ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

# *Informe* Rendición de Cuentas

## Vigencia 2024

ISABU e.s.e | INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA

Marca Salud

# TABLA DE CONTENIDO


1 Procesos Estratégicos ....5
1.1 Planeación Institucional ....5
Plataforma Estratégica....5
Plan De Desarrollo....7
Mipg....9
Planes Estratégicos E Institucionales 2024 ....18
Programa De Transparencia Y Ética Puública....20
Proyectos....24
1.2 Calidad Y Auditoria ....33
Sistema De Gestión De Calidad ....33
Sistema Único De Información – Indicadores De Oportunidad....34
Sistema Único De Habilitación....38
Programa De Mejoramiento Continua De La Calidad – Pamec....40
Programa De Humanización....41
Programa De Seguridad Del Paciente ....44
Programa De Infecciones ....51
Gestión Ambiental....53
1.3 Gestión Del Talento Humano....57
Planta De Personal....57
Gestión Del Talento Humano – 2024....58
Plan Anual De Vacantes ....59
Plan De Previsión ....59
Plan Institucional De Capacitaciones....60
Plan De Bienestar....61
Plan De Seguridad Y Salud En El Trabajo....61
Metas Propuestas Proceso Gestión Del Talento Humano 2025....61
1.4 Atención Al Usuario ....63
Metas Propuestas Proceso Atención Al Usuario 2025 ....68
2 Procesos Misionales – Atención En Salud....70
2.1 Atención Ambulatorios ....83
Dosis De Biógicos Aplicados ....83
Detección Temprana De Cáncer Cérvix ....84
Consulta De Medicina Electiva ....85
Consulta De Medicina Especializada Electiva ....86
Otras Consultas Electivas....87
Servicio De Odontología ....88
Consultas De Medicina Urgentes ....90
Consultas De Medicina Especializa Electiva Urgentes....91
Pacientes En Observación....92
2.2 Internación ....93
Egresos Hospitalarios....93
Indicadores Hospitalarios....94
2.3 Cirugia Y Atención De Parto ....94
Cirugías ....94
Partos Vaginales Y Cesáreas ....96
2.4 Apoyo Terapéutico....97
Sesiones De Terapias....97
Servicio Farmacéutico ....98

2.5 Apoyo Diagnóstico ....99
Exámenes De Laboratorio ....99
Imágenes Diagnósticas....100
2.6 Salud Pública ....101
Rutas De Atención De Promoción Y Mantenimiento De La Salud....101
Vigilancia Epidemiológica ....103
2.7 Convenios ....104
Convenios Interadministrativos Con La Alcaldía De Bucaramanga....104
Convenio Organización Internacional Para Las Migraciones - Oim....107
Convenio Empresa Nacional Promotora Del Desarrollo Territorial - Enterritorio. ....109
2.8 Servicios Complementarios ....111
Unidades Móviles....111
Programa De Atención Psicosocial Y Salud Integral A Víctimas Papsivi....115
Certificación De Discapacidad ....117
2.9 Metas Propuestas Procesos Misionales 2025 ....118
3 PROCESO DE APOYO – ADMINISTRATIVOs ....121
3.1 Gestión Financiera....121
Presupuesto....121
Contratación Con Las Empresas Responsables De Pago – Erp....125
Facturación ....133
Cartera....135
Radicación ....135
Recaudo ....136
Gestión De Cobro ....137
Acuerdos De Pago....137
Prestación De Acreencias....137
Estados Financieros ....138
Estado Situacional Financiero ....138
Transformación De La Utilidad ....143
3.2 Gestión Jurídica ....147
Compras Y Contratación....147
Defensa Jurídica ....148
3.3 Gestión De Recursos Físicos ....150
Mantenimiento De La Infraestructura Física ....150
Mantenimiento De Equipos Biomédicos ....158
Mantenimiento De Equipo Industrial ....159
Mantenimiento De Parque Automotor....161
Activos Fijos....162
Inventarios ....162
Bienes De Consumo ....163
Mantenimiento De Muebles Y Enseres....164
Metas Propuesta En Recursos Físicos Vigencia 2025 ....164
3.4 Gestión De Las Tics....165
Sistema De Información....165
Inventario Software Y Hardware ....165
Plan Estratégico De Tecnologías De La Información - Peti ....166
Plan De Mantenimiento Preventivo Del Software Y Hardware ....167
Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Digital Y Privacidad De La Información ....168
Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información ....169

Plan De Aseguramiento De La Calidad Del Sistema De Información ....169
Metas Propuesta En Gestión Tics Vigencia 2025 ....170
3.5 Gestión Documental ....170
Organización De Los Archivos ....170
Traslado De Documentos Correspondientes Al Archivo De Gestión ....171
Transferencias Documentales ....171
Diagnóstico Integral De Archivo ....172
Plan Institucional De Archivo – Pinar ....174
Plan De Conservación Documental ....179
Plan De Preservación Digital A Largo Plazo ....180
Plan De Transferencias Documentales Primarias ....180
Programa De Identificación Y Análisis De Documentos Electrónicos A Preservar (Documentos Electrónicos De Archivo Y Medios De Almacenamiento). ....181
Programa De Articulación De La Preservación Digital Con Los Instrumentos De Gestión Documental ....181
Programa De Inclusión De La Preservación Digital Con La Política De Seguridad Y Privacidad De La Información ....182
Procedimiento De Eliminación De Documentos ....182
4 PROCESO DE EVALUACIÓN ....184
4.1 Gestión De Control Interno ....184
Cumplimiento Plan Anual De Auditorias ....184
Presentación De Informes De Ley: ....184
Seguimientos Realizados: ....185
Cumplimiento De Los Planes De Mejoramiento Producto De Auditorías Internas Realizadas Por La Oficina De Control Interno De La Ese Isabu. ....186
Cumplimiento De Los Planes De Mejoramiento Producto De La Auditoría Realizada Por La Contraloría Municipal De Bucaramanga ....187

# 1 PROCESOS ESTRATÉGICOS

## 1.1 PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

## PLATAFORMA ESTRATÉGICA

- **MISIÓN**

En la E.S.E ISABU prestamos servicios de salud a través de una red de veintidós (22) Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y dos unidades hospitalarias, brindando cubrimiento a toda la geografía bumanguesa; nuestro trabajo esta mediado por la humanización, la seguridad del paciente y el enfoque en el mejoramiento continuo.

- **VISIÓN**

En el año 2034 la E.S.E ISABU, estará posicionada en salud en el mercado regional como una marca de calidad segura humanizada y con una óptima infraestructura

- **VALORES**

**Honestidad:** Los Colaboradores de la E.S.E ISABU, actúan siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

**Respeto:** Los Colaboradores de la E.S.E ISABU, reconocen, valoran y tratan de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

**Compromiso:** Los colaboradores de la E.S.E ISABU son conscientes de la importancia del rol como servidor público y siempre estará en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que se relacionan en las labores cotidianas, buscando siempre mejorar el bienestar.

**Diligencia:** Los colaboradores de la E.S.E ISABU cumplen con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a los cargos de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estatales.

**Justicia:** Los colaboradores de la E.S.E ISABU actúan con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

**Responsabilidad:** Los colaboradores de la E.S.E ISABU tienen la capacidad personal para desarrollar con competitividad, pertinencia y diligencia las funciones y para asumir las consecuencias de los propios actos u omisiones, implementando acciones para corregirlos cuando sea necesario.

**Humanización:** Los colaboradores de la E.S.E ISABU ofrecen un servicio de atención en salud a través de un personal sensibilizado hacia la calidez de la atención, con un trato cordial y empático.

- **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E ISABU que permita la construcción de servicios modernos, sostenibles, seguros y con calidad para usuarios, colaboradores y comunidad.

2. Fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y los sistemas integrados de gestión, contribuyendo a la generación de mayor valor público en la prestación de servicios, la gestión del talento humano y el reconocimiento y posicionamiento de la entidad en el sector salud de Bucaramanga y su área de influencia.

3. Lograr el fortalecimiento de servicios mediante la prestación de servicios con calidad, la adopción buena prácticas en seguridad y humanización, basados evidencia científica que promuevan la mejora continua, la formación de estudiantes en práctica y una atención incluyente a los usuarios.

4. Lograr la solidez financiera a través de una gestión efectiva y eficiente que garantice el flujo de los recursos; enfocada en la venta de servicios, recaudo oportuno y recuperación de cartera que permita el crecimiento económico, la permanencia y sostenibilidad de la institución en el mercado.

- **ESTRUCTURA ORGÁNICA**

Ilustración 1 Estructura orgánica de la institución

Fuente Acuerdo 005 de mayo 29 de 2019, Junta Directiva E.S.E ISABU

PLAN DE DESARROLLO

El Plan de Acción POA 2024 de la ESE ISABU ha sido ejecutado con un cumplimiento del 100% en cada uno de sus objetivos estratégicos, garantizando una gestión eficiente y orientada a la mejora continua del servicio de salud. A continuación, se presenta un análisis detallado del cumplimiento de cada objetivo:

1. **Fortalecimiento de la infraestructura física y tecnológica**

Este objetivo contempló la ejecución de actividades destinadas a la modernización y adecuación de la infraestructura física, así como la actualización tecnológica de la institución. Se logró:

- ✓ **Mejoramiento de instalaciones:** Se realizaron adecuaciones en diferentes áreas para garantizar entornos seguros y adecuados para la atención de los pacientes. Estas mejoras han permitido optimizar los flujos de atención y garantizar espacios más funcionales.

- ✓ **Inversión en tecnología médica:** Se adquirieron equipos de última generación, mejorando la capacidad diagnóstica y la calidad en la prestación del servicio. Con esto, la institución fortalece su capacidad resolutiva, brindando mejores herramientas al médico personal.

- ✓ **Digitalización de procesos:** Se implementaron sistemas de información más eficientes, permitiendo una mejor gestión de historias clínicas, reducción en tiempos de espera y mayor control en la operatividad de los servicios.

