciones de tutela y otros mecanismos de protección del derecho a la salud, generando presión adicional sobre la EPS, la red prestadora y las entidades de inspección, vigilancia y control.

Por tanto, los resultados del análisis territorial deben orientar decisiones de fortalecimiento, redistribución, ampliación o reubicación de la red, así como el desarrollo de modalidades complementarias de entrega domiciliaria, dispensación programada, atención preferencial y seguimiento nominal de usuarios con mayor riesgo. Estas medidas deben sustentarse en la georreferenciación de afiliados, los tiempos efectivos de desplazamiento, la población asignada, la capacidad operativa de cada punto, el volumen de fórmulas procesadas y la frecuencia de entregas

incompletas o pendientes, con el propósito de garantizar condiciones efectivas de accesibilidad, oportunidad, continuidad y equidad en el suministro de medicamentos.

7.2 Análisis por cohorte priorizada 2026: solicitudes, pendientes, no entrega efectiva y entrega efectiva de medicamentos (enero-mayo de 2026)

El análisis por cohorte priorizada se concentra en los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad clínica y alta dependencia de tratamientos farmacológicos continuos, dentro de los cuales se incluyen enfermedad renal crónica —ERC—, cáncer, artritis, VIH, pacientes trasplantados, enfermedades huérfanas, hepatitis C y hemofilia. Estas cohortes requieren seguimiento permanente, debido a que cualquier interrupción, retraso o entrega incompleta de medicamentos puede afectar la continuidad terapéutica, comprometer la adherencia al tratamiento, favorecer la progresión de la enfermedad e incrementar la probabilidad de eventos clínicos evitables.

En estas poblaciones, las fallas en el suministro de medicamentos trascienden el componente operativo del servicio farmacéutico y adquieren relevancia clínica, asistencial y financiera. La no entrega oportuna puede generar descompensaciones, recaídas, pérdida de respuesta terapéutica, aumento de consultas por urgencias, hospitalizaciones potencialmente evitables, mayor carga sobre la red prestadora y aumento de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias —PQRSD— asociadas al acceso efectivo a tecnologías en salud.

Con este propósito, se presenta la revisión correspondiente al periodo enero–mayo de 2026, con base en la información suministrada por Capital Salud EPS en respuesta al requerimiento No. 2026-EE-72815 de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento. Para el análisis se integran las variables de medicamentos solicitados, medicamentos pendientes, medicamentos pendientes sin entrega efectiva y porcentaje de pendientes sin entrega efectiva, con el fin de identificar

comportamientos atípicos, concentración del riesgo, posibles inconsistencias de reporte y necesidades de fortalecimiento en la gestión del abastecimiento, la dispensación y el cierre efectivo de pendientes.

Tabla 28. Medicamentos solicitados por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026.

Cohorte	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	Total
ERC	7.233	3.399	76	134	80.806	91.648
Cáncer	1.448	662	1.038	285	7.208	10.641
Artritis	134	199	504	470	3.016	4.323
VIH	31	78	77	104	2.333	2.623
Trasplantados	3	380	424	389	1.382	2.578
Huérfanas	134	4	66	115	1.147	1.466
Hepatitis C	2	3	0	0	220	225
Hemofilia	58	47	6	5	23	139
Total	9.043	4.772	2.191	1.502	96.135	113.643

Fuente: Capital Salud EPS. Respuesta al requerimiento No. 2026-EE-72815, información de medicamentos solicitados por cohorte, enero-mayo de 2026.

La información reportada evidencia un comportamiento altamente atípico en la demanda de medicamentos solicitados para las cohortes priorizadas durante el periodo enero–mayo de 2026. En total se registraron 113.643 solicitudes de medicamentos, de las cuales 96.135 se concentraron en mayo, equivalentes al 84,6% del total del periodo. Este comportamiento contrasta con los meses anteriores, en los cuales las solicitudes oscilaron entre 1.502 y 9.043 registros mensuales, por lo que la variación observada requiere verificación específica por parte de la EPS-S.

El incremento de mayo se concentra principalmente en la cohorte de ERC, que pasó de 134 solicitudes en abril a 80.806 en mayo. Este valor representa el 84,0% de

todas las solicitudes registradas en mayo y el 88,2% de las solicitudes acumuladas de ERC durante el periodo enero–mayo de 2026. Así mismo, la cohorte ERC concentra 91.648 solicitudes en el periodo, equivalentes al 80,6% del total general de medicamentos solicitados por las cohortes priorizadas. Este comportamiento constituye una señal crítica de revisión, dado que no guarda correspondencia con la tendencia observada entre enero y abril.

De igual forma, se observan incrementos relevantes en mayo en otras cohortes: cáncer pasó de 285 solicitudes en abril a 7.208 en mayo; artritis, de 470 a 3.016; VIH, de 104 a 2.333; trasplantados, de 389 a 1.382; enfermedades huérfanas, de 115 a 1.147; y hepatitis C, de 0 a 220 solicitudes. La simultaneidad del aumento en varias cohortes sugiere la posibilidad de cambios administrativos, operativos, metodológicos o de consolidación de información, más que una variación exclusivamente asistencial. Por tanto, se recomienda contrastar estos datos con el número de pacientes activos por cohorte, ingresos y egresos, demanda real de servicios farmacéuticos, registros de dispensación efectiva y soportes del operador farmacéutico.

Particular atención requiere la cohorte de hepatitis C, en la cual se reportan cero solicitudes en marzo y abril, seguidas de 220 solicitudes en mayo. Dado que esta cohorte requiere seguimiento clínico y continuidad terapéutica, la ausencia de solicitudes durante dos meses consecutivos debe ser aclarada, precisando si corresponde a culminación de tratamientos, reducción real de la demanda, cambios en esquemas terapéuticos, ajustes de registro o inconsistencias en la consolidación de la información.

Tabla 29. Medicamentos pendientes por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026.

Cohorte	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	Total
ERC	6.836	3.337	75	134	2.908	13.290

Cohorte	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	Total
Cáncer	1.307	654	1.030	283	364	3.638
Artritis	115	193	502	467	139	1.416
Trasplantados	2	379	416	384	74	1.255
Huérfanos	121	4	65	114	93	397
VIH	26	75	76	102	91	370
Hepatitis C	1	3	0	0	204	208
Hemofilia	52	46	5	5	2	110
Total	8.460	4.691	2.169	1.489	3.875	20.684

Fuente: Capital Salud EPS. Respuesta al requerimiento No. 2026-EE-72815 de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, mediante la cual se remite información de medicamentos pendientes por cohorte, serie mensual enero–mayo de 2026.

Durante el periodo enero–mayo de 2026 se registraron 20.684 medicamentos pendientes en las cohortes priorizadas. La cohorte ERC concentró el mayor volumen, con 13.290 pendientes, equivalentes al 64,3% del total. Le siguieron cáncer, con 3.638 pendientes, equivalentes al 17,6%; artritis, con 1.416 pendientes, equivalentes al 6,8%; y trasplantados, con 1.255 pendientes, equivalentes al 6,1%. En conjunto, ERC y cáncer concentraron 16.928 medicamentos pendientes, correspondientes al 81,8% del total reportado.

Al contrastar los medicamentos pendientes con los medicamentos solicitados, se identifica una proporción acumulada general de pendientes del 18,2% durante el periodo enero–mayo de 2026. Sin embargo, el comportamiento mensual presenta variaciones que requieren revisión. En enero se reportaron 8.460 pendientes frente a 9.043 solicitudes, lo que representa una relación del 93,6%; en febrero, 4.691 pendientes frente a 4.772 solicitudes, equivalente al 98,3%; en marzo, 2.169 pendientes frente a 2.191 solicitudes, equivalente al 99,0%; y en abril, 1.489 pendientes frente a 1.502 solicitudes, equivalente al 99,1%. En contraste, en mayo se reportaron 3.875 pendientes frente a 96.135 solicitudes, equivalente apenas al 4,0%.

Este cambio abrupto en mayo debe ser objeto de validación técnica, dado que el incremento extraordinario de medicamentos solicitados no se refleja proporcionalmente en el volumen de pendientes. Si la definición operativa de pendiente se mantuvo estable durante todo el periodo, el comportamiento observado podría sugerir una mejora sustancial en la capacidad de resolución del proceso de dispensación; no obstante, también podría estar asociado a cambios metodológicos, depuración de bases, modificación de criterios de registro, consolidación tardía de información o diferencias en la clasificación de los estados de entrega.

Desde la perspectiva de gestión del riesgo, la persistencia de medicamentos pendientes en cohortes como ERC, cáncer, artritis, trasplantados y enfermedades huérfanas representa una alerta relevante, dado que se trata de patologías que requieren continuidad terapéutica y seguimiento clínico permanente. La acumulación de pendientes puede afectar la adherencia, generar interrupciones del tratamiento, favorecer complicaciones clínicas y aumentar la utilización de servicios de mayor complejidad.

Tabla 30. Medicamentos pendientes sin entrega efectiva por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026.

Cohorte	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	Total
ERC	1.201	450	11	28	388	2.078
Cáncer	254	110	140	64	42	610
Artritis	48	11	55	92	15	221
VIH	5	17	6	22	19	69
Huérfanas	28	0	6	20	13	67
Trasplantados	1	0	7	8	8	24

Cohorte	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	Total
Hemofilia	12	7	1	0	0	20
Hepatitis C	1	1	0	0	0	2
Total	1.550	596	226	234	485	3.091

Fuente: Capital Salud EPS. Respuesta al requerimiento No. 2026-EE-72815 de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, mediante la cual se remite información de medicamentos pendientes sin entrega efectiva por cohorte, serie mensual enero–mayo de 2026.

La tabla 30 evidencia que, de los medicamentos pendientes reportados, 3.091 permanecieron sin evidencia de entrega efectiva durante el periodo enero–mayo de 2026. Este volumen representa el 14,94% del total de medicamentos pendientes y aproximadamente el 2,72% del total de medicamentos solicitados en las cohortes priorizadas. Aunque la proporción acumulada frente al total de solicitudes puede parecer baja, su relevancia debe interpretarse considerando la condición clínica de las cohortes analizadas y el impacto que puede tener una interrupción terapéutica en poblaciones de alto riesgo.

La cohorte ERC concentra 2.078 medicamentos pendientes sin entrega efectiva, equivalentes al 67,2% del total de no entregas efectivas. Este comportamiento confirma que el principal volumen de riesgo se ubica en esta población, cuyos pacientes requieren tratamientos continuos para prevenir progresión de la enfermedad, complicaciones clínicas y mayor utilización de servicios asistenciales. Cáncer ocupa el segundo lugar, con 610 medicamentos pendientes sin entrega efectiva, equivalentes al 19,7%; y artritis registra 221 medicamentos, correspondientes al 7,2%. En conjunto, ERC, cáncer y artritis concentran 2.909 medicamentos pendientes sin entrega efectiva, equivalentes al 94,1% del total.

El comportamiento mensual muestra una reducción del total de medicamentos pendientes sin entrega efectiva entre enero y abril, al pasar de 1.550 en enero a 234 en abril; sin embargo, en mayo se observa un nuevo incremento hasta 485 registros. En ERC, la reducción fue marcada entre enero y abril, pasando de 1.201 a 28 medicamentos pendientes sin entrega efectiva, pero en mayo aumentó nuevamente a 388. En cáncer, por el contrario, se observa una disminución progresiva, pasando de 254 en enero a 42 en mayo.

Estos resultados requieren validación por parte de la EPS-S y del gestor farmacéutico, con el fin de determinar si la reducción observada corresponde a mejoras reales en el cierre efectivo de pendientes, depuración de registros, cambios en los criterios de reporte o modificaciones en la clasificación de estados de entrega. Esta verificación es necesaria para establecer la confiabilidad de la información y evaluar adecuadamente el desempeño del proceso de dispensación.

Tabla 31. Porcentaje de medicamentos pendientes sin entrega efectiva por cohorte priorizada, serie mensual enero–mayo de 2026

COHORTE	PORCENTAJE MEDICAMENTOS PENDIENTES SIN ENTREGA EFECTIVA						
	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	Promedio Mensual	Porcentaje acumulado enero-mayo
HEPATITIS C	100,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	26,7%	0,96%
VIH	19,2%	22,7%	7,9%	21,6%	20,9%	18,4%	18,65%

COHORTE	PORCENTAJE MEDICAMENTOS PENDIENTES SIN ENTREGA EFECTIVA						
	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26	Promedio Mensual	Porcentaje acumulado enero-mayo
ARTRITIS	41,7%	5,7%	11,0%	19,7%	10,8%	17,8%	15,61%
CANCER	19,4%	16,8%	13,6%	22,6%	11,5%	16,8%	16,77%
ERC	17,6%	13,5%	14,7%	20,9%	13,3%	16,0%	15,64%
TRASPLANTADOS	50,0%	0,0%	1,7%	2,1%	10,8%	12,9%	1,91%
HUERFANAS	23,1%	0,0%	9,2%	17,5%	14,0%	12,8%	16,88%
HEMOFILIA	23,1%	15,2%	20,0%	0,0%	0,0%	11,7%	18,18%

Fuente: Cálculos propios con base en la información reportada por Capital Salud EPS en respuesta al requerimiento No. 2026-EE-72815 de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento. El porcentaje mensual se calcula como medicamentos pendientes sin entrega efectiva dividido entre medicamentos pendientes de cada cohorte y mes. El porcentaje acumulado enero–mayo se calcula como el total de medicamentos pendientes sin entrega efectiva dividido entre el total de medicamentos pendientes de la cohorte durante el periodo.

Al analizar los porcentajes de medicamentos pendientes sin entrega efectiva, se observa que la lectura del indicador debe realizarse con cautela, diferenciando el promedio mensual del porcentaje acumulado del periodo y contrastando siempre el resultado porcentual con el volumen absoluto de eventos. En el promedio mensual, hepatitis C registra el valor más alto, con 26,7%; sin embargo, este resultado está influenciado por denominadores muy pequeños, dado que en enero se reportó un medicamento pendiente y un medicamento sin entrega efectiva, lo que genera un porcentaje mensual de 100,0%. En el acumulado enero–mayo, hepatitis C registra 2 medicamentos sin entrega efectiva sobre 208 pendientes, equivalente a 1,0%, por lo que no constituye la cohorte de mayor carga absoluta del problema.