Con la ejecución de estas acciones, se ha fortalecido la capacidad institucional, optimizando la prestación de servicios y asegurando condiciones adecuadas para la atención de los usuarios.

2. **Fortalecimiento de las capacidades organizacionales**

Para garantizar una administración eficiente y un servicio de salud de calidad, se ejecutaron estrategias enfocadas en la optimización de procesos internos y el desarrollo del talento humano:

- ✓ **Capacitación del personal:** Se realizaron jornadas de formación en normatividad, protocolos de atención, seguridad del paciente y uso de nuevas tecnologías, asegurando que el talento humano cuente con las competencias necesarias para la prestación del servicio.

- ✓ **Optimización de procesos administrativos:** Se mejoraron los procedimientos internos, implementando herramientas tecnológicas que han permitido mayor control en la gestión financiera y operativa, asegurando la eficiencia en la administración de los recursos.

- ✓ **Fortalecimiento del sistema de gestión de calidad:** Se avanzó en la consolidación de un modelo de gestión basado en la mejora continua, permitiendo garantizar estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes.

Estas acciones han permitido consolidar una estructura organizacional más eficiente, con un equipo humano capacitado y procesos administrativos optimizados, fortaleciendo el desempeño institucional.

3. **Fortalecimiento de los servicios con calidad y humanización**

Uno de los ejes fundamentales del POA 2024 fue garantizar una atención en salud humanizada y centrada en el bienestar de los pacientes. En este sentido, se logró:

- ✓ **Implementación de estrategias de humanización:** Se fortalecieron los programas de atención centrada en el paciente, promoviendo el trato digno, el acompañamiento en el proceso de recuperación y la humanización en la prestación del servicio.

- ✓ **Monitoreo de la seguridad del paciente:** Se implementaron controles más rigurosos en la seguridad de los procesos asistenciales, reduciendo riesgos y garantizando la prestación de un servicio seguro y confiable.

- ✓ **Atención integral:** Se mejoró la articulación entre los diferentes servicios, facilitando la referencia y contrarreferencia de pacientes y optimizando la continuidad en la atención.

Con estas acciones, la ESE ISABU reafirma su compromiso con la prestación de un servicio de salud basado en la calidad, el respeto y la seguridad del paciente.

4. **Logro de la solidez financiera y sostenibilidad**

Para garantizar la viabilidad financiera de la institución y optimizar la administración de los recursos, se ejecutaron acciones estratégicas orientadas a fortalecer la sostenibilidad económica:

- ✓ **Mejor gestión del recaudo:** Se implementaron estrategias para la recuperación de cartera, optimizando los procesos de facturación y cobro, asegurando así el flujo de recursos necesarios para la operación.

- ✓ **Eficiencia en el manejo presupuestal:** Se aplican políticas de control del gasto, optimizando el uso de los recursos disponibles sin afectar la calidad en la prestación del servicio.

- ✓ **Diversificación de fuentes de ingresos:** Se establecen nuevas alianzas estratégicas y proyectos de cooperación que han permitido acceder a recursos adicionales, fortaleciendo la estabilidad financiera de la entidad.

Gracias a estas acciones, la ESE ISABU ha logrado consolidar su estabilidad económica, garantizando su operatividad y el cumplimiento de sus compromisos financieros, fundamentales para la sostenibilidad institucional.

## MIPG

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión se institucionalizó a través de la creación del Comité institucional de Gestión y Desempeño desde el año 2018, donde se adoptó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conformó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño "CIGD" en la ESE ISABU, el cual tiene como fin la planeación, implementación, evaluación y por supuesto el mantenimiento eficaz del sistema MIPG.

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, es el órgano rector dentro de la entidad ESE ISABU, para realizar la trazabilidad al modelo MIPG, encargado de supervisar los lineamientos y las políticas, así como las estrategias que se deben llevar a cabo para su implementación.

Con el fin de seguir dando cumplimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se formuló, documentó y se aprobó 18 políticas requeridas para la eficaz implementación de MIPG, las cuales se encuentran publicadas en el link de transparencia y acceso a la información pública en la página web institucional.

Link: https://isabu.gov.co/transparencia/politicas-lineamientos-y-manuales/

- Políticas adoptadas en la ESE ISABU en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión:
- Política Gestión estratégica del talento humano
- Política Integridad
- Política Planeación institucional
- Política Gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público
- Política Compra s y Contratación
- Política Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos
- Política Gobierno digital

- Política Seguridad digital
- Política Defensa jurídica
- Política Servicio al ciudadano
- Política Racionalización de trámites
- Política Participación ciudadana en la gestión pública
- Política Mejora normativa  Política
- Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
- Política Gestión Documental
- Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- Política Gestión del conocimiento y la innovación
- Política Control interno

La implementación de las políticas de MIPG se ha venido desarrollando a través de los Planes de acción y la medición del Índice de Desempeño Institucional con la presentación del FURAG de forma anualizada.

#### 1.1.1.1 Medición de la Gestión del Desempeño Institucional

La Función Pública a través del aplicativo FURAG realizó la medición de Desempeño Institucional siendo una operación estadística que mide anualmente la gestión y desempeño de las entidades públicas bajo los criterios y estructura temática del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, así como también el avance del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, proporcionando información para la toma de decisiones en materia de gestión.

El Índice de Desempeño Institucional – IDI, se presenta en una escala de 1 a 100, siendo 100 el máximo puntaje a lograr, así mismo, los mínimos y máximos de cada índice están determinados por la complejidad de cada política medida.

La ESE ISABU en el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG ha venido presentado la medición del Índice de Desempeño Institucional anualizado desde la vigencia 2018.

En los meses de abril y mayo de 2024 la entidad presentó la medición del Índice de Desempeño Institucional de la vigencia 2023 a través del aplicativo FURAG.

##### 1.1.1.1.1 Índice de Desempeño Institucional 2023

La ESE ISABU forma parte de las entidades Territoriales del país, en la última medición que aplicaba para 3386 entidades territoriales responsables de presentar el FURAG del periodo 2023; la media  nacional para estas entidades en el índice de Desempeño Institucional fue de 70,23 puntos, estando la ESE ISABU por encima de la media nacional con un Índice de Desempeño Institucional de 82,3 puntos, ubicandose en el Ranking en el quinto quintil, lo que refleja un cumplimiento creciente en la implementación de cada de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en sus criterios adoptando las recomendaciones generadas en la medición.

Al comparar la ESE ISABU a nivel nacional se ubicó en el puesto 223 de 3382 entidades territoriales, en el departamento

se ubicó en el puesto 14 de 224 entidades, Bucaramanga en el puesto 6 de 21 entidades y en el grupo par en el puesto 8 de 41 entidades.

Al comparar la medición de la vigencia de 2022 y 2023 se evidencia un crecimiento de 3,8 puntos donde la medición 2022 fue de 78,5 puntos y en el 2023 fue de 82,3 puntos sobre 100, esta última presentada en la vigencia 2024.

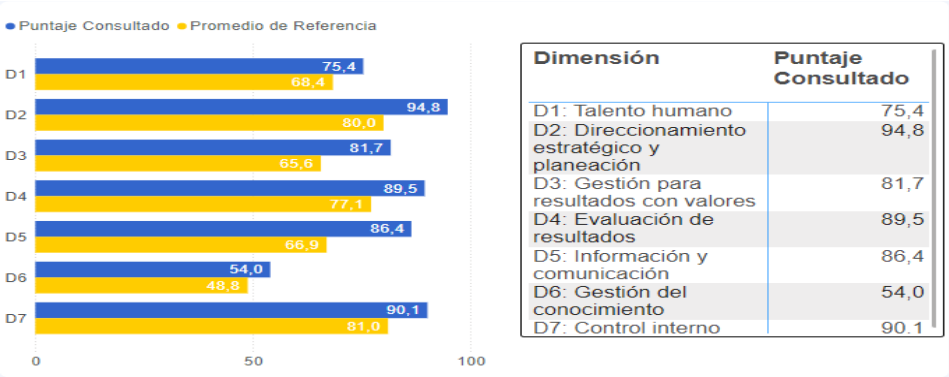
Ilustración 2 Comparativo medición Índice de Desempeño Institucional 2022-2023

Fuente Resultados FURAG 2022-2023 DAFP

- **Índice de las Dimensiones de Gestión y Desempeño 2023**

Al comparar la medición por dimensiones con el promedio referencia se evidencia que la ESE ISABU está por encima de la media en todas las dimensiones como se evidencia en la gráfica, la dimensión que presenta el desempeño institucional más bajo es la dimensión 6 Gestión del conocimiento con una medición de 54 puntos.

Ilustración 3 Comparativo del Índice de las Dimensiones de Gestión y Desempeño 2023 con el promedio de referencia.



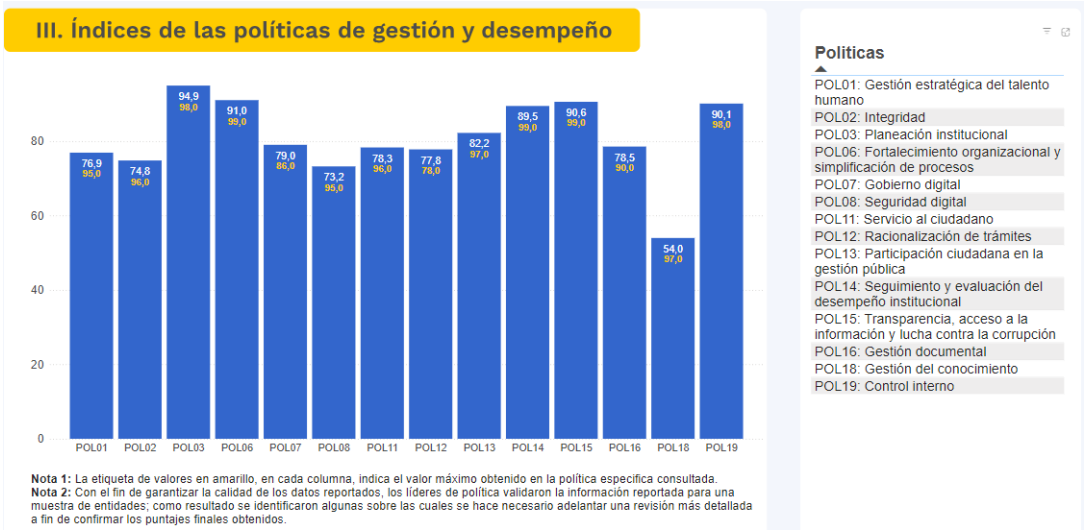

| Dimensión | Puntaje Consultado |
|---|---|
| D1: Talento humano | 75,4 |
| D2: Direccionamiento estratégico y planeación | 94,8 |
| D3: Gestión para resultados con valores | 81,7 |
| D4: Evaluación de resultados | 89,5 |
| D5: Información y comunicación | 86,4 |
| D6: Gestión del conocimiento | 54,0 |
| D7: Control interno | 90,1 |

Fuente Resultados FURAG 2023 – DAFP

- **Índices de las Políticas de gestión y desempeño 2023**

En la medición de cada política se evidencia que las políticas con mejor desempeño institucional que están por encima de 90 puntos son: Planeación institucional con 94,9 puntos, Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con 91,0, Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción con 90,6 puntos y Control interno con 90,1 puntos, sobre 80 puntos están las políticas: Seguimiento y evaluación del desempeño institucional con 89,5 puntos, Participación ciudadana en la gestión pública con 82,2 puntos, sobre los 70 puntos están las políticas: Gobierno digital con 79 puntos, Gestión documental con 78,5 puntos, Servicio al ciudadano con 78,3 puntos, Racionalización de trámites con 77,8 puntos, Gestión estratégica de Talento Humano con 76,9 puntos, Integridad con 74,8 puntos y Seguridad digital con 73,2 puntos y la política más baja en la medición del desempeño esta la política de Gestión de conocimiento con 54,3 puntos.

Ilustración 4 Comparativo del Índice de Políticas de Gestión y Desempeño 2023 con el promedio de referencia




Fuente Resultados FURAG 2023 – DAFP

- **Comparativos de los resultados políticas 2022 – 2023 de la ESE ISABU**

Tabla 1 Comparativo de los resultados por políticas 2022 – 2023 de la ESE ISABU

| DIMENSIONES | NOMBRE DE LA POLÍTICAS MIPG | RESULTADOS FURAG | | VARIACIÓN RTOS FURAG 2022 - 2023 |
|---|---|---|---|---|
| | | 2022 | 2023 | |
| TALENTO HUMANO | Política de Talento Humano | 82,2 | 76,9 | -5,3 |
| | Política de Integridad | 52,5 | 74,8 | 22,3 |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN | Política de Planeación Institucional | 95 | 94,9 | -0,1 |
| | Política presupuestal y eficiencia del gasto público | - | - | No se mide para la entidad |
| GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS | Política de Fortalecimiento organización y simplificación de procesos | 94,1 | 91 | -3,1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Política de Gobierno Digital | 73,9 | 79 | 5,1 |
| | Política de Seguridad Digital | 60,2 | 73,2 | 13,0 |
| | Política de Defensa Jurídica | - | - | No se mide para la entidad |
| | Política de Servicio al Ciudadano | 75,9 | 78,3 | 2,4 |
| | Política de Racionalización de trámites | 63,3 | 77,8 | 14,5 |
| | Política de Participación Ciudadana | 87,7 | 82,2 | -5,5 |
| | Política de Mejora Normativa | - | - | No se mide para la entidad |
| **EVALUACIÓN DE RESULTADOS** | Política de seguimiento y evaluación de desempeño Institucional | 82,5 | 89,6 | 7,1 |
| **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN** | Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción | 77,9 | 90,6 | 12,7 |
| | Política de Gestión Documental | 88,7 | 78,5 | -10,2 |
| **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN** | Política de Gestión del conocimiento y la Innovación | 58,8 | 54 | -4,8 |
| **CONTROL INTERNO** | Política de Control Interno | 80,1 | 90,1 | 10,0 |
| | **IDI TOTAL** | **78,5** | **82,3** | **3,8** |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

Al comparar los resultados de la vigencia 2023 frente a los resultados de la vigencia 2022 se evidencia un crecimiento del 3,8, siendo un resultado muy bueno y ubicándonos en el quinto quintil de la Medición del Índice de Desempeño Institucional, sin embargo, cinco políticas presentaron disminución en su medición donde se encuentra:

- Política de Gestión Estratégica del Talento Humano disminuyó en 5,3 puntos en el 2023 con respecto al 2022.
- Política Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos disminuyó en 3,1 puntos en el 2023 con respecto al 2022.
- Política Participación Ciudadana en la gestión pública disminuyó en 5,5 puntos en el 2023 con respecto al 2022.
- Política Gestión Documental disminuyó en 10,2 puntos en el 2023 con respecto al 2022.
- Política de Gestión del conocimiento y la innovación en 4,8 puntos en el 2023 con respecto al 2022.

La Política de Planeación Institucional se mantiene igual con una diferencia entre las dos vigencias no significativa.

Se resalta que a pesar de los ajustes en la mayoría de las preguntas entre las dos vigencias se logró crecer en 8 políticas en la vigencia 2023 con respecto a la vigencia 2022: Política de integridad creció en 22,3 puntos, Política de Gobierno Digital creció en 5,1 puntos, Política de Seguridad Digital creció en 13 puntos, Política de Servicio al Ciudadano creció en 2,4 puntos, Política de Racionalización de trámites creció en 14,5 puntos, Política de seguimiento y Evaluación del desempeño institucional creció en 7,1 putos, Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción creció en 12,7 puntos y la Política de Control interno creció en 10 puntos.

### 1.1.1.2 Resultados del Plan de Acción MIPG 2023 – 2024

Los planes de acción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, permite establecer una planeación y una ruta de acción, con base en las actividades de gestión que fueron evaluadas y priorizadas previamente a través de los autodiagnósticos y/o de las recomendaciones generadas por la Medición del Desempeño Institucional realizado por la Función Pública a través del aplicativo FURAG anualmente.

El Plan de Acción MIPG 2023 – 2024, se cerró el 30 de junio de 2024, el cual tenía 38 actividades programadas de las cuales se cumplieron 38 actividades, con un cumplimiento del 100%, dando cumplimiento con la meta establecida en el Plan de Acción del Desarrollo de la entidad para la vigencia 2024, en el objetivo tres (3) Fortalecer el sistema integrado de gestión administrativa que garantice mayor eficiencia, mejores resultados, enfocados en las competencias del ser, la humanización, el saber y el hacer en la gestión de salud, Programa 3.1. Gestión Integral y Desempeño y el proyecto 3.1.4. Fortalecimiento Institucional a través de MIPG, siendo la meta establecida del 95% para vigencia 2023 y tomada para la vigencia 2024.

Tabla 2 Cumplimiento del Plan de Acción MIPG 2023-2024

| | DIMENSIÓN | 1. TALENTO HUMANO | | | 2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN | | 3. GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS | | | | | | | 4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS | | 5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | | | 6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INOVACIÓN | | 7. CONTROL INTERNO | | CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO MIPG | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL II TRIMESTRE DE 2024 | PORCENTAJE DE AVANCE DEL PLAN ACUMULADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | POLÍTICA | Gestión estratégica del talento humano | Integridad | Total dimensión | Planeación institucional | Total dimensión | Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos | Gobierno digital | Seguridad digital | Servicio al ciudadano | Racionalización de trámites | Participación ciudadana en la gestión pública | Total dimensión | Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | Total dimensión | Gestión Documental | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Total dimensión | Gestión del conocimiento y la innovación | Total dimensión | Control interno | Total dimensión | | | |
| CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE 2024 | METAS CUMPLIDAS II TRIMESTRE 2024 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1,5 | 0 | 2 | 0 | 6,5 | 3 | 3 | 1 | 0,5 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14,0 | 100% | 100% |
| | METAS PROGRAMADAS II TRIMESTRE 2024 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1,5 | 0 | 2 | 0 | 6,5 | 3 | 3 | 1 | 0,5 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14,0 | | |
| CUMPLIMIENTO ACUMULADO A 30 JUNIO 2024 | METAS CUMPLIDAS A 30 JUNIO 2024 | 5 | 5 | 10 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 11 | 3 | 3 | 4 | 2 | 6 | 2 | 2 | 3 | 3 | 38,0 | | |
| CUMPLIMIENTO ACUMULADO DEL PLAN | METAS PROGRAMADAS EN EL PLAN 2023-2024 | 5 | 5 | 10 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 11 | 3 | 3 | 4 | 2 | 6 | 2 | 2 | 3 | 3 | 38,0 | | |
| | AVANCE POR POLÍTICA Y DIMENSIÓN ACUMULADA DEL PLAN | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

### 1.1.1.3 Plan de Acción MIPG 2024 – 2025

Para la construcción del plan de acción MIPG 2024-2025 se tuvo en cuenta las recomendaciones dadas en el Comité Municipal de Gestión y Desempeño de la Alcaldía de Bucaramanga.