Desde la perspectiva acumulada, las mayores proporciones se observan en VIH, con 18,6%; hemofilia, con 18,2%; huérfanas, con 16,9%; cáncer, con 16,8%; ERC, con 15,6%; y artritis, también con 15,6%. No obstante, desde la perspectiva de riesgo poblacional y carga absoluta, las prioridades de seguimiento deben centrarse principalmente en ERC, cáncer y artritis, dado que concentran el mayor número de medicamentos pendientes sin entrega efectiva.

En este sentido, el análisis porcentual no debe interpretarse de manera aislada. Una cohorte con pocos eventos puede presentar porcentajes elevados sin representar necesariamente la mayor carga operativa o asistencial, mientras que una cohorte con alto volumen absoluto puede concentrar el mayor riesgo para la continuidad terapéutica aun con porcentajes moderados. Por esta razón, la priorización debe integrar tres elementos: volumen de medicamentos solicitados, volumen de medicamentos pendientes y volumen de medicamentos pendientes sin entrega efectiva.

En síntesis, el comportamiento de la dispensación de medicamentos en cohortes priorizadas durante enero–mayo de 2026 evidencia alertas relevantes para la gestión del riesgo en salud. En primer lugar, se observa una concentración atípica de solicitudes en mayo, especialmente en ERC, que requiere validación metodológica y operativa. En segundo lugar, persiste un volumen importante de medicamentos pendientes, principalmente en ERC y cáncer. En tercer lugar, se identifican 3.091 medicamentos pendientes sin entrega efectiva, con concentración predominante en ERC, cáncer y artritis. Estos hallazgos hacen necesario que Capital Salud EPS fortalezca la trazabilidad de la información, la gestión de inventarios, el seguimiento nominal de usuarios, el cierre efectivo de pendientes y la auditoría del proceso de dispensación, con énfasis en las cohortes de mayor riesgo clínico y mayor volumen de medicamentos no entregados.

7.3 Dispensación de medicamentos en cohortes priorizadas de alto riesgo: continuidad terapéutica y riesgo clínico

A continuación, la Tabla 32 muestra que, de los 20.684 medicamentos pendientes reportados durante el periodo analizado, 3.091 —equivalentes al 14,94 %— permanecieron sin evidencia de entrega efectiva, proporción que corresponde aproximadamente a uno de cada siete medicamentos pendientes.

Este resultado evidencia la persistencia de casos no resueltos en el proceso de dispensación y representa una alerta para la continuidad terapéutica, especialmente en las cohortes priorizadas de alto riesgo.

Tabla 32. Resumen de medicamentos pendientes sin entrega efectiva en cohortes priorizadas, Capital Salud EPS

DISPENSACION TOTAL COHORTES OBJETO - CAPITAL SALUD EPS			
Total, de medicamentos solicitados	Total, de medicamentos pendientes	Total, de medicamentos pendientes sin entrega	Porcentaje de medicamentos pendientes sin entrega efectiva sobre el total de pendientes (%)
113.643	20.684	3.091	14,94%

Fuente: Capital Salud EPS Respuesta al requerimiento No 2026-EE-72815 de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, mediante la cual se remite información de medicamentos solicitados por cohorte (serie mensual enero - mayo 2026).

La información presentada en la Tabla 32, desde la perspectiva de garantía del acceso, continuidad terapéutica y gestión del riesgo en salud, evidencia una situación que requiere seguimiento prioritario por parte de Capital Salud EPS y su operador farmacéutico. La existencia de medicamentos pendientes sin entrega efectiva en cohortes priorizadas constituye un indicio de posibles fallas en la oportunidad, trazabilidad y efectividad del proceso de dispensación, especialmente porque las poblaciones analizadas corresponden a usuarios con enfermedades crónicas, de alto costo y alta complejidad clínica, en quienes la interrupción del tratamiento puede generar consecuencias asistenciales relevantes. En este contexto, la no entrega efectiva no debe interpretarse únicamente como un rezago

administrativo, sino como una condición que puede afectar directamente la continuidad de la atención, la adherencia terapéutica y la estabilidad clínica de los pacientes.

La permanencia de medicamentos sin entrega efectiva incrementa el riesgo de interrupciones terapéuticas, progresión de la enfermedad, descompensaciones clínicas, pérdida de respuesta al tratamiento y mayor utilización de servicios de urgencias, consulta no programada u hospitalización potencialmente evitable. Por tanto, los resultados analizados evidencian la necesidad de implementar acciones correctivas orientadas a fortalecer la planeación del abastecimiento, la gestión de inventarios, el seguimiento nominal de los usuarios, la priorización de cohortes de alto riesgo y el cierre efectivo de pendientes. Así mismo, se requiere que la EPS verifique las causas de no entrega, documente las acciones de resolución, realice seguimiento a los tiempos de respuesta y garantice que el proceso de dispensación farmacéutica responda de manera oportuna, completa y continua a las necesidades de la población afiliada.

7.4 Indicadores de dispensación de medicamentos

A continuación, se presenta el comportamiento mensual de los indicadores de dispensación de medicamentos reportados por Capital Salud EPS para la ciudad de Bogotá durante el periodo enero a mayo de 2026. Los indicadores analizados corresponden al tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), el porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa y el porcentaje de fórmulas médicas entregadas oportunamente. Estos indicadores constituyen herramientas fundamentales para evaluar el desempeño de la gestión farmacéutica, en la medida en que permiten valorar la capacidad de respuesta de la red de dispensación frente a las necesidades de la población afiliada y su incidencia sobre el acceso efectivo a los tratamientos prescritos.

*Tabla 33. Comportamiento de indicadores de dispensación de medicamentos,
Bogotá, enero a mayo de 2026*

INDICADOR		PERIODO				
CODIGO	DESCRIPCION DEL INDICADOR	ene-26	feb-26	mar-26	abr-26	may-26
A14	Tiempo de espera, para la entrega de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) (días) ¹⁴	0,2	0,2	0,1	1,3	0,6
A15	Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa	97,00%	97,00%	99,00%	98,00%	99,00%
A16	Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna	97,00%	97,00%	99,00%	98,00%	99,00%

Fuente: Información de indicadores de dispensación A14, A15 y A16, enero-mayo de 2026, remitida en respuesta al requerimiento 2026-EE-72815.

El indicador de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud —PBS— (A14) presentó un comportamiento favorable durante el periodo enero–mayo de 2026, con valores inferiores a 1,5 días en todos los meses analizados. En enero y febrero se reportó un tiempo de espera de 0,2 días; en marzo disminuyó a 0,1 días; en abril aumentó a 1,3 días, registrando el valor más alto del periodo; y en mayo descendió nuevamente a 0,6 días. Este comportamiento sugiere, en términos agregados, una respuesta operativa oportuna en la entrega de medicamentos PBS; sin embargo, el incremento observado en abril amerita revisión, con el fin de establecer si obedeció a mayor demanda, dificultades logísticas, disponibilidad de inventarios, ajustes operativos del gestor farmacéutico o cambios en la metodología de medición y reporte.

¹⁴ Tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud —PBS—, expresado en días.

En cuanto al porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa (A15), se observa un desempeño alto durante el periodo evaluado, con resultados iguales o superiores al 97%. El indicador se ubicó en 97,0% en enero y febrero, aumentó a 99,0% en marzo, se situó en 98,0% en abril y alcanzó nuevamente 99,0% en mayo. Estos resultados evidencian un comportamiento agregado favorable en la completitud de la dispensación, lo cual indica que la mayoría de las fórmulas médicas reportadas fueron entregadas en su totalidad. No obstante, este indicador debe interpretarse de manera integrada con el análisis de medicamentos pendientes y pendientes sin entrega efectiva, especialmente en cohortes priorizadas.

Por su parte, el indicador de oportunidad en la entrega de fórmulas médicas (A16) presentó el mismo comportamiento porcentual reportado para la entrega completa, con valores de 97,0% en enero y febrero, 99,0% en marzo, 98,0% en abril y 99,0% en mayo. Este resultado refleja un desempeño agregado favorable en la entrega oportuna de medicamentos durante el periodo enero–mayo de 2026. Sin embargo, la coincidencia exacta entre los resultados de completitud y oportunidad en todos los meses analizados debe ser revisada técnicamente, con el fin de confirmar la consistencia metodológica del reporte y verificar si ambos indicadores fueron calculados con criterios diferenciados, conforme a sus respectivas definiciones operativas.

No obstante, al contrastar estos resultados con la información previamente analizada sobre medicamentos solicitados, medicamentos pendientes y medicamentos pendientes sin entrega efectiva, se identifica una situación que requiere especial atención. Aunque los indicadores agregados de completitud y oportunidad muestran niveles altos, entre 97,0% y 99,0%, durante enero–mayo de 2026 se reportaron 20.684 medicamentos pendientes y 3.091 medicamentos pendientes sin entrega efectiva en cohortes priorizadas. Lo anterior evidencia que los indicadores globales pueden reflejar un desempeño promedio favorable del proceso de dispensación, pero no necesariamente capturan de manera integral las

dificultades específicas que enfrentan determinados grupos poblacionales con enfermedades crónicas, de alto costo o alta complejidad clínica.

En síntesis, los resultados de los indicadores A14, A15 y A16 deben analizarse de forma complementaria con la gestión de pendientes, el cierre efectivo de entregas, la trazabilidad de los casos no resueltos y el seguimiento nominal de usuarios pertenecientes a cohortes priorizadas. Esta lectura integrada permite establecer si la oportunidad y completitud reportadas por la EPS se traducen efectivamente en acceso continuo a los tratamientos, especialmente para pacientes con ERC, cáncer, artritis, VIH, enfermedades huérfanas, hepatitis C, hemofilia y trasplantados, en quienes la interrupción o demora en la entrega de medicamentos puede generar riesgos clínicos relevantes.

8. ANÁLISIS FINANCIERO

El presente capítulo desarrolla el análisis financiero de Capital Salud EPS para el periodo **enero-mayo de 2026**, con base en la información contenida en el Formato FT001 reportado por la entidad y publicado por la Superintendencia Nacional de Salud. Las cifras se presentan en millones de pesos colombianos y permiten examinar la evolución de los principales componentes de la estructura financiera de la EPS, incluyendo activos, pasivos, patrimonio, efectivo y equivalentes al efectivo, cuentas por cobrar, cuentas por pagar a proveedores médicos, reservas técnicas, nivel de endeudamiento y comportamiento de la siniestralidad.

El análisis tiene como propósito identificar señales financieras relevantes para el seguimiento institucional, especialmente aquellas asociadas a liquidez, sostenibilidad operativa, deterioro patrimonial, crecimiento de obligaciones con la red prestadora, suficiencia del respaldo técnico-financiero, presión del gasto asistencial y capacidad de la EPS para mantener la continuidad en la prestación de servicios de salud. En este sentido, los resultados presentados permiten establecer alertas técnicas sobre la evolución financiera de Capital Salud EPS durante el

periodo evaluado, sin que ello constituya una certificación definitiva sobre el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia previstas en el marco normativo vigente, competencia que corresponde a las autoridades de inspección, vigilancia y control conforme a los procedimientos regulatorios aplicables.

8.1 Estado de situación financiera

La información financiera de Capital Salud EPS se extrajo del sitio web oficial de la Superintendencia Nacional de Salud donde tiene publicado el formato FT001 <https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/datos-abiertos/seccion-de-datos-abiertos> donde se obtuvo la información correspondiente a los periodos enero a mayo de 2026.

En términos generales y con el fin de realizar un análisis e identificar señales financieras preliminares sobre liquidez, endeudamiento, patrimonio, cuentas por pagar, reservas técnicas y siniestralidad, sin que constituya certificación de solvencia normativa, pero si evaluar las condiciones financieras y de solvencia establecidas en el Decreto 780 de 2016, a continuación, en la tabla 34, se muestra el detalle del total de los activos, pasivos y patrimonio de los periodos mencionados:

Tabla 34. Estado de Situación Financiera de enero a mayo de 2026 (Cifras en millones de pesos)

Concepto	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
ACTIVOS					
Efectivo y equivalentes al efectivo	200.703,96	168.276,66	168.604,28	182.535,55	175.906,65
Cuentas por cobrar	132.915,47	133.371,25	132.091,18	132.103,24	134.764,30
Propiedad, planta y equipo	1.676,61	1.673,47	1.656,80	1.643,03	1.622,26
Avances y anticipos	28.085,80	64.470,68	41.114,26	48.111,62	31.595,62
Derechos de compensaciones por impuestos y contribuciones	2.661,06	2.661,07	2.661,07	2.661,08	2.661,08
Depósitos entregados en garantía	1.546,36	1.546,36	1.546,36	1.546,36	1.546,36
Activos intangibles	647,73	647,73	647,73	647,73	647,73
Activos por impuestos diferidos	81.616,05	81.616,05	81.616,05	81.616,05	81.616,05
Derechos de reembolso y sustitución de activos deteriorados	0,00	0,00	0,00	0,00	-107,21
Otros activos no clasificados / ajuste automático de cuadre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total, activos	449.853,04	454.263,26	429.937,73	450.864,65	430.252,84
PASIVOS					
Cuentas por pagar a proveedores médicos	257.877,12	303.277,17	316.793,66	364.492,31	367.259,42
Cuentas por pagar administrativas	3.801,26	3.380,91	3.556,81	6.389,13	6.411,02
Otras cuentas por pagar	800,99	1.553,82	532,17	749,60	1.714,42
Beneficios a empleados	7.065,06	4.572,12	5.395,22	6.297,58	7.158,15
Provisiones	230.603,39	221.539,38	213.403,07	197.488,07	185.171,47
Otros pasivos – anticipos recibidos	24,56	24,56	24,56	24,56	24,56
Pasivos por impuestos diferidos	983,42	983,42	983,42	983,42	983,42
Total, pasivos	501.155,81	535.331,38	540.688,91	576.424,68	568.722,46

Concepto	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
PATRIMONIO					
Capital suscrito y pagado	664.220,48	664.220,48	664.220,48	664.220,48	664.220,48
Reservas	57,08	57,08	57,08	57,08	57,08
Resultados de ejercicios anteriores	-645.955,91	-645.955,91	-645.955,91	-645.955,91	-645.955,91
Resultados del ejercicio	-69.624,42	-99.389,76	-129.072,83	-143.881,68	-156.791,27
Total, patrimonio	-51.302,77	-81.068,12	-110.751,18	-125.560,03	-138.469,62
Total, pasivos y patrimonio	449.853,04	454.263,26	429.937,73	450.864,65	430.252,84

Fuente: Formato FT001 – Información financiera reportada (corte enero a mayo de 2026); consultado el día 08-07-2026 en:
<https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#/datos-abiertos/documents/42226441d3564f7394ed35a2f8b97962/about>

Durante el periodo enero-mayo de 2026, los activos totales de Capital Salud EPS pasaron de \$449.853 millones en enero a \$430.253 millones en mayo, lo que representa una disminución neta de \$19.600 millones, equivalente a una variación aproximada de -4,4%. Este comportamiento evidencia una reducción del tamaño del activo durante el periodo analizado, en un contexto de deterioro financiero progresivo, dado que la disminución de los activos se presenta simultáneamente con un incremento relevante de los pasivos y una profundización del patrimonio negativo.