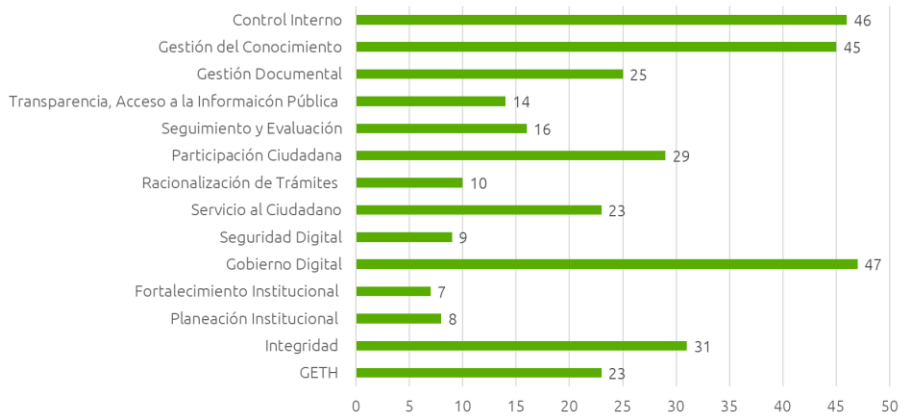
**Recomendaciones Formulación Plan de Acción MIPG 2024-2025**

1. Analizar Resultados y Recomendaciones - FURAG 2023.
2. Priorizar preguntas cuestionario FURAG 2023 sin respuesta al 100%.
3. Incluir productos del PA MIPG 2023-2024 que no se cumplieron total o parcialmente a junio 30 de 2024, no se tuvo en cuenta esta recomendación porque el plan de la entidad fue cerrado en cumplimiento del 100%.

4. Incluir productos del Plan de Acción 2023-2024 de cumplimiento de ley.

El plan fue liderado por la oficina Asesora de Planeación y su construcción se realizó a través de mesas de trabajo con los líderes de cada política y profesionales de apoyo de estas, como resultado se obtuvo un plan con 75 actividades para su ejecución de septiembre de 2024 hasta el 30 de junio de 2024.

Ilustración 5 Recomendaciones FURAG 2023




Fuente Oficina Asesora de Planeación

Total: 330 Recomendaciones.
Repetidas: 62 recomendaciones

Tabla 3 Construcción del Plan de Acción MIPG 2024-2025

| FURAG 2023 | Total general | GETH | Integridad | Planeación Institucional | Fortalecimiento Institucional | Gobierno Digital | Seguridad Digital | Servicio al Ciudadano | Racionalización de Trámites | Participación Ciudadana | Seguimiento y Evaluación | Transparencia, Acceso a la Informaicón Pública | Gestión Documental | Gestión del Conocimiento | Control Interno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIORIZADAS | 131 | 11 | 20 | 0 | 2 | 14 | 2 | 19 | 2 | 17 | 3 | 8 | 6 | 4 | 23 |
| PRIORIZADAS EN OTRA POLÍTICA | 32 | 3 | 8 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 2 | 0 | 3 | 2 |
| EJECUTADAS | 49 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 2 | 5 | 4 | 15 | 0 | 9 |
| NO PRIORIZADAS | 117 | 5 | 2 | 1 | 4 | 27 | 5 | 4 | 7 | 5 | 3 | 0 | 4 | 38 | 12 |
| RECOMENDACIONES | 330 | 23 | 31 | 8 | 7 | 47 | 9 | 23 | 10 | 26 | 16 | 14 | 25 | 45 | 46 |
| ACTIVIDADES PROGRAMAD | 75 | 9 | 9 | 8 | 2 | 10 | 2 | 5 | 1 | 4 | 6 | 5 | 6 | 3 | 5 |

212

Fuente Oficina Asesora de Planeación

De las 330 recomendaciones del FURAG 2023 se priorizó 163 recomendaciones en el plan, 49 recomendaciones ya están ejecutadas o cumplidas en el plan anterior y 117 recomendaciones no fueron priorizadas porque se requiere recursos y personal para poderlas ejecutar.

El plan de acción MIPG 2024-2025 se estableció con 75 actividades.

Con corte al 31 de diciembre de 2024 correspondiente al tercer y cuarto trimestre de 2024 se programó 32 actividades con ejecución del 98,4% y un cumplimiento acumulado del 42%, plan que cierra el 30 de junio de 2025.

Tabla 4 Cumplimiento del Plan de Acción MIPG 2024-2025

| DIMENSIÓN | 1. TALENTO HUMANO | | | 2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN | | 3. GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS | | | | | | | 4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS | | 5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | | | 6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INOVACIÓN | | 7. CONTROL INTERNO | | CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN MIPG | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL IV TRIMESTRE DE 2024 | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN AL 30 DE DICIEMBRE 2024 | PORCENTAJE DE AVANCE DEL PLAN ACUMULADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POLÍTICA | Gestión estratégica del talento humano | Integridad | Total dimensión | Planeación institucional | Total dimensión | Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos | Gobierno digital | Seguridad digital | Servicio al ciudadano | Racionalización de trámites | Participación ciudadana en la gestión pública | Total dimensión | Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | Total dimensión | Gestión Documental | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Total dimensión | Gestión del conocimiento y la innovación | Total dimensión | Control interno | Total dimensión | | | | |
| METAS CUMPLIDAS IV TRIMESTRE 2024 | 3 | 3,5 | 6,5 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 11 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 24,5 | 98% | 98,4% | 42,00% |
| METAS PROGRAMADAS IV TRIMESTRE 2024 | 3 | 4 | 7 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 11 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 25,0 | | | |
| METAS CUMPLIDAS A 31 DICIEMBRE 2024 | 4 | 5,5 | 9,5 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 11 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 31,5 | | | |
| METAS PROGRAMADAS A 31 DE DICIEMBRE 2024 | 4 | 6 | 10 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 11 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 32,0 | | | |
| METAS PROGRAMADAS EN EL PLAN 2024-2025 | 9 | 9 | 18 | 8 | 8 | 2 | 10 | 2 | 5 | 1 | 4 | 24 | 6 | 6 | 5 | 6 | 11 | 3 | 3 | 5 | 5 | 75,0 | | | |
| AVANCE POR POLÍTICA Y DIMENSIÓN ACUMULADA DEL PLAN | 44% | 61% | 53% | 25% | 25% | 50% | 30% | 50% | 60% | 100% | 50% | 46% | 50% | 50% | 20% | 50% | 36% | 33% | 33% | 20% | 20% | | | | |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

### 1.1.1.4 Comité Institucional de Gestión y Desempeño - CIGD

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG fue actualizado por la Resolución 379 del 12 de julio de 2021 ***"****Por medio de la cual se deroga la Resolución 006 de 2020 y Resolución 187 de 2020, y se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño CIGD de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga*" y la Resolución 030 del 15 de enero de 2024, Por medio de la cual se modifica el artículo 5 de la resolución 0379 del 12 de julio de 2021 y se deroga 566 del 10 de noviembre 2021.

En dichas resoluciones define los responsables de la implementación de cada una de las políticas de la entidad, quedando en el artículo 05 Parágrafo 3.

**PARÁGRAFO. 3:** Deléguese en el nivel directivo y asesor (con el apoyo de los líderes de procesos), el autodiagnóstico e implementación de las políticas de Gestión y desempeño Institucional.

Tabla 5 Políticas Institucionales MIPG

| DIMENSIONES | POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (ASOCIADAS) | LÍDERES RESPONSABLES |
|---|---|---|
| **1.Talento Humano** | Talento humano | Subgerente Administrativo<br>Profesional Universitario – (Talento Humano) |
| | Integridad | Jefe Oficina Asesora Jurídica<br>Profesional Universitario – (Talento Humano) |
| **2.Direccionamiento estratégico y** | Planeación Institucional | Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| | Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público | Subgerente Administrativo |

| | | |
|---|---|---|
| **planeación** | | Profesional Especializado – (Financiera) |
| | Compras y Contratación Pública | Jefe Oficina Asesora Jurídica |
| **3.Gestión con valores para resultados** | Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos | Jefe Oficina Asesora de Calidad<br>Profesional Especializado - Calidad<br>Profesional Universitario (Talento Humano) |
| | Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea | Subgerente Administrativo<br>Profesional Especializado - (Sistemas) |
| | Seguridad Digital | Subgerente Administrativo<br>Profesional Especializado - (Sistemas) |
| | Defensa jurídica | Jefe Oficina Asesora Jurídica |
| | Mejora Normativa | Jefe Oficina Asesora Jurídica |
| | Servicio al ciudadano | Jefe Oficina Asesora de Calidad<br>Profesional Especializado (Servicio de Información y Atención al Usuario – SIAU) |
| | Participación ciudadana en la gestión pública | Jefe Oficina Asesora de Calidad<br>Profesional Especializado (Servicio de Información y Atención al Usuario – SIAU) |
| | Racionalización de trámites | Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| **4.Evaluación de resultados** | Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| **5. Información y comunicación** | Gestión documental | Subgerente Administrativa<br>Profesional Universitario – Subgerencia Administrativa |
| | Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| **6. Gestión del conocimiento y la innovación** | Gestión del conocimiento y la innovación | Subgerente Administrativo<br>Profesional Universitario de Talento Humano<br>Profesional Especializado de Sistemas. |
| **7.Control Interno** | Control interno | Jefe Oficina Control Interno |

Fuente Resolución 030 del 15 de enero de 2024

La Resolución 0302 de 14 de junio de 2024, modificó el artículo 19 del Capítulo 4, de la resolución 0379 del 12 de julio de 2021, **ARTÍCULO 19:** Reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. El Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA – E.S.E. ISABU, se reunirá ordinariamente al menos una (1) vez cada dos (2) mes y de forma extraordinaria cuando las circunstancias lo exijan.

En cumplimiento de artículo anterior la entidad realizó los comités con periodicidad mensual y de forma extraordinaria cuando las circunstancias lo exijan, realizando el siguiente histórico de comités, es de resaltar que las actas del comité reposan en la oficina asesora de Planeación.

Tabla 6 Comités realizados por vigencia

| AÑO | COMITÉ ORDINARIO | COMITÉ EXTRAORDINARIO | TOTAL | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| **2023** | **12** | **5** | **17** | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **2024** | **8** | **4** | **12** | Comités realizados de enero a 31 de diciembre de 2024.<br>A partir del mes de junio el comité fue realizado de forma bimestral. |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

**Temáticas del comité CIGD de la vigencia 2024:**

- Revisión y aprobación de los Planes estratégicos Institucionales por vigencia, establecidos por el Decreto 612/2018 y adoptados por la ESE ISABU a través de la Resolución 422/2018.
- Seguimiento trimestral del Plan de Acción del Plan de Desarrollo de las metas programadas para cada vigencia.
- Seguimiento trimestral a los indicadores Gerenciales por vigencia.
- Seguimiento trimestral de los Planes Estratégicos e Institucionales por vigencia.
- Informe del Decreto 2193 de 2004, de forma trimestral de Calidad, Producción y Financiera.
- Informe trimestral de atención al Ciudadano, satisfacción y PQRSD.
- Seguimiento de avance de ejecución del Plan de Acción MIPG.
- Aprobación del Plan de Acción de MIPG.
- Aprobación de bajas de activos.
- Aprobación de la actualización de las Políticas de MIPG cuando se requiera.
- Temas de Gestión Documental cuando se requiera.
- Temas de Gestión de las TIC´s cuando se requiera.
- Temas de Sostenibilidad financiera cuando se requiera.

## PLANES ESTRATÉGICOS E INSTITUCIONALES 2024

La ESE ISABU dando cumplimiento del Decreto No 612 del 4 de abril de 2018, integró los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción a través de la Resolución 422 del 6 de diciembre de 2018 “Por medio de la cual se actualiza la integración de los planes institucionales y estratégicos de acción de la E.S.E Instituto de salud de Bucaramanga y denominado PLAN DE ACCIÓN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, integrando a través del Plan de Desarrollo en el:

**OBJETIVO ESTRATÉGICO 3:** Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión Administrativa que garantice mayor eficiencia, mejores resultados, enfocados en las competencias del ser, la humanización, el saber y el hacer en la gestión de salud.

**PROGRAMA 3.1** Gestión Integral y Desempeño

**PROYECTO 3.1.4.** Fortalecimiento Institucional a través de MIPG

Tabla 7 Planes Estratégicos e Institucionales Vigencia 2024

| No PLAN | PLANES ESTRATÉGICOS | No ACT. | METAS PROGRAMADAS | META DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN (%) | TOTAL, METAS EJECUTADAS ACUMULADAS | CUMPLIMIENTO ACUMULADO 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Plan Institucional de Archivos de la entidad - PINAR | 4 | 75 | 100% | 75 | **100,0%** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Plan de Conservación Documental | 3 | 51 | 100% | 51 | **100,0%** |
| 3 | Plan de Preservación Digital a largo plazo | 3 | 13 | 100% | 13 | **100,0%** |
| 4 | Plan de transferencias documentales Primarias | 4 | 15 | 88% | 15 | **100,0%** |
| 5 | Plan Anual de Adquisiciones | 5 | 28 | 100% | 28 | **100,0%** |
| 6 | Plan de Gasto Público | 3 | 5 | 100% | 5 | **100,0%** |
| 7 | Plan Estratégico de Talento Humano | 3 | 4 | 100% | 4 | **100,0%** |
| 8 | Plan de Vacantes | 3 | 6 | 100% | 6 | **100,0%** |
| 9 | Plan de Previsión de Recursos Humanos | 3 | 6 | 100% | 6 | **100,0%** |
| 10 | Plan Institucional de Capacitación - PIC | 3 | 106 | 93% | 100 | **94,3%** |
| 11 | Plan de Bienestar e Incentivos | 3 | 105 | 93% | 105 | **100,0%** |
| 12 | Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo | 3 | 214 | 85% | 184 | **86,0%** |
| 13 | Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI | 6 | 94 | 100% | 94 | **100,0%** |
| 14 | Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital | 4 | 10 | 100% | 10 | **100,0%** |
| 15 | Plan de Seguridad y Privacidad de la Información | 6 | 12 | 100% | 12 | **100,0%** |
| 16 | Plan de aseguramiento de la calidad del sistema de la información | 3 | 8 | 100% | 8 | **100,0%** |
| 17 | Plan de acción para la gestión sistemática y cíclica de riesgos de seguridad digital | 3 | 3 | 100% | 3 | **100,0%** |
| 18 | Plan de Mantenimiento de equipos de cómputo, redes y sistemas. | 4 | 4 | 100% | 4 | **100,0%** |
| 19 | Plan de Participación Ciudadana | 3 | 8 | 100% | 8 | **100,0%** |
| 20 | Plan de Austeridad y Gestión Ambiental | 8 | 22 | 100% | 22 | **100,0%** |
| 21 | Plan de Mantenimiento de la Infraestructura | 6 | 226 | 100% | 228 | **100,9%** |
| 22 | Plan de mantenimiento Hospitalario | 11 | 4302 | 100% | 4302 | **100,0%** |
| 23 | Plan de conflicto de Intereses | 3 | 22 | 88% | 20 | **90,9%** |
| 24 | Plan Estratégico Código de Integridad | 10 | 35 | 100% | 35 | **100,0%** |
| **TOTAL** | | **107** | **5374** | | **5338** | **99,3%** |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

Los planes estratégicos e Institucionales programados y ejecutados en la vigencia 2024 el 100% de los planes cumplieron con la meta establecida para cada plan, quedando en un cumplimiento global de los planes del 99,3%, esto refleja el compromiso y la gestión realizada.

## PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

El Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU, comprometido con el objetivo de promociónde estándares de transparencia y lucha contra la corrupción, está regido por una serie de principios, valores y comportamientos, que consolidan su cultura institucional mediante un continuo aprendizaje y la participación de todo el personal de la institución el cual adelanta acciones que contribuyen a una gestión trasparente, a preservar la ética empresarial, a administrar eficientemente sus recursos, a reconocer y a respetar los derechos de los pacientesy partes interesadas, generando así cercanía , confianza y seguridad a los ciudadanos.

De esta manera, la ESE ISABU, diseñado la estrategia del Programa de Transparencia y ÉticaPública (PTEP) 2024, enfocándose en la trasparencia en la prestación de servicios con calidad,la satisfacción de los ciudadanos, la mejora continua y la gestión institucional, expandiendo el proceso con una mirada enfocada en el fortalecimiento de la comunicación interna que permitagenerar interacción y fluidez en la información de acuerdo al marco normativo vigente, las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, toda vez que permitirá priorizarlos temas que serán materia de seguimiento para el control de la corrupción de la entidad, con el objetivo de optimizar el desempeño de la administración.

De esta forma el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2024, busca aunar esfuerzos interinstitucionales en aras de garantizar el goce efectivo de derechos y deberes a través de los siguientes componentes:

Tabla 8 Componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública.

| PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA | |
|---|---|
| **COMPONENTES** | **CANTIDAD DE METAS OPRODUCTOS** |
| **COMPONENTE 1:** Medidas de debida diligencia y prevención de lavado de activos | **6** |
| **COMPONENTE 2:** Gestión del riesgo de corrupción - mapa de riesgos de corrupción | **10** |
| **COMPONENTE 3:** Racionalización De Trámites | **2** |
| **COMPONENTE 4:** Rendición De Cuentas | **14** |
| **COMPONENTE 5:** Mecanismos Para Mejorar La Atención Del Ciudadano | **24** |
| **COMPONENTE 6:** Mecanismos De Transparencia Y Acceso A La Información. | **10** |
| **COMPONENTE 7:** Apertura De Información Y Datos Abiertos | **2** |
| **COMPONENTE 8:** Iniciativas Adicionales | **4** |

Fuente Oficina de Planeación.

Dando cumplimiento a la ley 1712 del 2014, se publicó en la página institucional el programa de Transparencia y Ética

Pública, Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción (SICOF) y Subsistema de Administración del Riesgo Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, los cuales se pueden observar en la página institucional en el siguiente link: https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/

Para el segundo trimestre se tiene la versión 2 del programa de transparencia como se evidencia en la publicación de la página institucional link: https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/

**MONITOREO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA 2024**

Los monitoreos del programa de transparencia y ética pública en la vigencia 2024 fueron realizados de manera cuatrimestral de acuerdo con el cronograma establecido, así:

Tabla 9 Seguimiento Programa de transparencia y ética pública 2024

| CUATRIMESTRE | FECHA | N° metas | Cumplimiento |
|---|---|---|---|
| PRIMERO | 25 de abril y 03 de mayo | 72 | 100% |
| SEGUNDO | 26, 27 de agosto | 72 | 100% |
| TERCERO | 23 y 26 de diciembre | 72 | 100% |

Fuente Proceso Gestión de la Planeación Institucional

De acuerdo con la tabla anterior, se realizaron los tres seguimientos cuatrimestrales y la totalidad de las metas presentaron avance satisfactorio del 100% en su ejecución; cada monitoreo contó con la participación de todas las dependencias pertenecientes a los procesos de Apoyo y Evaluación, haciendo desde el área de planeación el acompañamiento a setenta y dos (72) metas o productos programadas a ejecutar para el PTEP vigencia 2024. De acuerdo con la evaluación de la Oficina de Control Interno correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2024, se dio cumplimiento del 100% de las metas programadas.

Con los resultados anteriores, es posible evidenciar el compromiso por parte de los líderes y equipo de trabajo referente a la cultura de la legalidad, integridad y transparencia del Instituto de Salud de Bucaramanga a partir del desarrollo y cumplimiento de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública.

**Sistema Integral de Gestión del Riesgo**

El Instituto de Salud de Bucaramanga y sus colaboradores se encuentran comprometidos a implementar el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, con la capacidad de identificar, evaluar, controlar, prevenir y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales y, especialmente, el cumplimiento de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SSSS) y sus obligaciones contractuales, de acuerdo a los Subsistemas de Administración de Riesgos: en Salud, Operacional, Actuarial, Crédito, Liquidez, Mercado de Capitales, Fallas de Mercado, Reputacionales, SARLAFT, SICOF, Seguridad de la Información y Seguridad y Salud en el Trabajo; a través del Ciclo General de Gestión de Riesgos, identificación de riesgos, evaluación, medición del riesgo, selección de estrategias para el

tratamiento y control de los riesgos, procesos y procedimientos, documentación, estructura organizacional, infraestructura tecnológica, divulgando la información y capacitando a los líderes de procesos sobre la administración del riesgo, contribuyendo de esta forma al logro de la Misión y los objetivos de la entidad.