Uno de los cambios más importantes se observa en el efectivo y equivalentes al efectivo, que disminuyó de \$200.704 millones en enero a \$175.907 millones en mayo, con una reducción de \$24.797 millones, equivalente a una caída aproximada de -12,4%. Este resultado refleja una menor disponibilidad inmediata de recursos líquidos para atender obligaciones operativas, pagos a la red prestadora y demás compromisos de corto plazo. La reducción del efectivo es especialmente relevante porque ocurre en paralelo con el aumento de las cuentas por pagar a proveedores médicos, lo que puede limitar la capacidad de respuesta financiera inmediata de la EPS.

Las cuentas por cobrar presentaron un comportamiento relativamente estable, al pasar de \$132.915 millones en enero a \$134.764 millones en mayo, con un incremento de \$1.849 millones, equivalente a una variación aproximada de 1,4%. Aunque este aumento no es significativo en términos porcentuales, el rubro mantiene una participación importante dentro del activo total y requiere seguimiento frente a su recuperabilidad, depuración y oportunidad de recaudo, dado que corresponde a derechos de cobro y no a liquidez inmediata disponible.

Por su parte, los avances y anticipos aumentaron de \$28.086 millones en enero a \$31.596 millones en mayo, con una variación positiva de \$3.510 millones, equivalente a un incremento aproximado de 12,5%. No obstante, este rubro presentó fluctuaciones relevantes durante el periodo, alcanzando \$64.471 millones

en febrero y \$48.112 millones en abril, lo que sugiere la necesidad de verificar su trazabilidad, legalización, aplicación y depuración contable. Los activos por impuestos diferidos se mantuvieron constantes en \$81.616 millones durante los cinco meses analizados, mientras que los demás conceptos de activo presentaron una participación menor dentro de la estructura financiera.

Por el lado de la estructura financiera, los pasivos totales aumentaron de \$501.156 millones en enero a \$568.722 millones en mayo de 2026, con una variación de \$67.567 millones, equivalente a un incremento aproximado de 13,5%. Este crecimiento resulta crítico, dado que los pasivos no solo aumentan durante el periodo, sino que además superan el valor total de los activos en todos los meses analizados. En consecuencia, la EPS presenta una estructura financiera con alto nivel de apalancamiento y patrimonio negativo.

Dentro del pasivo, el componente de mayor relevancia corresponde a las cuentas por pagar a proveedores médicos, que pasaron de \$257.877 millones en enero a \$367.259 millones en mayo, con un incremento de \$109.382 millones, equivalente a una variación aproximada de 42,4%. Este comportamiento configura una alerta significativa, dado que corresponde a obligaciones directamente asociadas con la red prestadora de servicios de salud. Su crecimiento puede incidir en la oportunidad de pagos, la estabilidad contractual, la continuidad de la atención y la disponibilidad efectiva de servicios para la población afiliada.

Las cuentas por pagar administrativas también aumentaron, al pasar de \$3.801 millones en enero a \$6.411 millones en mayo, con una variación de \$2.610 millones, equivalente a 68,7%. Aunque su peso relativo frente al total del pasivo es menor, su incremento refleja una mayor acumulación de obligaciones operativas. De igual manera, las otras cuentas por pagar pasaron de \$801 millones a \$1.714 millones, con un aumento de \$913 millones, equivalente a una variación aproximada de 114,0%.

En contraste, las provisiones disminuyeron de \$230.603 millones en enero a \$185.171 millones en mayo, con una reducción de \$45.432 millones, equivalente a una variación aproximada de -19,7%. Esta disminución debe interpretarse con cautela, dado que no necesariamente representa una mejora financiera estructural si simultáneamente aumentan de manera significativa las cuentas por pagar a proveedores médicos y se profundiza el patrimonio negativo. Por tanto, se requiere validar si la reducción obedece a pagos efectivos, reclasificaciones contables, depuración de obligaciones, cambios en estimaciones o ajustes metodológicos en el reporte financiero.

La relación entre activos y pasivos muestra un deterioro relevante. En enero, los activos representaban aproximadamente el 89,8% de los pasivos, mientras que en mayo esta relación disminuyó a 75,7%. En términos prácticos, en enero la entidad contaba con cerca de \$0,90 de activos por cada \$1 de pasivos, mientras que en mayo este respaldo se redujo a aproximadamente \$0,76 por cada \$1 de obligaciones. De manera complementaria, el nivel de endeudamiento, medido como pasivos sobre activos, pasó de 111,4% en enero a 132,2% en mayo, lo que confirma que las obligaciones superan ampliamente el valor total de los activos registrados.

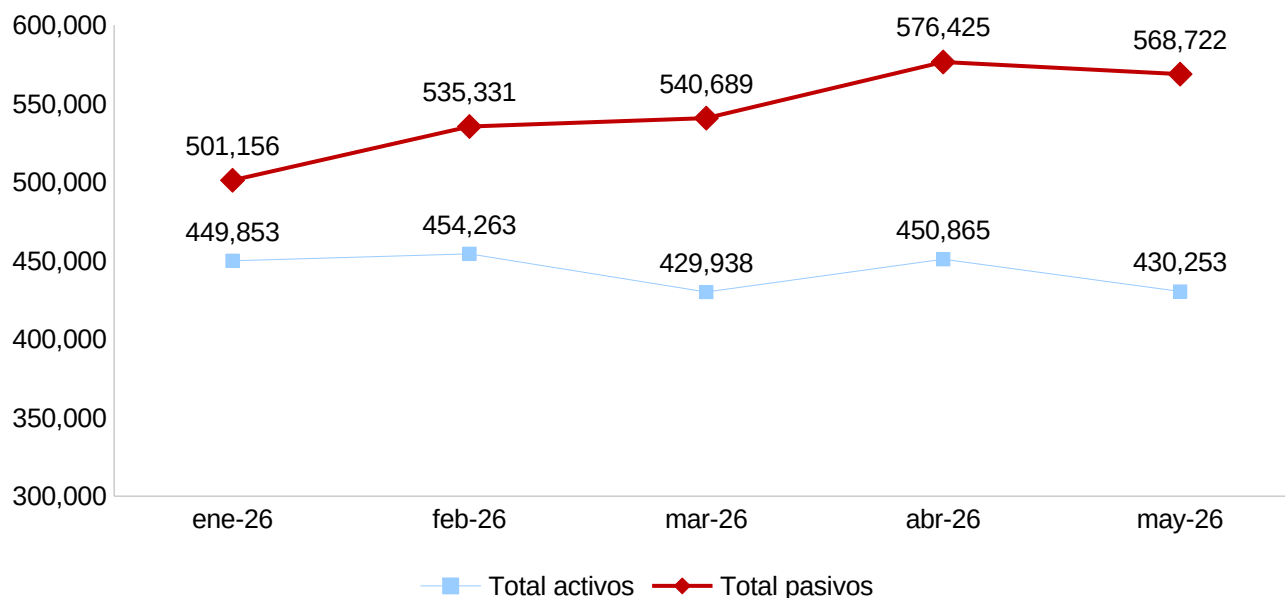
El patrimonio se mantuvo negativo durante todo el periodo y presentó un deterioro significativo, al pasar de -\$51.303 millones en enero a -\$138.470 millones en mayo, lo que representa una profundización del déficit patrimonial en \$87.167 millones. Este comportamiento está asociado principalmente al aumento del resultado negativo del ejercicio, que pasó de -\$69.624 millones en enero a -\$156.791 millones en mayo, mientras los resultados de ejercicios anteriores se mantuvieron en -\$645.956 millones. La participación del patrimonio sobre el total de activos pasó de -11,4% en enero a -32,2% en mayo, reflejando una condición patrimonial crítica.

En síntesis, durante el periodo enero-mayo de 2026, Capital Salud EPS evidencia una presión financiera creciente, caracterizada por disminución de activos, reducción del efectivo disponible, incremento acelerado de pasivos, aumento

significativo de cuentas por pagar a proveedores médicos, endeudamiento superior al 100% y profundización del patrimonio negativo. Aunque las provisiones disminuyen durante el periodo, este comportamiento no compensa el deterioro general de la estructura financiera, especialmente por el crecimiento de las obligaciones con la red prestadora y el resultado negativo del ejercicio.

En consecuencia, el escenario financiero de la EPS amerita seguimiento estrecho, con énfasis en la recuperación y depuración de cuentas por cobrar, control del gasto asistencial, legalización de anticipos, validación de la disminución de provisiones, gestión de cuentas por pagar con la red prestadora, fortalecimiento patrimonial y formulación de medidas orientadas a preservar la sostenibilidad operativa y la continuidad en la prestación de servicios de salud.

Gráfica 5. Total de activos y pasivos de enero a mayo de 2026 (cifras en millones)



Fuente: Formato FT001 – Información financiera reportada (corte enero a mayo de 2026); consultado el día 08-07-2026 en: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#!/datos-abiertos/search?groupIds=9a4d8d6e18a94ad4a633ef878e6c638d&q=2026>

La gráfica evidencia que, durante el periodo **enero-mayo de 2026**, los activos totales de Capital Salud EPS presentaron un comportamiento fluctuante, pasando de **\$449.853 millones en enero** a **\$430.253 millones en mayo**, lo que representa una disminución neta de **\$19.600 millones**, equivalente a una variación aproximada de **-4,4%**. El valor más alto de los activos se observó en **febrero**, con **\$454.263 millones**, mientras que el nivel más bajo se registró en **marzo**, con **\$429.938 millones**. Este comportamiento muestra que la entidad no presentó una tendencia sostenida de fortalecimiento del activo durante el periodo, sino variaciones asociadas a la dinámica de efectivo, cuentas por cobrar, anticipos y demás componentes de la estructura financiera.

En contraste, los pasivos totales se mantuvieron por encima de los activos durante todos los meses analizados y presentaron una tendencia creciente, al pasar de **\$501.156 millones en enero** a **\$568.722 millones en mayo**, con un incremento neto de **\$67.567 millones**, equivalente a una variación aproximada de **13,5%**. El punto más alto del pasivo se registró en **abril**, con **\$576.425 millones**, seguido de una leve disminución en mayo; sin embargo, el nivel de obligaciones continuó siendo significativamente superior al de los activos. Este comportamiento evidencia una presión financiera creciente y un mayor nivel de apalancamiento, especialmente porque el crecimiento de los pasivos ocurre en paralelo con una reducción del activo total.

La separación entre ambas curvas refleja una condición financiera crítica: mientras los activos disminuyen entre enero y mayo, los pasivos aumentan de manera relevante. En términos de cobertura, en enero la entidad contaba con aproximadamente **\$0,90 de activos por cada \$1 de pasivos**, mientras que en mayo esta relación se redujo a cerca de **\$0,76 por cada \$1 de obligaciones**. De manera complementaria, el endeudamiento, medido como pasivos sobre activos, pasó de **111,4% en enero** a **132,2% en mayo**, lo que confirma que las obligaciones superan ampliamente el valor de los activos registrados.