La ESE ISABU a través del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos implementó los siguientes Subsistemas de acuerdo con lo establecido en la normatividad aplicable y a la clasificación de la entidad como Institución Prestadora de Servicios de Salud; así:

Tabla 10 Composición Sistema gestión del riesgo

| **SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO<br>INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E ISABU V.2** | | |
|---|---|---|
| Subsistema | Numero de riesgos Identificados por procesos | LINK |
| Riesgos SICOF | 21 | https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupción-y-de-atención-al-ciudadano/ |
| Riesgos SARLAFT | 1 | |
| Riesgos Operacionales | 56 | |
| Riesgo Actuarial | 1 | |
| Riesgo de Liquidez | 1 | |
| Riesgo Reputacional | 2 | |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

**Monitoreo del Sistema Integral de Gestión del Riesgo**

La ESE ISABU cumpliendo con las responsabilidades y compromisos frente al Sistema Integral de Gestión del Riesgo referente a los esquemas de líneas de defensa (segunda línea de defensa), lineamientos expuestos en la política de Administración del Riesgo Resolución 0377; la Oficina de Planeación realiza el respectivo monitoreo a los Subsistemas de Administración del Riesgo que hacen parte del Sistema Integral de Gestión del Riesgo llevando a cabo las siguientes actividades:

- Disposición por parte de la Oficina Asesora de Planeación del formato “Matriz monitoreo de riesgos para el reporte del monitoreo de riesgos.
- Lectura de los Mapas de Riesgos donde se dan las respectivas sugerencias respecto a la redacción del riesgo, la pertinencia de los controles definidos con la causa identificada, el riesgo y su indicador, se verifica el cumplimiento de los controles validando las evidencias del plan de acción.
- Se informa al responsable del Subsistema de Administración del Riesgo, la ruta de cargue de evidencias y el tipo de evidencias a cargar, orden y como justificar el indicador.

Tabla 11 Seguimientos 2024 Trimestrales

| Subsistema de Administración del Riesgo | Resultado del Monitoreo | CUMPLIMIENTO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | I TRIM ABRIL | II TRIM JULIO | III TRIM OCTUBRE | IV TRIM ENERO |
| Riesgos Operacionales | 56 riesgos Operacionales | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Riesgos Actuarial | Un (01) Riesgo Actuarial | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Riesgos de Liquidez | Un (01) Riesgo de Liquidez | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Riesgos Reputacional | Dos (02) Riesgo Reputacionales | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

Seguimientos cuatrimestrales:

Tabla 12 Seguimientos cuatrimestrales riesgos

| Subsistema de Administración del Riesgo | Resultado del Monitoreo | CUMPLIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|
| | | I CUATRIMESTRE MAYO | II CUATRIMESTRE AGOSTO | III CUATRIMESTRE DICIEMBRE |
| Riesgos SICOF | 21 riesgos SICOF | 100% | 100% | 100% |
| Riesgos SARLAFT | Un (01) Riesgo SARLAFT | 100% | 100% | 100% |

Fuente Oficina Asesora de Planeación

**POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

El Instituto en de Salud de Bucaramanga – ESE ISABU. por medio de la resolución 009 de 25 de mayo de 2018, implemento la política de Administración del Riesgo de la empresa social del estado INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU. Esta política de administración del Riesgo ha sido actualizada de acuerdo con las acciones de mejora continua provenientes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Púbica y al Marco Normativo de la Superintendencia de Salud.

Dando cumplimiento a la ley 1712 del 2014 se ha publica en la página institucional la Política de Administración del Riesgo y sus respectivas actualizaciones, las cuales se evidencian en el siguiente link: https://isabu.gov.co/transparencia/politicas-lineamientos-y-manuales/

Para el 27 de agosto 2024 se realizó actualización de la política de administración del Riesgo, mediante acto administrativo Resolución 0377 adicionando lo siguiente:

- Modificación en los responsables de los subsistemas integrados de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información.
- Inclusión en la segunda línea de defensa al proceso de Gestión de Talento Humano como responsable de monitorear temas claves del ciclo del servidor (capacitación, bienestar, incentivos, convivencia laboral, código integridad), generando alertas sobre incumplimientos, situaciones críticas que afectan el clima laboral y pasibles afectaciones al código de integridad.

Publicación Pagina Institucional Link: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2024/10/4.RESOLUCION-0377-POLITICA-DE-ADMON-DEL-RIESGO-2024-1.pdf

## PROYECTOS

Durante toda la vigencia 2024, desde la oficina asesora de planeación en el proceso de proyectos, se llevó a cabo un trabajo estructurado de planificación y ejecución de iniciativas orientadas a fortalecer el funcionamiento de la institución y generar un impacto positivo en la prestación de servicios de salud y necesidades actuales de la comunidad. Estas acciones estuvieron alineadas con la identificación de diferentes opciones de mejora y/o problemáticas actuales que presentaba la institución al momento de brindar servicios de salud, y a partir de ello, se priorizó la accesibilidad, ampliación de cobertura de servicios, fortalecimiento de la capacidad operativa, optimización de recursos, la modernización de la infraestructura, la calidad de la atención a cada paciente y el bienestar organizacional. Así mismo, se establecieron estrategias basadas en un enfoque integral, garantizando que cada proyecto correspondiera a los lineamientos institucionales y a la normatividad legal vigente del sector salud.

**Proyectos Formulados y Viabilizados:**

En este sentido, se formularon proyectos dirigidos a mejorar la accesibilidad y la eficiencia de los servicios, abordando aspectos clave como la adquisición y reposición de dos ascensores para el Hospital Local del Norte, y, la adquisición de dos nuevos Transportes Asistenciales Básicos (TAB).

- **Proyecto No.1: "Adquisición y dotación de dos vehículos tipo ambulancia para el transporte asistencial básico de pacientes de la ESE Instituto de salud de Bucaramanga".**

A través de la ejecución de este proyecto, la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga estableció la adquisición de dos ambulancias para el transporte asistencial básico (TAB) de pacientes de la institución, y para garantizar que estas ambulancias cumplan con los estándares de calidad y seguridad necesarios, se asegurará que cada vehículo sea habilitada conforme a la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud, la cual establece los requisitos para la prestación del servicio de transporte asistencial en salud, y asimismo, el cumplimiento a las normativas de la Norma Técnica Colombiana (NTC) 3729 en su última actualización, que define la tipología y requisitos técnicos de los vehículos destinados al transporte asistencial básico. Estas regulaciones contemplan aspectos como la dotación de equipos médicos esenciales, condiciones de bioseguridad, ergonomía del espacio interno y sistemas de comunicación que permitan la interacción eficiente con las centrales de emergencias.

Estas unidades de transporte sanitario estarán destinadas a fortalecer, garantizar, ampliar y mejorar la capacidad, cobertura y resolutividad de traslado de pacientes en procesos de referencia y contrarreferencia, asegurando que los usuarios reciban una atención continua y efectiva en cumplimiento con los programas de atención en salud establecidos, optimización del servicio, reducir los tiempos de respuesta, atender eficientemente la creciente demanda de traslados de pacientes, manejo adecuado de emergencias, reducción de riesgos durante el traslado, continuidad de la atención médica en Bucaramanga y sus alrededores y permitir que las necesidades de los pacientes sean atendidas de manera oportuna, especialmente en casos que requieren atención prioritaria.

**Valor Proyecto No.1:** Ochocientos diez millones de pesos moneda corriente ($ 810.000.000 m/te).
**Estado de Proyecto No.1**: En ejecución.

- **Proyecto No.2: "Reposición de los ascensores de la sede Hospital Local del Norte de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga."**

Mediante esta propuesta, la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, plantea una solución clave para mejorar la prestación de servicios de salud en el Hospital Local del Norte, dado que la accesibilidad adecuada a las instalaciones hospitalarias es un pilar fundamental en la atención sanitaria eficiente y segura, especialmente en un entorno que maneja un flujo constante de pacientes y personal. Por lo anterior, debido a que los ascensores no cumplen con los requisitos funcionales por su obsolescencia, requisitos de seguridad necesarios, se afecta negativamente los tiempos de traslado y la comodidad de los usuarios, quienes dependen de este servicio para acceder a consultas, tratamientos y otras atenciones médicas, y de igual forma, requieren un constante mantenimiento provocan mayores gastos para la institución en mantenimiento y cambio de repuestos.

El proyecto contempla el desarrollo de tres actividades esenciales para su éxito. La primera actividad consiste en la ejecución de obras civiles que incluyen el desmonte de los ascensores actuales, resane de la infraestructura física, y el retiro y disposición final de los materiales obsoletos. Esta etapa es crucial para preparar el espacio de manera adecuada para la instalación de los nuevos equipos, asegurando que se cumplan todas las normativas de seguridad y calidad. El desmonte eficiente permitirá una transición sin interrupciones significativas en la operación del hospital, minimizando el impacto en los servicios mientras se lleva a cabo esta fase inicial.

La segunda actividad implica la adecuación y modernización del sistema eléctrico, una tarea indispensable para garantizar que los nuevos ascensores funcionen de manera segura y eficiente. Los ascensores modernos requieren un soporte técnico especializado que incluya un sistema eléctrico capaz de manejar el mayor nivel de sofisticación tecnológica. Esto asegurará la operatividad continua de los ascensores y reducirá el riesgo de fallas o problemas técnicos que puedan interrumpir su funcionamiento. La actualización del sistema eléctrico también contribuirá a la sostenibilidad del proyecto a largo plazo, asegurando que la inversión realizada se mantenga operativa durante muchos años sin requerir grandes intervenciones adicionales.