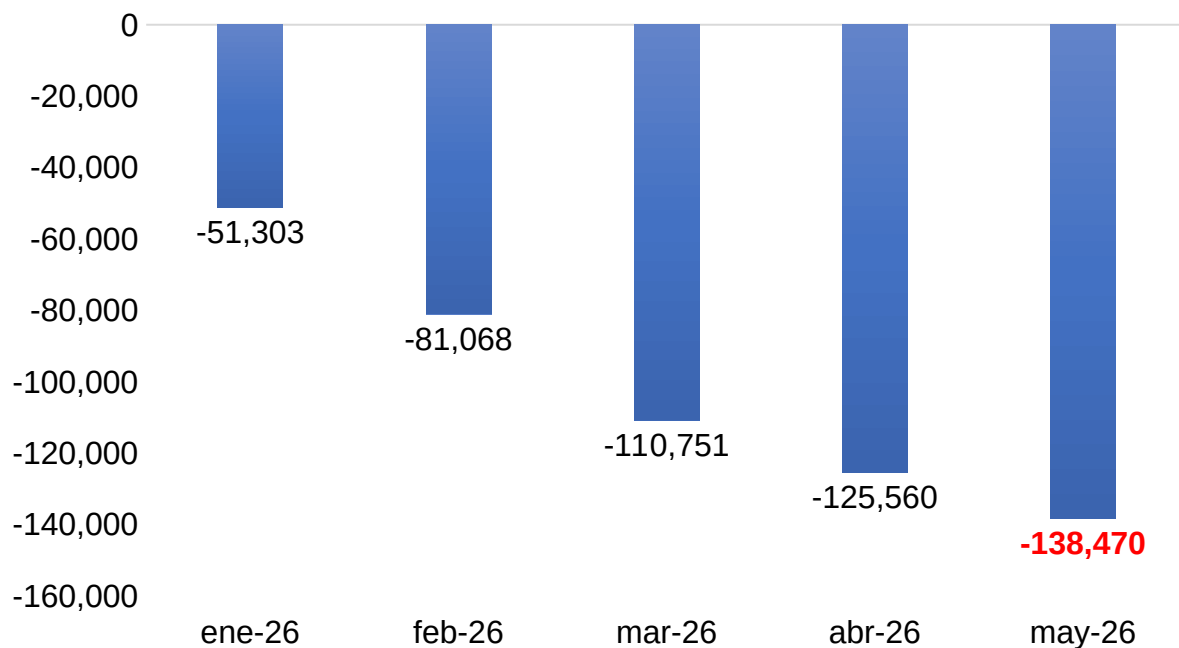
En consecuencia, la gráfica permite concluir que Capital Salud EPS presenta un deterioro financiero relevante durante el periodo enero-mayo de 2026, caracterizado por reducción del activo, crecimiento de los pasivos, ampliación de la brecha entre obligaciones y recursos disponibles, y profundización del patrimonio negativo. En efecto, el patrimonio pasó de **-\$51.303 millones en enero a -\$138.470 millones en mayo**, lo que representa una profundización del déficit patrimonial de **\$87.167 millones**. Este escenario exige seguimiento estrecho sobre liquidez, cuentas por pagar, provisiones, flujo de recursos, gestión de pasivos con la red prestadora y medidas de fortalecimiento patrimonial orientadas a preservar la sostenibilidad operativa y la continuidad en la prestación de servicios de salud.

8.2 Patrimonio

Con el propósito de analizar la capacidad patrimonial de Capital Salud EPS durante el periodo enero-mayo de 2026, se presenta la evolución mensual del patrimonio total de la entidad, junto con sus principales componentes: capital suscrito y pagado, reservas patrimoniales¹⁵, resultados de ejercicios anteriores y resultado del ejercicio. Esta información permite identificar el comportamiento de la solvencia contable de la EPS, el efecto acumulado de las pérdidas sobre su estructura financiera y el margen patrimonial disponible para respaldar sus obligaciones operativas y asistenciales.

¹⁵ Las **reservas patrimoniales** hacen parte del patrimonio de la entidad y sirven para fortalecer su respaldo financiero o absorber pérdidas. En cambio, las **reservas presupuestales** corresponden a compromisos adquiridos con cargo al presupuesto de una vigencia que quedan pendientes de ejecutar o pagar. Por tanto, las primeras son contables y patrimoniales, mientras que las segundas son presupuestales y operativas; no son conceptos equivalentes.

Gráfica 6. Patrimonio Capital Salud EPS enero a mayo de 2026 (cifras en millones)



Fuente: Formato FT001 – Información financiera reportada (corte enero a mayo de 2026); consultado el día 08-07-2026 en: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#!/datos-abiertos/search?groupIds=9a4d8d6e18a94ad4a633ef878e6c638d&q=2026>

El patrimonio de Capital Salud EPS evidencia un deterioro significativo durante el periodo analizado, manteniéndose en valores negativos en todos los meses. El total patrimonial pasó de -\$51.303 millones en enero a -\$138.470 millones en mayo de 2026, lo que representa una profundización del déficit patrimonial de \$87.167 millones, equivalente a un deterioro aproximado de **169,9% frente** al saldo negativo registrado en enero. Este comportamiento confirma que la entidad no cuenta con respaldo patrimonial positivo durante el periodo evaluado y que su estructura financiera presenta una condición crítica.

La estructura patrimonial muestra que el capital suscrito y pagado permaneció estable en \$664.220 millones, al igual que las reservas, que se mantuvieron en aproximadamente \$57 millones. No obstante, este respaldo contable se encuentra ampliamente absorbido por los resultados de ejercicios anteriores, que ascienden a

-\$645.956 millones, y por el deterioro progresivo del resultado del ejercicio 2026, que pasó de -\$69.624 millones en enero a -\$156.791 millones en mayo. En conjunto, las pérdidas acumuladas y del ejercicio superan la capacidad de respaldo del capital, generando un patrimonio negativo creciente.

Durante el periodo se observa una profundización mensual del déficit patrimonial. En enero, el patrimonio fue de -\$51.303 millones; en febrero, -\$81.068 millones; en marzo, -\$110.751 millones; en abril, -\$125.560 millones; y en mayo, **-\$138.470 millones**. Esta tendencia descendente evidencia que la EPS no solo mantiene una situación patrimonial negativa, sino que además continúa deteriorándose mes a mes, lo cual incrementa la exposición financiera de la entidad frente a sus obligaciones presentes y futuras.

La participación del patrimonio sobre el total de activos también muestra una alerta relevante. En enero, el patrimonio representaba aproximadamente **-11,4%** de los activos totales, mientras que en mayo esta relación se deterioró hasta cerca de **-32,2%**. Este comportamiento indica que una proporción creciente de la operación se encuentra financiada mediante pasivos y que la entidad carece de un margen patrimonial positivo para absorber pérdidas adicionales, contingencias, incrementos del gasto asistencial o mayores obligaciones con la red prestadora.

Desde una perspectiva de solvencia, el comportamiento observado constituye una señal crítica. La persistencia de patrimonio negativo limita la capacidad de absorción de riesgos, reduce el respaldo contable frente a obligaciones causadas y puede afectar la sostenibilidad financiera y operativa de la EPS. Esta situación adquiere mayor relevancia al analizarse de manera integrada con el incremento de los pasivos, el aumento de las cuentas por pagar a proveedores médicos, la reducción del efectivo disponible y la presión derivada del resultado negativo del ejercicio.

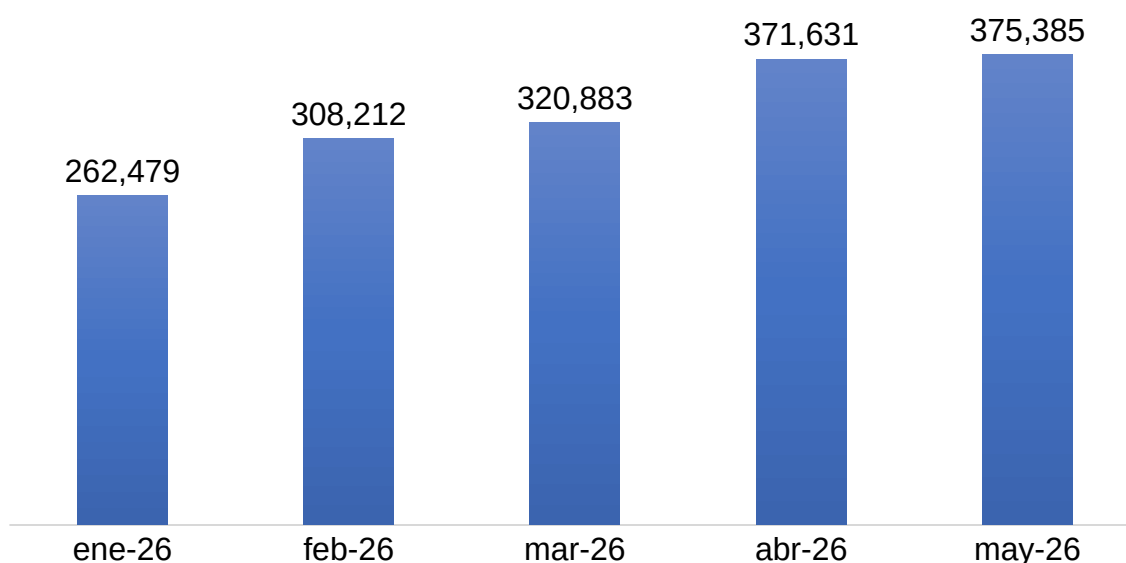
En conclusión, el patrimonio de Capital Salud EPS durante enero-mayo de 2026 presenta una tendencia de deterioro sostenido, caracterizada por patrimonio

negativo en todos los meses, pérdidas acumuladas elevadas, incremento del resultado negativo del ejercicio y ausencia de margen patrimonial positivo. Este escenario exige seguimiento estrecho y la adopción de medidas orientadas al fortalecimiento patrimonial, control del gasto asistencial, gestión de pasivos, depuración de obligaciones, recuperación de cartera, revisión de provisiones y estabilización financiera, con el fin de mitigar riesgos sobre la sostenibilidad operativa y la continuidad en la prestación de servicios de salud.

8.3 Cuentas por pagar

Según las cifras reportadas por Capital Salud EPS en el Formato FT001, durante el periodo enero-mayo de 2026 se evidencia un incremento relevante de las obligaciones asociadas a cuentas por pagar, integradas por cuentas por pagar a proveedores médicos, cuentas por pagar administrativas y otras cuentas por pagar. Este rubro pasó de \$262.479 millones en enero a \$375.385 millones en mayo, lo que representa un aumento de \$112.906 millones, equivalente a una variación aproximada de 43,0%.

Gráfica 7. Cuentas por pagar enero a mayo de 2026 (cifras en millones)



Fuente: Formato FT001 – Información financiera reportada (corte enero a mayo de 2026); consultado el día 08-07-2026 en: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#!/datos-abiertos/search?groupIds=9a4d8d6e18a94ad4a633ef878e6c638d&q=2026>

El comportamiento que se muestra en la gráfica anterior, evidencia las **cuentas por pagar**, las cuales constituyen el componente de mayor relevancia dentro de las obligaciones operativas de Capital Salud EPS. Este rubro pasó de **\$257.877 millones en enero a \$367.259 millones en mayo de 2026**, con un incremento de **\$109.382 millones**, equivalente a una variación aproximada de **42,4%**. Este crecimiento resulta significativo, dado que corresponde a obligaciones directamente relacionadas con la red prestadora de servicios de salud y, por tanto, puede incidir en la oportunidad de pago, la estabilidad contractual, la continuidad de la atención, la disponibilidad efectiva de servicios y la relación operativa con IPS, proveedores y demás actores de la red.

Adicionalmente, al considerar las **cuentas por pagar administrativas** y las **otras cuentas por pagar**, el saldo conjunto de cuentas por pagar identificadas en la tabla pasó de aproximadamente **\$262.479 millones en enero a \$375.385 millones en mayo de 2026**, lo que representa un aumento de **\$112.906 millones**, equivalente a una variación aproximada de **43,0%**. Este comportamiento confirma una mayor presión sobre las obligaciones de corto y mediano plazo de la EPS, en un contexto en el que los pasivos totales superan los activos durante todo el periodo analizado y el patrimonio se mantiene negativo.

El incremento de las cuentas por pagar se explica principalmente por el aumento de las obligaciones con proveedores médicos; sin embargo, también se observa crecimiento en las **cuentas por pagar administrativas**, que pasaron de **\$3.801 millones a \$6.411 millones**, y en las **otras cuentas por pagar**, que aumentaron de **\$801 millones a \$1.714 millones**. Aunque estos dos últimos rubros tienen menor peso relativo frente a las obligaciones asistenciales, su crecimiento refuerza la señal de acumulación de compromisos operativos pendientes de pago.

Desde el punto de vista financiero y operativo, el aumento sostenido de las cuentas por pagar puede afectar el flujo de recursos hacia la red prestadora, generar tensiones con los prestadores y proveedores, incrementar el riesgo de restricciones en la prestación efectiva de los servicios y afectar la continuidad de la atención. En el caso de una EPS con alta participación de población subsidiada y demanda asistencial relevante en Bogotá, el crecimiento de estas obligaciones debe analizarse como una señal de alerta frente a la capacidad de pago oportuno, la sostenibilidad de los acuerdos contractuales y la estabilidad operativa de la red.

En consecuencia, se recomienda realizar seguimiento específico a la evolución de las cuentas por pagar, diferenciando obligaciones por tipo de acreedor, antigüedad de saldos, concentración por prestador, modalidad contractual, estado de glosa, conciliación y pago efectivo. Este análisis permitirá establecer si el crecimiento de las obligaciones corresponde a mayor operación asistencial, rezagos en pago, acumulación de cartera con la red prestadora, reclasificaciones contables o dificultades en la gestión del flujo de recursos.