Finalmente, la adquisición e instalación de los dos nuevos ascensores, con todos los requerimientos técnicos y de seguridad, marcará el punto culminante de este proyecto. Estos ascensores estarán acordes para cumplir con los más altos estándares de accesibilidad, permitiendo el traslado cómodo y seguro de personas con movilidad reducida, pacientes en camillas y otros usuarios con necesidades especiales. Esta mejora beneficiará a los pacientes, y también al personal médico, quienes podrán moverse con mayor rapidez y eficiencia dentro de las instalaciones, lo que en última instancia repercutirá en una atención más ágil y eficaz. El impacto positivo de estos ascensores será evidente en la mejora de la experiencia de los usuarios, y en el aumento de la capacidad operativa del hospital, lo que contribuirá al fortalecimiento del sistema de salud en Bucaramanga.

**Valor Proyecto No.2:** Ochocientos cuarenta y un millones quinientos setenta y siete mil ochocientos cuatro pesos con cincuenta y un centavos moneda corriente ($ 841.577.804,51 m/te)
**Estado de Proyecto No.2**: En ejecución.

**PROYECTOS FORMULADOS Y PRESENTADOS PARA VIGENCIA 2024:**

- **Proyecto: "ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA RED DE CENTROS DE SALUD Y UNIDADES HOSPITALARIAS DE LA E.S.E ISABU EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA."**

Con este proyecto la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, plantea adquirir equipos biomédicos tecnológicamente avanzados que cumplan con los estándares técnicos y normativos vigentes, priorizando su selección en función del estudio medico técnico de los servicios médicos más críticos y de mayor demanda, con el objetivo de garantizar una atención oportuna, segura y de alta calidad en la red de centros de salud y unidades hospitalarias pertenecientes a la institución e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo para maximizar la funcionalidad y extender la vida útil de los equipos actuales.

**Valor del Proyecto:** Dos mil novecientos sesenta y siete millones ochocientos mil pesos moneda corriente ($2,967,800,000).
**Estado de Proyecto:** Proyecto en gestión de viabilización.
**Entidad Competente:** Secretaría de Salud Departamental – Santander.

- **Proyecto: "ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA."**

Con este proyecto la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, plantea mejorar la calidad y eficiencia de la prestación de servicios de salud de alta y mediana complejidad en las Unidades Hospitalarias de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, a partir de la adquisición de los equipos biomédicos de alta y mediana complejidad, reemplazar los equipos obsoletos.

**Valor del Proyecto:** Cinco mil doscientos veintisiete millones trescientos cuarenta y siete mil pesos moneda corriente ($5.227.347.000).
**Estado de Proyecto:** Proyecto en gestión de viabilización.
**Entidad Competente:** Ministerio de Salud y Protección Social.

**PROYECTOS PLANTEADOS PARA VIGENCIA 2025:**

- **Proyecto: "ELABORACIÓN ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA EL MEJORAMIENTO Y ADECUACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA RED DE CENTROS DE SALUD Y UNIDADES HOSPITALARIAS DE LA E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA".**

Con la elaboración de estudios y diseños de preinversión se busca realizar mejoramiento y adecuaciones locativas de la infraestructura de la red de centros de salud y unidades hospitalarias de la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) buscando abordar de manera integral las deficiencias actuales del sistema de salud en la región. Estos estudios constituyen el primer paso hacia la implementación de soluciones sostenibles y estructuradas que permitan optimizar la

capacidad operativa de los centros de atención, mejorar las condiciones físicas de las instalaciones y garantizar un entorno seguro y adecuado para la prestación de servicios médicos.

A través de un análisis técnico y financiero detallado, estos estudios permitirán identificar las necesidades prioritarias de infraestructura, definir las intervenciones requeridas y proyectar estrategias que faciliten el acceso equitativo a la atención en salud. Asimismo, se busca fortalecer la red hospitalaria, minimizar las barreras geográficas y mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios, contribuyendo al bienestar de la comunidad y a la reducción de brechas en la atención médica.

**Valor Proyectado Vigencia 2025:** Quinientos millones de pesos moneda corriente ($ 500.000.000)

- **Proyecto: "ADQUISICIÓN DE UNIDADES MÓVILES PARA INCREMENTAR LA CAPACIDAD EN LA ATENCIÓN BÁSICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDA LA E.S.E. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA".**

La E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga, con la puesta en marcha de este proyecto busca mejorar, ampliar y garantizar la cobertura de servicios de salud extramurales, atendiendo directamente a las poblaciones más vulnerables y aquellas que residen en áreas de difícil acceso, donde la infraestructura sanitaria es limitada o inexistente.

Con esta dotación, se espera que las unidades móviles puedan acercar servicios especializados a las comunidades, incluyendo consultas de medicina general, vacunación, atención preventiva, seguimiento a pacientes crónicos, y diagnóstico de enfermedades comunes. Estas acciones reducirán significativamente las barreras geográficas y sociales que actualmente dificultan el acceso a la atención médica, permitiendo una cobertura más amplia y equitativa en todo el municipio de Bucaramanga y provincia de Soto Norte, y también facilitará una respuesta rápida ante emergencias o situaciones de salud pública inesperadas, como brotes de enfermedades o eventos naturales.

**Valor Proyectado Vigencia 2025:** Mil Quinientos millones de pesos moneda corriente ($ 1.500.000.000)

#### 1.1.1.5 Plan Bienal de Inversión Pública en Salud

El Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud, es un programa que incluye los proyectos de inversión formulados por las Empresas Sociales del Estado, las Alcaldías Municipales y el Departamento, destinados a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud y Protección Social determine que sean de control especial.

El Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud es elaborado por períodos de dos (2) años, de manera que coincida con el inicio y la mitad del período de gobierno del gerente de la entidad territorial respectiva y su vigencia será de dos (2) años contados a partir de su aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los recursos del Plan Bienal vienen de los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, como lo establece la Ley 1608 de 2103 en el artículo 2 numeral 4. *En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.*

Por lo anterior, la Alcaldía destinó los recursos del Plan Bienal en la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación en su red pública, que en este caso es la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga – ISABU, como lo establece la Ley 1608 de 2013.

En el Plan bienal 2024-2025 en el primer trimestre de 2024 se realizó transferencia de 9 proyectos inscritos y aprobados como inicial de proyectos en el plan bienal vigencia 2022-2023 y ajuste 2 de la misma vigencia y se inscribió una iniciativa nueva que es Reposición de la infraestructura física del centro de salud Toledo Plata de la ESE ISABU del municipio de Bucaramanga.

Tabla 13 Plan bienal 2024-2025 – Iniciativa de proyectos inscritos aprobados

PROYECTOS PLAN BIENAL
6800100701 Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Período: 2024-2025

Excel Word Texto

CAMBIAR DE PERIODO / PRESTADOR

10 registro(s) encontrado(s)

| Sede | Proyecto | Tipo de Obra | Area Infraestructura | Valor Infraestructura | Valor Dotación | Aprobado | Aprobado Redes | Aprobado Infraestructura | Periodo Anterior |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA. | 4.Refuerzo estructural | 6.000 | 7.000.000 | 0 | SI | SI | SI | 2022-2023 |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA | 3.Remodelación | 1.000 | 3.500.000 | 0 | SI | SI | SI | 2022-2023 |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | ADECUACIÓN LOCATIVA DE LOS PISOS 3 Y 4 DE LA UNIDAD HOSPITALARIA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA | 3.Remodelación | 1.350 | 4.522.500 | 0 | SI | SI | SI | 2022-2023 |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | ADQUISICIÓN DE UN TOMÓGRAFO PARA EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS EN LA SEDE HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA | | 0 | 0 | 2.500.000 | SI | SI | SI | 2022-2023 - Ajuste 2 |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | REPOSICIÓN DE LOS ASCENSORES DE LA SEDE HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA ESE INSTITUTO SALUD DE BUCARAMANGA | 5.Equipamiento fijo | 222 | 730.000 | 0 | SI | SI | SI | 2022-2023 - Ajuste 2 |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE LA SEDE HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA | | 0 | 0 | 4.861.685 | SI | SI | SI | 2022-2023 - Ajuste 2 |
| UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA | REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA UIMIST DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA. | 1.Obra nueva | 13.000 | 52.000.000 | 0 | SI | SI | SI | 2022-2023 - Ajuste 2 |
| Centro de salud El Rosario | AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD EL ROSARIO DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA | 2.Ampliación | 980 | 3.200.000 | 0 | SI | SI | SI | 2022-2023 - Ajuste 2 |
| CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA | REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA DE LA ESE ISABU DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA | 1.Obra nueva | 1.900 | 6.175.000 | 0 | SI | SI | SI | |
| Centro de Salud Morrorrico | REPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL CENTRO DE SALUD MORRORICO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA | 1.Obra nueva | 755 | 2.265.000 | 0 | SI | SI | SI | 2022-2023 |

Fuente Plataforma Plan Bienal 2024-2025

En el tercer trimestre se realizó inscripción de tres (3) iniciativas de proyectos de inversión en el Plan bienal 2024-2025 Ajuste 1, actualmente se encuentra en fase de aprobación y cuenta con concepto favorable por redes y acta del Consejo Territorial de Salud Acta No.73 de 30 de septiembre de 2024.

Tabla 14 Plan bienal 2024-2025 – Ajuste 1: Iniciativa de proyectos inscritos en fase de aprobación

PROYECTOS PLAN BIENAL
6800100701 Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Período: 2024-2025 - Ajuste 1

Excel Word Texto

CAMBIAR DE PERIODO / PRESTADOR

3 registro(s) encontrado(s)

| Sede | Proyecto | Tipo de Obra | Area Infraestructura | Valor Infraestructura | Valor Dotación | Aprobado | Aprobado Redes | Aprobado Infraestructura | Periodo Anterior |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Ampliación y Remodelación del primer y segundo nivel del Hospital Local del Norte de la E.S.E Instituto de Salud de Bucaramanga. | 2.Ampliación | 1.200 | 3.562.500 | 0 | SI | SI | SI | |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Implementación de un sistema de energía solar en el Hospital Local del Norte de la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga | 7. Adecuación | 990 | 1.336.500 | 0 | SI | SI | SI | |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Dotación de equipos Biomédicos para la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga. | | 0 | 0 | 5.227.347 | SI | SI | SI | |

Fuente Plataforma Plan Bienal 2024-2025

Por otra parte, se realizó en la plataforma del Plan bienal el seguimiento del primer semestre de 2024 de las iniciativas de proyectos aprobados, con los resultados que a continuación se presentan.