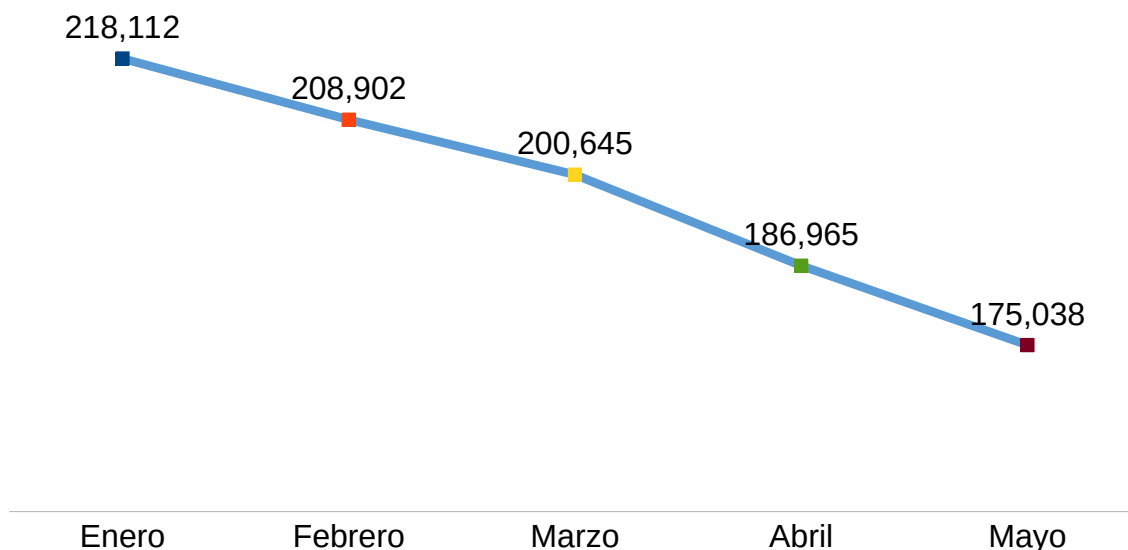
8.4 Reservas técnicas¹⁶

Con el propósito de complementar el análisis financiero de Capital Salud EPS, la siguiente gráfica presenta la **tendencia mensual de las reservas técnicas durante el periodo enero-mayo de 2026**. Esta visualización permite identificar la evolución del respaldo técnico-financiero reportado por la EPS frente a los riesgos derivados del aseguramiento en salud, así como su comportamiento en relación con

¹⁶ **Nota metodológica sobre reservas técnicas:** El análisis se construyó con base en la información reportada por Capital Salud EPS en el Formato FT001 publicado por la Superintendencia Nacional de Salud, para el periodo enero-mayo de 2026. Se incluyeron únicamente los rubros clasificados en la fuente como reservas técnicas, asociados a servicios y tecnologías en salud conocidos no liquidados, eventos ocurridos no conocidos, presupuesto máximo e incapacidades por enfermedad general. No se incluyeron provisiones ni otros pasivos contables, con el fin de mantener la trazabilidad y evitar mezclas conceptuales. Las cifras se presentan en millones de pesos y su análisis permite identificar tendencias y alertas financieras, sin constituir certificación formal de cumplimiento normativo.

las obligaciones asistenciales, la suficiencia de recursos, el crecimiento de las cuentas por pagar y la situación patrimonial de la entidad.

Gráfica 8. Reservas técnicas enero a mayo de 2026 (cifras en millones de pesos)



Fuente: Formato FT001 – Información financiera reportada (corte enero a mayo de 2026); consultado el día 08-07-2026 en: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#!/datos-abiertos/search?groupIds=9a4d8d6e18a94ad4a633ef878e6c638d&q=2026>

De acuerdo con la información consolidada para el periodo enero-mayo de 2026, las reservas técnicas reportadas por Capital Salud EPS presentan una tendencia descendente sostenida, al pasar de \$218.112 millones en enero a \$175.038 millones en mayo. Esta variación representa una disminución neta de \$43.074 millones, equivalente a una reducción acumulada aproximada de 19,7% durante los cinco meses analizados.

El comportamiento mensual evidencia reducciones consecutivas en todos los cortes evaluados. En febrero, las reservas técnicas disminuyeron a \$208.902 millones, con una reducción de \$9.210 millones frente a enero; en marzo descendieron a \$200.645 millones, con una caída adicional de \$8.257 millones; en abril se ubicaron en \$186.965 millones, registrando la mayor disminución mensual del periodo,

equivalente a \$13.680 millones; y en mayo cerraron en \$175.038 millones, con una nueva reducción de \$11.927 millones frente al mes inmediatamente anterior.

Desde la perspectiva del aseguramiento, esta disminución debe analizarse con cautela, especialmente porque ocurre en un contexto financiero adverso caracterizado por incremento de cuentas por pagar, pasivos superiores a los activos, reducción del efectivo disponible y patrimonio negativo. En este escenario, una reducción de reservas técnicas no necesariamente representa una mejora financiera ni una disminución real del riesgo asumido por la EPS. Por el contrario, puede reflejar pagos efectuados, depuración de obligaciones, reclasificaciones contables, ajustes metodológicos o variaciones en el reconocimiento de servicios y tecnologías en salud pendientes de liquidación.

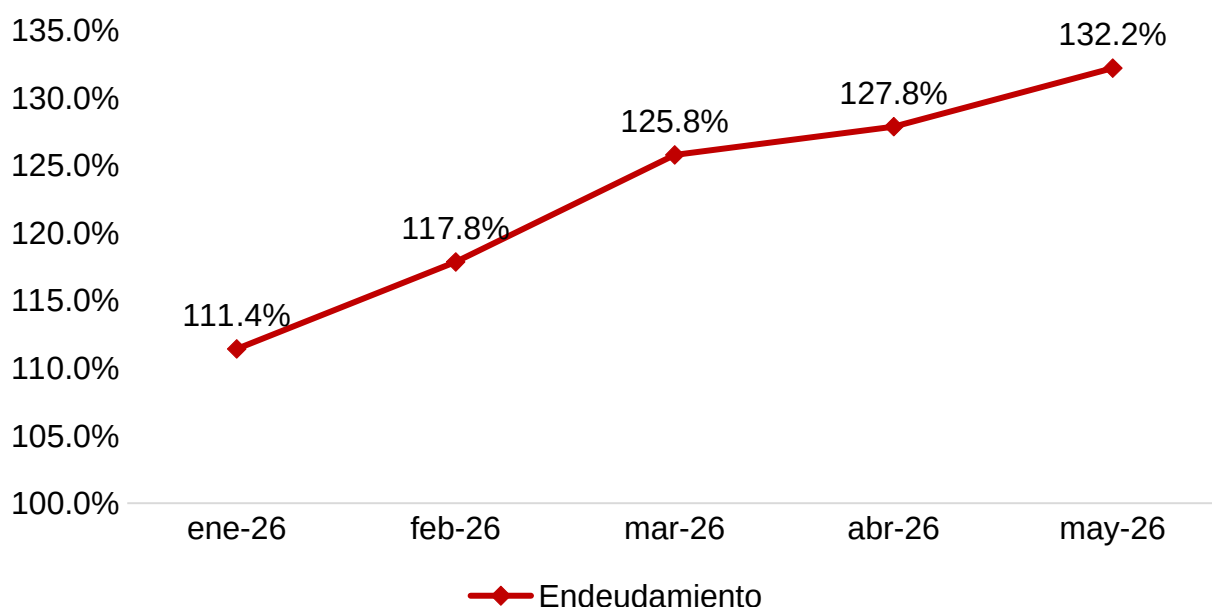
Adicionalmente, la tendencia observada debe analizarse en relación con el crecimiento de las obligaciones con la red prestadora. Si las reservas técnicas disminuyen mientras las cuentas por pagar aumentan, existe el riesgo de que se reduzca el respaldo técnico-financiero al mismo tiempo que crecen las obligaciones exigibles de la EPS. Esta situación puede presionar la liquidez, afectar la oportunidad de pago a prestadores y generar riesgos sobre la continuidad de la atención en salud.

En conclusión, la tendencia descendente de las reservas técnicas durante enero-mayo de 2026 constituye una alerta relevante de seguimiento financiero y técnico, especialmente por el crecimiento simultáneo de las cuentas por pagar, la condición patrimonial negativa observada en el periodo y la necesidad de garantizar la sostenibilidad operativa y la continuidad en la prestación de servicios de salud.

8.5 Endeudamiento

La siguiente gráfica presenta la evolución del **indicador de endeudamiento de Capital Salud EPS durante el periodo enero-mayo de 2026**, calculado como la relación entre **pasivos totales y activos totales**. Este indicador permite establecer qué proporción de los activos de la EPS se encuentra comprometida con obligaciones financieras, operativas y asistenciales, y constituye una señal relevante para evaluar el nivel de apalancamiento, la suficiencia patrimonial y la capacidad de respaldo frente a las obligaciones con la red prestadora y demás acreedores.

Gráfica 9. Porcentaje de endeudamiento Capital Salud EPS, enero a mayo de 2026



Fuente: Formato FT001 – Información financiera reportada (corte enero a mayo de 2026); consultado el día 08-07-2026 en: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#/datos-abiertos/search?groupIds=9a4d8d6e18a94ad4a633ef878e6c638d&q=2026>

El comportamiento observado evidencia una **tendencia creciente y sostenida del endeudamiento**, al pasar de **111,4% en enero** a **132,2% en mayo de 2026**. Esto significa que, desde el inicio del periodo analizado, los pasivos de Capital Salud EPS superaban el valor total de sus activos, situación que se profundiza progresivamente durante los meses siguientes. En términos prácticos, en enero la EPS registraba

aproximadamente **\$111,4 de pasivos por cada \$100 de activos**, mientras que en mayo esta relación aumentó a **\$132,2 de pasivos por cada \$100 de activos**.

La trayectoria mensual confirma el deterioro del indicador: **111,4% en enero, 117,8% en febrero, 125,8% en marzo, 127,8% en abril y 132,2% en mayo**. La mayor aceleración se observa entre febrero y marzo, cuando el endeudamiento aumenta en **8 puntos porcentuales**, pasando de 117,8% a 125,8%. Posteriormente, aunque el ritmo de crecimiento se modera, el indicador continúa aumentando hasta alcanzar su nivel más alto en mayo.

Desde la perspectiva financiera, un endeudamiento superior al 100% indica que los activos registrados no son suficientes para cubrir la totalidad de los pasivos. Por tanto, la EPS presenta una condición de alto apalancamiento y ausencia de margen patrimonial positivo. Este resultado es consistente con el patrimonio negativo observado durante el mismo periodo y con el incremento de las cuentas por pagar, especialmente aquellas asociadas a proveedores médicos y obligaciones con la red prestadora.

El aumento sostenido del endeudamiento también refleja una presión creciente sobre la sostenibilidad operativa de Capital Salud EPS. En la medida en que las obligaciones superan ampliamente los activos, se reduce la capacidad de la entidad para absorber pérdidas adicionales, responder oportunamente a sus compromisos financieros, garantizar pagos a prestadores y mantener condiciones estables de operación. Esta situación puede traducirse en mayores riesgos de tensión con la red, restricciones en la contratación, demoras en pagos y posibles afectaciones sobre la continuidad de la prestación de servicios de salud.

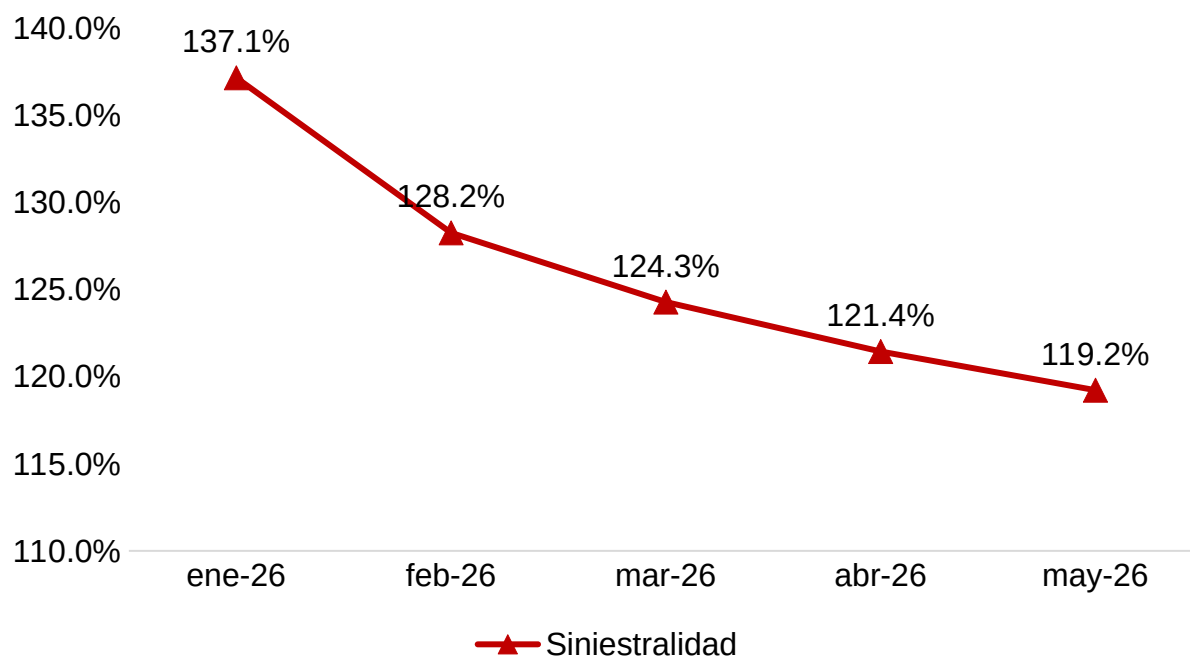
En conclusión, la gráfica evidencia una **alerta crítica de endeudamiento** para Capital Salud EPS durante enero-mayo de 2026. El incremento del indicador de **111,4% a 132,2%** confirma que la entidad presenta una estructura financiera altamente presionada, con pasivos superiores a los activos, patrimonio negativo y

menor capacidad de respaldo frente a sus obligaciones. Este comportamiento exige seguimiento estrecho sobre liquidez, cuentas por pagar, reservas técnicas, flujo de recursos, gasto asistencial y medidas de fortalecimiento patrimonial orientadas a preservar la sostenibilidad operativa y la continuidad en la atención de la población afiliada.

8.6 Siniestralidad

La siguiente gráfica presenta la evolución de la siniestralidad de Capital Salud EPS durante el periodo enero-mayo de 2026, calculada como la relación entre los costos del aseguramiento en salud y los ingresos reconocidos por UPC. Este indicador permite identificar si los recursos reconocidos por la Unidad de Pago por Capitación son suficientes para cubrir el costo de los servicios y tecnologías en salud de la población afiliada.

Gráfica 10. Siniestralidad acumulada de Capital Salud EPS, enero a mayo de 2026



Fuente: Formato FT001 – Información financiera reportada (corte enero a mayo de 2026); consultado el día 08-07-2026 en: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#!/datos-abiertos/search?groupIds=9a4d8d6e18a94ad4a633ef878e6c638d&q=2026>

El comportamiento observado evidencia una tendencia descendente sostenida de la siniestralidad, al pasar de 137,1% en enero a 119,2% en mayo de 2026, lo que representa una reducción de 17,9 puntos porcentuales durante el periodo analizado. La disminución mensual fue progresiva: 137,1% en enero, 128,2% en febrero, 124,3% en marzo, 121,4% en abril y 119,2% en mayo. Este comportamiento sugiere una moderación gradual de la presión del gasto asistencial frente a los ingresos reconocidos por UPC.

No obstante, aunque la tendencia es decreciente, la siniestralidad se mantiene por encima del 100% en todos los meses analizados. Esto significa que los costos en salud continúan superando los ingresos reconocidos por UPC. En términos prácticos, en enero la EPS habría destinado aproximadamente \$137,1 por cada \$100 reconocidos por UPC, mientras que en mayo esta relación se reduce a cerca de \$119,2 por cada \$100 reconocidos. Aunque la brecha disminuye, persiste un desequilibrio técnico-financiero.

Desde la perspectiva financiera, una siniestralidad superior al 100% implica que la operación del aseguramiento genera presión sobre la liquidez, las cuentas por pagar, las reservas técnicas y el patrimonio. En el caso de Capital Salud EPS, este resultado adquiere mayor relevancia porque coincide con un contexto de pasivos superiores a los activos, patrimonio negativo, incremento de cuentas por pagar a proveedores médicos y reducción de reservas técnicas. Por tanto, la disminución de la siniestralidad no debe interpretarse como recuperación plena, sino como una mejora parcial dentro de una estructura financiera aun altamente presionada.

La reducción observada podría estar asociada a una mayor contención del gasto asistencial, ajustes en el reconocimiento de costos, cambios en la frecuencia de uso de servicios, depuración de registros, variaciones en la UPC reconocida o

modificaciones en la dinámica de prestación y facturación. Por esta razón, se recomienda validar si la disminución corresponde a una mejora real en la gestión del riesgo y del costo médico, o si obedece a efectos contables, rezagos de facturación, ajustes metodológicos o cambios en el reporte de información.

En conclusión, la gráfica evidencia una reducción progresiva de la siniestralidad entre enero y mayo de 2026; sin embargo, el indicador continúa en niveles críticos al mantenerse por encima del 100%. Esto configura una alerta de sostenibilidad técnica y financiera para Capital Salud EPS, dado que el gasto en salud sigue superando los ingresos reconocidos por UPC. En consecuencia, se requiere seguimiento estricto al comportamiento del costo médico, suficiencia de la UPC, gestión de cohortes de alto costo, control de frecuencias de uso, contratación con la red prestadora, auditoría de cuentas médicas y medidas orientadas a reducir el desequilibrio entre ingresos y costos asistenciales.

9. CONCLUSIONES

1. Capital Salud EPS presenta un escenario prioritario de seguimiento por la tendencia creciente de los reclamos y la baja oportunidad en la respuesta a las manifestaciones de sus afiliados.

Con corte a mayo de 2026, Capital Salud EPS-S registró 59.356 reclamos en salud acumulados durante los últimos doce meses, correspondientes al periodo comprendido entre junio de 2025 y mayo de 2026. Para una población de referencia de 881.720 afiliados, la tasa oficial fue de 673,18 reclamos por cada 10.000 afiliados. Frente a 2021, cuando el indicador se ubicó en 360,22, se observa un incremento absoluto de 312,96 puntos y una variación relativa de 86,88 %, lo que confirma una trayectoria creciente de las inconformidades asociadas con el acceso, la oportunidad, la continuidad y la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

De manera complementaria, la base interna de Capital Salud EPS-S registró 45.417 PQRSD durante el primer semestre de 2026, para una población reportada de 901.036 afiliados. No obstante, esta información corresponde a un periodo semestral y a un universo de manifestaciones diferente, por lo que no debe utilizarse para sustituir ni comparar directamente la tasa oficial acumulada en doce meses de 673,18 reclamos por cada 10.000 afiliados. La tasa oficial con corte a mayo de 2026 constituye, por tanto, el indicador principal para analizar el comportamiento de las reclamaciones de la EPS.

La principal alerta corresponde a la oportunidad de respuesta: **35.988 manifestaciones —79,24 %—** fueron atendidas por fuera de los términos establecidos. El incumplimiento alcanzó **81,82 % en riesgo vital, 86,56 % en riesgo priorizado, 94,89 % en riesgo simple y 49,13 % en peticiones generales**. Aunque el resultado global mejora frente al primer semestre de 2025, persisten niveles críticos, especialmente en las manifestaciones que deben gestionarse dentro de las 24, 48 y 72 horas.

2. La inoportunidad en la asignación de citas, consultas y servicios diagnósticos constituye la principal barrera de acceso reportada por los usuarios.

La oportunidad en la asignación de citas de la red contratada concentró **35.855 manifestaciones —78,94 % del total de PQRSD—**. Le siguen el no suministro de medicamentos, con 3.548 casos —7,81 %—; la demora en la prestación de servicios, con 2.472 —5,44 %—; las inconsistencias en los sistemas de información del aseguramiento, con 1.678 —3,69 %—; y las dificultades de accesibilidad administrativa, con 567 manifestaciones —1,24 %—. En conjunto, estos cinco motivos representan **44.120 manifestaciones, equivalentes al 97,14 % del total**, confirmando que las inconformidades se concentran en componentes esenciales del acceso, la continuidad asistencial y la gestión administrativa.

Adicionalmente, el análisis específico de **6.660 manifestaciones relacionadas con falta de oportunidad** muestra que los cinco primeros puestos —con empate en la quinta posición— corresponden a exámenes diagnósticos, con 669 casos; oftalmología, con 493; ortopedia y traumatología, con 342; otorrinolaringología, con 247; y neurología y urología, con 212 manifestaciones cada una. Estas categorías reúnen 2.175 casos, equivalentes al 32,66 % del total analizado, y evidencian barreras tanto en el acceso a consultas especializadas como en la realización de apoyos diagnósticos necesarios para definir conductas clínicas e iniciar tratamientos.

3. La gestión del riesgo materno-perinatal presenta un resultado preliminar favorable en 2026, aunque persisten alertas derivadas de los eventos registrados durante 2025.

Durante 2025, Capital Salud EPS registró **dos muertes maternas** y una Razón de Mortalidad Materna preliminar de **36,85 por cada 100.000 nacidos vivos**, ligeramente superior al resultado distrital de 35,3. El análisis de los eventos identificó oportunidades de mejora en la captación temprana, la suficiencia del control prenatal, la clasificación del riesgo, el seguimiento de inasistencias y la activación oportuna de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

Entre enero y mayo de 2026 no se reportaron muertes maternas sobre un acumulado de **3.158 nacidos vivos**, lo que constituye un resultado favorable. Sin embargo, por tratarse de un evento de baja frecuencia, alta severidad y de un corte parcial, la ausencia de casos no equivale a ausencia de riesgo.

En consecuencia, la EPS debe mantener la vigilancia nominal de la cohorte gestante, la búsqueda activa de inasistentes, el seguimiento diferenciado de gestantes de alto riesgo, la identificación de barreras territoriales y la verificación del cumplimiento integral de la ruta materno-perinatal.

4. La tasa preliminar de mortalidad infantil de Capital Salud EPS, supera la meta distrital y constituye una alerta crítica para la gestión del riesgo materno-infantil.

Entre enero y mayo de 2026 se registraron 223 muertes infantiles y 23.465 nacidos vivos, lo que corresponde a una tasa preliminar de 9,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, superior a la meta distrital de mantener el indicador por debajo de 9 por cada 1.000. En términos absolutos, el resultado equivale aproximadamente a 12 muertes adicionales frente al umbral de referencia, constituyendo una alerta relevante para el seguimiento de la gestión del riesgo materno-infantil de Capital Salud EPS.

Las causas relacionadas con el periodo perinatal y neonatal concentran 152 casos —68,16 %— y, al agregar 52 muertes por malformaciones congénitas, el conjunto asciende a 204 casos —91,48 % del total—. Esta distribución evidencia una alta concentración de los eventos en condiciones perinatales, neonatales y congénitas; sin embargo, por sí sola no permite atribuir fallas específicas en la atención ni establecer la evitabilidad de las muertes.

5. Las coberturas de vacunación presentan rezagos programáticos incrementan el riesgo de acumulación de población susceptible.

Con corte al 31 de marzo de 2026, ninguno de los biológicos trazadores evaluados alcanzó plenamente el avance trimestral esperado de 23,7 %. Las coberturas registradas fueron de 23,6 % para pentavalente tercera dosis, con 108 menores pendientes; 21,0 % para triple viral primera dosis, con 315 pendientes; 20,2 % para el primer refuerzo de triple viral, con 376 pendientes; 22,9 % para fiebre amarilla en niños y niñas de 18 a 23 meses, con 165 pendientes; y 12,9 % para el segundo refuerzo de DPT, con 1.792 menores pendientes. Aunque pentavalente y fiebre amarilla se ubicaron cerca del referente trimestral, permanecieron por debajo del

avance esperado y requieren seguimiento nominal para evitar la ampliación de las brechas.

La mayor criticidad se concentra en el segundo refuerzo de DPT y en la vacunación contra el virus del papiloma humano, cuyas coberturas alcanzaron únicamente 11,8 % en niñas y 10,3 % en niños de nueve años, valores ampliamente inferiores al avance esperado para el periodo. Este comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer la captación de población escolar, la vacunación en instituciones educativas, la educación a familias y cuidadores, la demanda inducida y la articulación entre la EPS, las IPS vacunadoras y los equipos territoriales.

Adicionalmente, el plan de vacunación contra fiebre amarilla para las cohortes de nacimiento 2006-2022 registró un cumplimiento de apenas 1,4 % frente a la meta programada para 2026, con 598 personas vacunadas durante el primer trimestre y 42.348 personas pendientes. Por su parte, las cohortes 2010-2019 priorizadas para sarampión-rubéola alcanzaron una cobertura acumulada de 73,5 %, con 32.408 personas pendientes dentro del universo analizado. En consecuencia, Capital Salud EPS debe intensificar la búsqueda activa institucional y extramural, la depuración y georreferenciación de las bases nominales, la verificación de antecedentes vacunales y el seguimiento por localidad e IPS, con el propósito de recuperar las coberturas esperadas, cerrar oportunamente los esquemas y disminuir el riesgo de aparición de eventos inmunoprevenibles.

6. Los procesos de referencia, remisión, traslado e interconsulta presentan inoportunidades que afectan la continuidad y la resolutivez de la atención.

En el universo analizado por el componente GAMA se identificaron **3.535 casos con dificultades en procesos de referencia, remisión, traslado o interconsulta superiores a 24 horas**, de los cuales 367 —10,4 %— correspondieron a usuarios afiliados a Capital Salud EPS.

Las diez principales IPS de la red contratada concentraron **295 casos —80,38%**, mientras que las seis principales IPS no contratadas agruparon 34 —9,26 %— y otros prestadores o registros no clasificados representaron los 38 casos restantes. El comportamiento observado evidencia barreras asociadas con disponibilidad y gestión de camas, articulación entre prestadores, capacidad instalada, aceptación de pacientes y gestión efectiva de los traslados, especialmente en servicios de mediana y alta complejidad.

7. La red farmacéutica presenta diferencias relevantes entre la ubicación de los puntos físicos y la distribución territorial de la población asegurada.

La red reportada por Capital Salud EPS está conformada por **14 puntos físicos ubicados en Bogotá D.C., un establecimiento localizado en Soacha y una modalidad de dispensación domiciliaria**, para un total de 16 registros. Para el análisis territorial distrital se contabilizan únicamente los 14 establecimientos físicos ubicados en Bogotá, frente a una población asegurada de 898.109 afiliados.

Esta relación equivale aproximadamente a **64.151 afiliados por punto físico y 0,16 puntos por cada 10.000 afiliados**. Los establecimientos tienen presencia en 12 de las 20 localidades, mientras que San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, Usaquén, Puente Aranda, Teusaquillo, La Candelaria y Sumapaz no registran un punto físico dentro de su territorio.

Estas ocho localidades concentran **227.250 afiliados —25,3 % del total analizado—**. Las mayores poblaciones sin establecimiento corresponden a San Cristóbal, con 69.259 afiliados, y Rafael Uribe Uribe, con 62.702. Entre las localidades con presencia física, Ciudad Bolívar registra 123.078 afiliados para un punto; Kennedy, 114.588 para uno; y Bosa, 120.604 para dos.

La distribución puede limitar la accesibilidad geográfica y económica, generar desplazamientos interlocales, mayores tiempos de viaje, costos de transporte,

pérdida de jornadas laborales y otros gastos de bolsillo asociados con la obtención de medicamentos. Estas barreras pueden afectar especialmente a personas mayores, usuarios con discapacidad, pacientes crónicos y población que requiere dispensaciones frecuentes. Sin embargo, la suficiencia operativa debe establecerse mediante la revisión de población efectivamente asignada, áreas de cobertura, capacidad instalada, tiempos de desplazamiento y efectividad de la entrega domiciliaria.

8. La dispensación de medicamentos en cohortes priorizadas evidencia pendientes clínicamente relevantes y requiere validar la consistencia de la información reportada.

Durante enero-mayo de 2026 se registraron **113.643 medicamentos solicitados**, de los cuales 20.684 quedaron pendientes, equivalentes al 18,20 % del total. De estos pendientes, **3.091 permanecieron sin evidencia de entrega efectiva**, correspondientes al 14,94 % de los medicamentos pendientes y al 2,72 % del total solicitado; es decir, aproximadamente uno de cada siete medicamentos pendientes no presentó evidencia de entrega efectiva.

La cohorte de enfermedad renal crónica concentró 2.078 medicamentos sin entrega efectiva —67,2 %—; cáncer, 610 —19,7 %—; y artritis, 221 —7,2 %—. En conjunto, estas tres cohortes reunieron **2.909 eventos, equivalentes al 94,1 %** de las no entregas efectivas, configurando un riesgo relevante para la continuidad terapéutica de usuarios con enfermedades crónicas, de alto costo y alta complejidad.

Adicionalmente, el reporte presenta un incremento atípico de solicitudes durante mayo, mes que concentró el 84,6 % del total del periodo. Aunque los indicadores A14, A15 y A16 muestran tiempos promedio inferiores a 1,5 días y porcentajes de entrega completa y oportuna entre 97 % y 99 %, estos resultados deben contrastarse con los pendientes observados. Se requiere validar los

denominadores, las definiciones operativas, el tratamiento de las entregas parciales y la trazabilidad entre prescripción, autorización, dispensación y entrega efectiva.

9. Capital Salud EPS presenta un deterioro financiero progresivo que genera presiones sobre su capacidad de respaldo y sostenibilidad operativa.

Entre enero y mayo de 2026, los activos disminuyeron de **\$449.853 millones a \$430.253 millones**, una reducción aproximada de \$19.600 millones. En contraste, los pasivos aumentaron de \$501.156 millones a \$568.722 millones, es decir, cerca de \$67.567 millones adicionales. Como resultado, el patrimonio negativo se profundizó de **-\$51.303 millones a -\$138.470 millones**, ampliando el déficit patrimonial en aproximadamente \$87.167 millones. Las cuentas por pagar a proveedores médicos aumentaron de \$257.877 millones a \$367.259 millones, con un incremento aproximado de \$109.382 millones —42,4 %—, mientras que el efectivo y equivalentes disminuyeron de \$200.704 millones a \$175.907 millones.

A su vez, las reservas técnicas se redujeron de \$218.112 millones a \$175.038 millones, una disminución aproximada de \$43.074 millones —19,7 %—. La combinación de patrimonio negativo, crecimiento de obligaciones con la red, disminución del efectivo y reducción de reservas constituye una señal de presión financiera que puede afectar el pago oportuno a los prestadores, la estabilidad contractual y la continuidad de la operación.

10. La operación integral de Capital Salud EPS evidencia una acumulación crítica de riesgos asistenciales, operativos, territoriales y financieros que afecta directamente a la población afiliada y exige intervención prioritaria.

Los resultados muestran barreras persistentes en la asignación de citas y servicios diagnósticos, incumplimiento elevado en los tiempos de respuesta a las PQRSD, dificultades en los procesos de referencia y traslado, rezagos en vacunación, concentración de eventos de mortalidad infantil (preliminares), distribución territorial

desigual de los puntos de dispensación y medicamentos pendientes sin entrega efectiva, especialmente en cohortes de alto riesgo. Estas situaciones pueden traducirse para los afiliados en diagnósticos y tratamientos tardíos, interrupción de terapias, progresión de enfermedades, mayor utilización de urgencias, desplazamientos interlocales, gastos de bolsillo, pérdida de ingresos y deterioro de la confianza en la EPS y su red prestadora.

A estas alertas se suma un deterioro financiero progresivo: el endeudamiento aumentó de **111,4 % a 132,2 %** entre enero y mayo de 2026, la siniestralidad permaneció por encima del 100 %, el patrimonio continuó siendo negativo, crecieron las cuentas por pagar y disminuyeron el efectivo y las reservas técnicas. Esta combinación incrementa el riesgo de retrasos en los pagos a prestadores, restricciones de oferta, inestabilidad contractual y afectaciones en la continuidad de los servicios. En consecuencia, Capital Salud EPS debe implementar de manera inmediata un plan integral de mejoramiento, con responsables, metas, cronograma e indicadores verificables, orientado a eliminar barreras de acceso, fortalecer la red, garantizar la entrega oportuna de medicamentos, recuperar coberturas de vacunación, mejorar la respuesta a las reclamaciones y proteger prioritariamente a la población subsidiada, vulnerable y con mayor riesgo clínico.

10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accesibilidad: Condición que permite a los usuarios utilizar efectivamente los servicios de salud requeridos, sin barreras geográficas, administrativas, económicas, culturales, tecnológicas o de oportunidad.

Activo: Recurso, bien o derecho controlado por una entidad, del cual se espera obtener beneficios económicos futuros. En el análisis financiero de una EPS incluye, entre otros, efectivo, cuentas por cobrar, anticipos, depósitos, propiedad, planta y equipo e impuestos diferidos.

Activo corriente: Recursos o derechos que se espera convertir en efectivo, realizar, consumir o recuperar en un plazo menor a un año. Su análisis

permite aproximarse a la capacidad de la entidad para atender obligaciones de corto plazo.

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es la entidad encargada de administrar y girar los recursos del sistema de salud, incluyendo los pagos asociados a la Unidad de Pago por Capitación —UPC—.

Aseguramiento en salud: Conjunto de funciones orientadas a la afiliación, gestión del riesgo en salud, administración de recursos, conformación de red prestadora, garantía del acceso a servicios y representación del usuario ante los demás actores del sistema.

Atención materno-perinatal: Conjunto de intervenciones dirigidas a la mujer en edad fértil, gestante, puérpera, recién nacido y familia, orientadas a garantizar captación temprana, control prenatal, atención segura del parto, seguimiento del puerperio y cuidado del recién nacido.

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados. Es la base oficial que consolida la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, utilizada para identificar población afiliada por régimen, EPS, entidad territorial y estado de afiliación.

Bogotá Te Escucha: Sistema distrital utilizado para la recepción, registro, gestión y seguimiento de manifestaciones ciudadanas, incluyendo peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias relacionadas con la prestación de servicios y garantía de derechos.

Capacidad instalada: Conjunto de recursos físicos, tecnológicos, humanos, administrativos y operativos disponibles en una red o institución prestadora para atender la demanda de servicios de salud. Incluye consultorios, camas, equipos, talento humano, servicios habilitados y capacidad resolutive.

Capital mínimo: Requisito financiero exigido a las EPS para respaldar su operación y garantizar una base mínima de solvencia patrimonial. Hace parte de las condiciones financieras que deben observar las entidades aseguradoras.

Cartera: Derechos de cobro que tiene una entidad frente a terceros. En el análisis financiero de una EPS puede incluir cuentas por cobrar derivadas de

relaciones contractuales, recobros, giros pendientes, saldos por compensación u otros conceptos.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión. Es el sistema utilizado para codificar diagnósticos, causas de enfermedad y causas de muerte en los registros clínicos y estadísticas vitales.

Cohorte priorizada: Grupo de usuarios clasificado por condición clínica, riesgo o característica poblacional que requiere seguimiento diferencial. En el informe se aplica a poblaciones con cáncer, enfermedad renal crónica, VIH, artritis, enfermedades huérfanas, hemofilia, hepatitis C y trasplantados, entre otras.

Continuidad de la atención: Capacidad del sistema para garantizar que el usuario reciba servicios, tratamientos, controles, medicamentos y seguimiento clínico sin interrupciones injustificadas a lo largo de su proceso de atención.

Control prenatal: Conjunto de consultas, intervenciones y seguimientos realizados durante la gestación para identificar riesgos, prevenir complicaciones, ordenar exámenes, garantizar vacunación, formular micronutrientes, definir plan de parto y activar rutas de atención cuando se requiera.

Cuentas por cobrar: Derechos económicos pendientes de recaudo a favor de la entidad. Su crecimiento puede representar presión sobre la liquidez si los recursos no se recuperan oportunamente.

Cuentas por pagar: Obligaciones económicas pendientes de pago a cargo de la entidad. En una EPS, las cuentas por pagar a prestadores y proveedores son relevantes porque pueden afectar la continuidad contractual, la disponibilidad de servicios y la relación con la red prestadora.

Demanda inducida: Estrategia mediante la cual la EPS o la red prestadora identifica, contacta y orienta activamente a los usuarios para que accedan a actividades de promoción, prevención, detección temprana, vacunación, control prenatal, seguimiento de cohortes o servicios priorizados.

Dispensación de medicamentos: Proceso mediante el cual se entrega al usuario el medicamento prescrito, con verificación de la fórmula, validación de disponibilidad, registro de entrega y orientación sobre su uso adecuado. Debe realizarse de forma completa, oportuna y segura.

EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios. Concepto que agrupa a las entidades responsables de administrar planes de beneficios en salud, incluyendo EPS, entidades adaptadas, EPS indígenas y otros actores autorizados.

EEVV: Estadísticas Vitales. Sistema que consolida información sobre nacimientos, defunciones fetales y no fetales, y causas de muerte, utilizado para el análisis epidemiológico y la vigilancia en salud pública.

Endeudamiento: Indicador financiero que mide la proporción de los pasivos frente a los activos de una entidad. En el informe se calcula como pasivos totales sobre activos totales. Un endeudamiento alto refleja mayor apalancamiento y menor margen patrimonial.

EPS: Entidad Promotora de Salud. Responsable del aseguramiento de la población afiliada, la gestión del riesgo en salud, la conformación de redes de prestación, la garantía del acceso al Plan de Beneficios en Salud y la administración de los recursos asignados para la atención.

EPS-S: Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado. Corresponde a la EPS que administra afiliados financiados principalmente con recursos públicos para población sin capacidad de pago o en condiciones de vulnerabilidad.

ESE: Empresa Social del Estado. Institución pública prestadora de servicios de salud que hace parte de la red pública hospitalaria.

Evento trazador: Evento o indicador que permite evaluar la calidad, oportunidad, continuidad, resolutivez o efectividad de la atención. En el informe se consideran trazadores la mortalidad materna, mortalidad infantil, vacunación, PQRS, medicamentos, referencia y contrarreferencia.

FT001: Formato de reporte financiero utilizado para consolidar información contable y financiera de las entidades vigiladas. En el informe se emplea para analizar activos, pasivos, patrimonio, siniestralidad, endeudamiento y otros componentes financieros de Capital Salud EPS.

GAUDI: Guía de Auditoría Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud. Herramienta que orienta los procesos auditores realizados por entidades

territoriales a EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, mediante estándares, criterios, evidencias, hallazgos y planes de mejoramiento.

GAMA: Grupo de Atención y Monitoreo en Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

Realiza seguimiento operativo a casos con barreras de acceso, inoportunidad en referencia, traslados, remisiones, interconsultas y continuidad asistencial, especialmente en escenarios de presión sobre la red.

Gestión del riesgo en salud: Proceso mediante el cual la EPS identifica, clasifica, interviene, monitorea y evalúa riesgos individuales y colectivos de su población afiliada, con el fin de prevenir eventos adversos, complicaciones, hospitalizaciones evitables y desenlaces negativos en salud.

Hallazgo: Resultado de auditoría que evidencia incumplimiento, desviación o brecha frente a un criterio evaluado. Debe estar sustentado en evidencia documental y puede dar lugar a acciones de mejoramiento.

Indicador: Medida cuantitativa o cualitativa utilizada para monitorear el desempeño de un proceso, resultado o condición. En el informe se emplean indicadores de oportunidad, PQRS, vacunación, mortalidad, dispensación, siniestralidad y endeudamiento.

Inmunoprevenible: Enfermedad que puede prevenirse mediante vacunación. En el informe se relaciona con coberturas de PAI, triple viral, DPT, VPH, influenza, fiebre amarilla y sarampión-rubéola.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud. Corresponde a hospitales, clínicas, centros médicos, laboratorios, unidades ambulatorias, servicios farmacéuticos y demás instituciones habilitadas para prestar servicios de salud.

IVS: Inspección, Vigilancia y Seguimiento. Conjunto de acciones adelantadas por la entidad territorial para verificar el cumplimiento de obligaciones de las EPS, identificar riesgos, requerir información, realizar seguimiento y orientar medidas correctivas.

Lista 6/67 OPS/CIE-10: Lista de causas agrupadas basada en CIE-10, utilizada para clasificar causas básicas de defunción en estadísticas vitales. Los

códigos que anteceden las causas no son porcentajes ni tasas, sino identificadores técnicos del grupo de causa de muerte.

Medicamento pendiente: Medicamento formulado que no fue entregado en el momento inicial de la dispensación y queda sujeto a entrega posterior, gestión logística, abastecimiento o resolución administrativa.

Medicamento pendiente sin entrega efectiva: Medicamento que, habiendo sido registrado como pendiente, no cuenta con evidencia de entrega al usuario a la fecha de corte del reporte. Representa un riesgo directo para la continuidad terapéutica.

Mortalidad infantil: Defunción ocurrida en menores de un año. Se expresa generalmente como tasa por cada 1.000 nacidos vivos y constituye un indicador sensible de condiciones materno-perinatales, atención neonatal, seguimiento en primera infancia y determinantes sociales en salud.

Mortalidad materna: Muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación de la gestación, por causas relacionadas o agravadas por el embarazo o su manejo. Es un evento trazador de la calidad y oportunidad de la atención materno-perinatal.

Nacido vivo: Producto de la concepción que, al ser expulsado o extraído del cuerpo de la madre, presenta signos de vida, independientemente de la edad gestacional. Es el denominador utilizado para calcular indicadores como mortalidad materna e infantil.

Oportunidad: Condición mediante la cual el usuario recibe la atención, respuesta, medicamento, autorización, traslado o servicio requerido dentro del tiempo clínico, administrativo o normativo establecido.

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Estrategia de salud pública orientada a garantizar vacunación gratuita, universal y oportuna para prevenir enfermedades inmunoprevenibles en la población.

Pasivo: Obligación presente de una entidad derivada de hechos pasados, cuyo pago o liquidación implicará salida de recursos. En una EPS incluye cuentas por pagar a proveedores, obligaciones administrativas, beneficios a empleados, provisiones y otros pasivos.

Patrimonio: Valor residual de los activos una vez deducidos los pasivos. Representa el respaldo patrimonial de la entidad y su capacidad de absorber pérdidas, contingencias o variaciones financieras.

Patrimonio adecuado: Nivel mínimo de patrimonio que una EPS debe mantener para respaldar los riesgos derivados de su operación y garantizar condiciones de solvencia conforme a la normativa aplicable.

PBS: Plan de Beneficios en Salud. Conjunto de tecnologías, servicios, medicamentos, procedimientos e intervenciones a los que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Plan de mejoramiento: Conjunto de acciones correctivas, preventivas y de seguimiento formuladas para subsanar hallazgos de auditoría, cerrar brechas, definir responsables, establecer tiempos de ejecución y demostrar avances verificables.

PQRSD: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias. Manifestaciones ciudadanas utilizadas para identificar barreras de acceso, fallas de oportunidad, inconformidades, riesgos en la atención y necesidades de respuesta institucional.

Prestador de servicios de salud: Persona jurídica o natural habilitada para prestar servicios de salud. Puede ser una IPS pública, privada o mixta, y hace parte de la red contratada o disponible para la atención de los afiliados.

Provisión: Reconocimiento contable de una obligación probable o contingencia cuya cuantía o fecha de pago puede ser incierta. En una EPS puede estar asociada a obligaciones en salud, litigios, glosas, cuentas por pagar u otros riesgos.

Razón de Mortalidad Materna —RMM—: Indicador que relaciona el número de muertes maternas ocurridas durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, frente al número de nacidos vivos en el mismo periodo, expresado por cada 100.000 nacidos vivos.

Red contratada: Conjunto de prestadores con los cuales la EPS tiene acuerdos o contratos para garantizar la atención de su población afiliada.

Red no contratada: Prestadores que no hacen parte de la red formal contratada por la EPS, pero que pueden intervenir en la atención de usuarios por urgencias, remisiones, disponibilidad de servicios, continuidad asistencial u otras circunstancias.

Red prestadora de servicios de salud: Conjunto organizado y articulado de IPS, profesionales, servicios farmacéuticos, laboratorios, centros diagnósticos y demás prestadores disponibles para garantizar la atención integral de la población afiliada.

Referencia y contrarreferencia: Proceso mediante el cual un usuario es remitido de un nivel de atención a otro según su condición clínica, y posteriormente se garantiza el retorno de información y continuidad del manejo entre prestadores.

Régimen contributivo: Régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud al que pertenecen personas con capacidad de pago, trabajadores dependientes, independientes, pensionados y sus beneficiarios.

Régimen subsidiado: Régimen dirigido a población sin capacidad de pago o en condiciones de vulnerabilidad, financiado con recursos públicos y orientado a garantizar el acceso al sistema de salud.

Resolutividad: Capacidad de la EPS y su red prestadora para solucionar efectivamente las necesidades de salud del usuario, evitando trámites innecesarios, reprocesos, remisiones injustificadas, demoras o interrupciones en la atención.

RIA: Ruta Integral de Atención en Salud. Instrumento que organiza intervenciones individuales y colectivas para garantizar atención integral según riesgos, curso de vida, eventos o condiciones priorizadas.

Ruta Integral de Atención Materno Perinatal: Ruta que organiza las intervenciones para mujeres en edad fértil, gestantes, puérperas y recién nacidos, incluyendo control prenatal, atención del parto, puerperio, vacunación, exámenes, micronutrientes, clasificación de riesgo y seguimiento del recién nacido.

RUAF-ND: Registro Único de Afiliados - Nacimientos y Defunciones. Sistema utilizado para el registro de nacimientos y defunciones, empleado en el análisis de estadísticas vitales y eventos de mortalidad.

Servicio farmacéutico: Servicio responsable de la gestión, almacenamiento, distribución, dispensación, seguimiento y uso adecuado de medicamentos y tecnologías farmacéuticas.

SIDMA: Sistema de Información para el Monitoreo del Acceso. Herramienta utilizada para el seguimiento de barreras de acceso, manifestaciones ciudadanas y gestión de casos relacionados con la garantía del derecho a la salud.

Siniestralidad: Indicador que relaciona el costo de los servicios y tecnologías en salud reconocidos o prestados frente a los ingresos recibidos por UPC. Una siniestralidad superior al 100% indica que el gasto asistencial supera los ingresos reconocidos para cubrir la atención.

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Permite la notificación, análisis y seguimiento de eventos de interés en salud pública, incluyendo mortalidad materna, eventos perinatales y enfermedades inmunoprevenibles.

Suficiencia de red: Capacidad de la red prestadora para responder de forma oportuna, accesible, continua, integral y resolutive a las necesidades de la población afiliada, considerando volumen poblacional, perfil epidemiológico, distribución territorial y demanda de servicios.

Supersalud: Superintendencia Nacional de Salud. Autoridad nacional de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tasa: Medida epidemiológica que relaciona la ocurrencia de un evento con una población de referencia durante un periodo determinado. En el informe se utiliza para analizar reclamos, mortalidad infantil y otros eventos.

Tecnologías en salud: Servicios, medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, pruebas diagnósticas, insumos y demás intervenciones requeridas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Triple viral: Vacuna que protege contra sarampión, rubéola y parotiditis. En el informe se analiza como parte de los biológicos trazadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

UPC: Unidad de Pago por Capitación. Valor anual reconocido por el sistema a las EPS por cada afiliado, destinado a financiar las tecnologías y servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Vacunación trazadora: Conjunto de biológicos utilizados como referencia para evaluar el desempeño del Programa Ampliado de Inmunizaciones, el seguimiento de cohortes y el cumplimiento de metas de cobertura.

VPH: Virus del Papiloma Humano. Virus asociado a diferentes enfermedades, incluido el cáncer de cuello uterino. La vacunación contra VPH constituye una estrategia de prevención primaria dirigida a población priorizada.

Vulnerabilidad en salud: Condición individual o colectiva que incrementa el riesgo de presentar barreras de acceso, enfermedad, complicaciones o desenlaces adversos, asociada a factores sociales, económicos, territoriales, clínicos o administrativos.

11. BIBLIOGRAFÍA

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES]. (2026). *Base de Datos Única de Afiliados —BDUA—: información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corte al 30 de junio de 2026* [Base de datos].

Capital Salud EPS. (2026a). *Indicador E.1.1. Razón de mortalidad materna a 42 días, cortes acumulados enero-mayo de 2026* [Documento institucional no publicado].

Capital Salud EPS. (2026b). *Matriz de red prestadora contratada, corte mayo de 2026* [Base de datos institucional no publicada].

Capital Salud EPS. (2026a, 11 de junio). *Respuesta al radicado No. 2026-EE-62930: Solicitud de reporte actualizado de red prestadora de servicios de*

- salud y red de farmacias [Comunicación oficial]. Anexo: Matriz de red de prestadores de servicios de salud y gestores farmacéuticos de Bogotá D.C. Capital Salud EPS. (2026c). Respuesta al requerimiento No. 2026-EE-72815 de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento: información de red prestadora por georreferenciación, servicio farmacéutico e indicadores de dispensación de medicamentos [Documento institucional no publicado].*
- Concejo de Bogotá, D. C. (2024, 7 de junio). Acuerdo 927 de 2024, por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=155699>
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (2001, 21 de diciembre). Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias.
https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html
- Congreso de la República de Colombia. (2007, 9 de enero). Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 18 de enero). Ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1437_2011.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*

https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Congreso de la República de Colombia. (2015, 30 de junio). *Ley 1755 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1755_2015.html

Congreso de la República de Colombia. (2019, 8 de enero). *Ley 1949 de 2019, por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones.*

https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1949_2019.html

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2020). *Homologación de causas de defunción agrupadas: Lista 6/66 versus Lista 6/67 OMS/OPS CIE-10.*

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/DT-homologacion-listas-causas-agrupadas-dic-2020.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (s. f.). *Proyecciones de población: actualización post COVID-19, CNPV 2018.* Recuperado el 8 de julio de 2026, de

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2026). *Base de datos certificada del Sisbén IV, corte al 30 de junio de 2026* [Base de datos institucional].

Instituto Nacional de Salud [INS]. (2024). *Protocolo de vigilancia en salud pública: mortalidad materna.*

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_mortalidad%20materna%202024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a, 14 de mayo). *Resolución 1552 de 2013, por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y*

124 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%201552%20de%202013.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b, 17 de mayo). *Resolución 1604 de 2013, por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.*
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53191>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 25 de julio). *Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS—, se adopta un grupo de rutas y se dictan otras disposiciones.*
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 2 de agosto). *Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, y se dictan otras disposiciones.*
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 29 de diciembre). *Resolución 2335 de 2023, por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste de los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones.*
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202335%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024, 30 de diciembre). *Resolución 2718 de 2024, por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación —UPC—.*
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202718%20de%202024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a, 16 de octubre). *Resolución 2117 de 2025, por medio de la cual se adopta el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera —MGTE— para el acceso a la atención y a los servicios y tecnologías en salud.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%202117%20de%202025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b, 12 de diciembre). *Circular Externa 000038 de 2025: implementación gradual del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera —MGTE—, Fase I: priorización de procedimientos en salud y tiempos de desempeño.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-0038-de-2025.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.-a). *Cifras de afiliación en salud: datos para descarga.* Recuperado el 8 de julio de 2026, de

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.-b). *Cifras de aseguramiento en salud: tablero público de afiliación.* Recuperado el 8 de julio de 2026, de

https://public.tableau.com/app/profile/minsaludcol/viz/CifrasAseguramientoenSalud_16166927767750/Aseguramiento

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.-c). *Lista 6/67 CIE-10 OMS/OPS para la agrupación de causas de mortalidad.*

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/8.Lista_Mort%20OPS%20667.pdf

Presidencia de la República de Colombia. (2007, 30 de marzo). *Decreto 1020 de 2007, por el cual se reglamenta la contratación obligatoria y efectiva con Empresas Sociales del Estado en el régimen subsidiado.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=28571>

Presidencia de la República de Colombia. (2012, 10 de enero). *Decreto Ley 019 de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración*

Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322>

Presidencia de la República de Colombia. (2016, 6 de mayo). *Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30021559>

Presidencia de la República de Colombia. (2022, 28 de marzo). *Decreto 441 de 2022, por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo a los acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728>

Presidencia de la República de Colombia. (2026, 25 de febrero). *Decreto 182 de 2026, por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican disposiciones del Decreto 780 de 2016 relacionadas con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=272476>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2025, 4 de septiembre). *Resolución 943 de 2025, por la cual se establecen acciones para la atención integral y segura de la población en edad fértil, gestantes y recién nacidos en el marco de la atención materno perinatal*. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=190983>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026a). *Acta de Auditoría de Inspección, Vigilancia y Seguimiento —IVS— a Capital Salud EPS, primer semestre de 2026: componente de oportunidad en la asignación de citas* [Documento institucional no publicado].

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026b). *Acta de Auditoría de Inspección, Vigilancia y Seguimiento —IVS— a Capital Salud EPS, primer*

- semestre de 2026: subcomponente Gestión Efectiva de PQRS* [Documento institucional no publicado].
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026c). *Aplicativo RUAF-ND: Sistema de Estadísticas Vitales SDS —EEVV preliminares—, mortalidad infantil, periodo enero-mayo de 2026, ajustado al 8 de junio de 2026* [Base de datos institucional no publicada].
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026d). *Aplicativo RUAF-ND y SIVIGILA: mortalidad materna, vigencia 2025 y cortes acumulados enero-mayo de 2026* [Base de datos institucional no publicada].
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026e). *Base de datos Bogotá Te Escucha y Sistema de Información para el Monitoreo del Acceso —SIDMA—* [Base de datos institucional no publicada].
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026f). *Consolidado del número de casos especiales detectados por el Grupo de Atención y Monitoreo en Salud —GAMA—, periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2026* [Base de datos institucional no publicada].
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026g). *Estadísticas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá D. C., corte al 30 de junio de 2026* [Base de datos institucional].
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026h). *Informe de seguimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI— de Capital Salud EPS, corte enero-marzo de 2026, requerimiento No. 2026-EE-52669* [Documento institucional no publicado].
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (2026i). *Seguimiento de casos especiales detectados por el Grupo de Atención y Monitoreo en Salud —GAMA—, periodo del 1 al 30 de junio de 2026* [Base de datos institucional no publicada].
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023a). *Abecé de la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023: términos para resolver los reclamos en salud y nueva clasificación de motivos.*

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/ABC%20CE%20Reclamos%20en%20salud.pdf>

Superintendencia Nacional de Salud. (2023b, 22 de junio). *Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023: términos para resolver los reclamos en salud y nueva clasificación de motivos*.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=143808>

Superintendencia Nacional de Salud. (2025a, 3 de junio). *Circular Externa 2025151000000005-5 de 2025, por medio de la cual se modifica la Circular Externa 001 de 2020 en cuanto a criterios de auditoría, responsables, plazos, planes de mejoramiento y otras disposiciones*.
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExternas/Circular%20externa%20n%C3%BAmero%202025151000000005-5%20de%202025.pdf>

Superintendencia Nacional de Salud. (2025b). *Guía de Auditoría Institucional —GAUDI—: inspección y vigilancia al aseguramiento y a la prestación de servicios de salud por parte de las entidades territoriales a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, versión 05*.
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/Gu%C3%ADa%20de%20Auditor%C3%ADa%20Institucional%20GAUDI.pdf>

Superintendencia Nacional de Salud. (2026a). *Formato FT001: información financiera reportada por Capital Salud EPS, corte enero-mayo de 2026* [Conjunto de datos]. Recuperado el 8 de julio de 2026, de <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#/datos-abiertos/search?groupIds=9a4d8d6e18a94ad4a633ef878e6c638d&q=2026>

Superintendencia Nacional de Salud. (2026b). *Resultados de la Guía de Auditoría Institucional —GAUDI— de Capital Salud EPS, mayo de 2026* [Presentación institucional no publicada].

Superintendencia Nacional de Salud. (s. f.). *Reclamos en salud por EPS: histórico nacional*. Recuperado el 19 de julio de 2026, de <https://app.powerbi.com/view?>

[r=eyJrljoiYTMwY2Y4ZjEtNWl0MC00YjAxLThjOGUtMjdiYWZhZjVlZjgzliwidC
l6ljE3YzQwYzUxLWlxZGYtNGUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCIsIm
MiQjR9](#)