Tabla 15 Seguimiento Plan bienal 2024-2025

| Nombre sede | Nombre proyecto | tipo obra | infraestructura | Área | Infraestructura | Grupo de dotación | Dotación valor (en miles) | Estado proyecto año 1 semestre 2 | Observaciones año 1 semestre 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO DE SALUD EL ROSARIO | ampliación y remodelación de la infraestructura física del centro de salud el rosario de la Ese Instituto de Salud de Bucaramanga | 2.Ampliación | Otros | 980 | 3200000 | | 0 | 1. Proyecto no iniciado | La ESE ISABU se encuentra realizando actualización del estudio de oferta y demanda para realizar la actualización de la capacidad instalada que se ajuste al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red Departamental de servicios de salud de Santander - PTRRM vigente desde el 24 de septiembre de 2024. |
| CENTRO DE SALUD MORRORICO | Reposición de la infraestructura física del centro de Salud Morrorico del municipio de Bucaramanga | 1.Obra nueva | Otros | 755 | 2265000 | | 0 | 5. Proyecto que no se realizara | A la fecha no se cuenta con un predio propio para llevar a cabo el proyecto. |
| CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA | Reposición de la infraestructura física del centro de salud Toledo Plata de la ESE ISABU del municipio de Bucaramanga | 1.Obra nueva | Otros | 1900 | 6175000 | | 0 | 1. Proyecto no iniciado | La ESE ISABU se encuentra gestionando el proceso de titulación del predio donde actualmente se encuentra ubicado el Centro de Salud Toledo Plata. |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Reforzamiento estructural de la infraestructura del hospital local del norte del municipio de Bucaramanga. | 4.Refuerzo estructural | Otros | 6000 | 7000000 | | 0 | 1. Proyecto no iniciado | Proyecto que requiere contar con el estudio de vulnerabilidad y patología, por lo anterior en la construcción del Plan de desarrollo Municipal se incluyó en la meta No.198 "Realizar tres estudios de preinversión". |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Remodelación y ampliación del servicio de urgencias del Hospital Local del Norte del municipio de Bucaramanga | 3.Remodelación | Otros | 1000 | 3500000 | | 0 | 1. Proyecto no iniciado | Proyecto que requiere contar con el estudio de vulnerabilidad y patología, por lo anterior se está gestionando los recursos con el municipio de Bucaramanga para la realización de la consultoría del estudio, en la |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | cual se incluyó en la construcción del Plan de desarrollo Municipal se incluyó en la meta No.198 "Realizar tres estudios de preinversión" de acuerdo a este estudio se llevará a cabo el proceso del proyecto. |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Adecuación locativa de los pisos 3 y 4 de la unidad hospitalaria Hospital Local del Norte del municipio de Bucaramanga | 3.Remodelación | Grupo 4 | 1350 | 4522500 | | 0 | 1. Proyecto no iniciado | Proyecto que requiere contar con el estudio de vulnerabilidad y patología, por lo anterior se está gestionando los recursos con el municipio de Bucaramanga para la realización de la consultoría del estudio, en la cual se incluyó en la construcción del Plan de desarrollo Municipal se incluyó en la meta No.198 "Realizar tres estudios de preinversión" de acuerdo con este estudio se llevará a cabo el proceso del proyecto. |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Adquisición de un tomógrafo para el servicio de imágenes diagnósticas en la sede Hospital Local del Norte de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga | | | 0 | 0 | Grupo 3 | 2500000 | 5. Proyecto que no se realizara | Proyecto que no se realizará porque se incluyó en el Proyecto Dotación de equipos Biomédicos para la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga en Plan Bienal 2024-2025 Ajuste 1, lo anterior por dos razones: 1. Por costos y especificaciones del equipo biomédico es más económico de acuerdo con el nivel de complejidad de la ESE y a lo aprobado y permitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, 2. Por facilidad de presentar un único proyecto de dotación para la ESE ISABU. |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Reposición de los ascensores de la sede Hospital Local del Norte del ESE instituto salud de Bucaramanga | 5.Equipamiento fijo | Otros | 222 | 730000 | | 0 | 2. Proyecto en ejecución | La ESE ISABU realizó la actualización del concepto técnico de viabilidad ante la Secretaria de Salud Departamental, se radicó proyecto en el banco de proyectos de inversión municipal y se firmó el convenio interadministrativo SS-CINTER-280-2024 con |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | objeto CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ESE ISABU CON EL PROPOSITO DE ADQUIRIR, INSTALAR Y PUESTA EN MARCHA DE DOS ASCENSORES UBICADOS EN EL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE entre la Alcaldía de Bucaramanga y la ESE ISABU, suscrito el 27 de diciembre de 2024 por un valor de $794.536.952 pesos. |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Adquisición de equipos biomédicos para la prestación de servicios de mediana complejidad de la sede Hospital Local del Norte de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga | | | 0 | 0 | Grupo 3<br>Grupo 5<br>Grupo 8 | 4861685 | 4. Proyecto terminado | La Alcaldía de Bucaramanga y la ESE ISABU realizó liquidación del convenio interadministrativo No. 359 de 2022 el día 27 de noviembre de 2024, donde se ejecutó $4.504.697.352 pesos. Se deja constancia en el acta de liquidación que la entidad ESE ISABU hizo la devolución de los rendimientos financieros y Recursos no ejecutados mediante consignación en el Banco Davivienda en las fechas 27/05/2024 y 04/06/2024 por medio de las transferencias No. 852611 y 48642076 por un valor de $775.099.561,14 correspondiente a la siguiente descripción $317.311.586,88 de recursos no ejecutados y $457.787.974,26 de rendimientos generados durante el convenio. |
| UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA | Reposición de la infraestructura física de la unidad hospitalaria UIMIST de la ESE Instituto de | 1.Obra nueva | Otros | 13000 | 52000000 | | 0 | 1. Proyecto no iniciado | La ESE ISABU recibió visita por parte del Ministerio de salud y Protección Social, el cual recomendó solicitar el desenglobe del predio porque actualmente tiene uso compartido con entidad |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Salud de Bucaramanga. | | | | | | | | educativa y se solicitó actualizar la capacidad instalada Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red Departamental de servicios de salud de Santander - PTRRM. De igual forma se está realizando mesas de trabajo con la secretaria de Infraestructura con la finalidad de definir la acción a seguir con relación a la consultoría de los diseños del proyecto que adelanta la alcaldía de Bucaramanga. |

Fuente Plan bienal 2024-2025

Grupo 3: Servicios de radiología e imágenes diagnósticas de Mediana y alta complejidad.

Grupo 5: Servicios de obstetricia mediana y alta complejidad.

Grupo 8: Cirugía ortopédica

Tabla 16 Seguimiento Plan bienal 2024-2025 - Ajuste 1

| Nombre sede | Nombre proyecto | tipo obra | infraestructura | Área | Infraestructura | Grupo de dotación | Dotación valor (en miles) | Estado proyecto año 1 semestre 1 | Observaciones año 1 semestre 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Ampliación y Remodelación del primer y segundo nivel del Hospital Local del Norte de la E.S.E Instituto de Salud de Bucaramanga. | 2.Ampliación | Otros | 1200 | 3562500 | | 0 | 1. Proyecto no iniciado | La ESE ISABU solicitó en el mes de noviembre de 2024 a la secretaria de Planeación Municipal la norma urbana con el fin de establecer las áreas a ampliar en el polígono del Hospital Local del Norte, a la espera de la respuesta. |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Implementación de un sistema de energía solar en el Hospital Local del Norte de la E.S.E. Instituto de | 7. Adecuación | Otros | 990 | 1336500 | | 0 | 2. Proyecto en ejecución | La ESE ISABU se encuentra adelantando el estudio de costos (Estudio de prefactibilidad) y análisis de posibles alternativas de elementos a |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Salud de Bucaramanga | | | | | | | | implementar en sistemas de energía solar. |
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Dotación de equipos Biomédicos para la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga. | | | 0 | 0 | Grupo 3 Grupo 5 Grupo 8 | 5227347 | 1. Proyecto no iniciado | La ESE ISABU cuenta con borrador del Estudio Médico Técnico y estudio de mercado y se encuentra en mesas de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social para la revisión y posterior radicación del proyecto. |

Fuente Plan bienal 2024-2025 – Ajuste 1

Grupo 3: Servicios de radiología e imágenes diagnósticas de Mediana y alta complejidad.
Grupo 5: Servicios de obstetricia mediana y alta complejidad.
Grupo 8: Cirugía ortopédica

## 1.2 CALIDAD Y AUDITORIA

## SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

### Actualización mapa de procesos institucional

Ilustración 6 Mapa de procesos

Fuente Pagina web ISABU

En la vigencia 2024 se llevó a cabo la actualización del mapa de procesos institucional realizando ajuste en los procesos identificados realizando la inclusión como nuevos procesos: Gestión directiva en el macroproceso estratégico y convenios docencia servicio en el macroproceso misional. Así mismo se realizó una nueva diagramación con la modificación de la imagen corporativa.

**Documentos codificados 2024-2023**

La ESE ISABU mantiene una revisión y actualización permanente de la pirámide documental de acuerdo con cambios normativos o modificación de los procesos. Por eso en la vigencia evaluada se realizaron ajustes y modificaciones en los procesos, así:

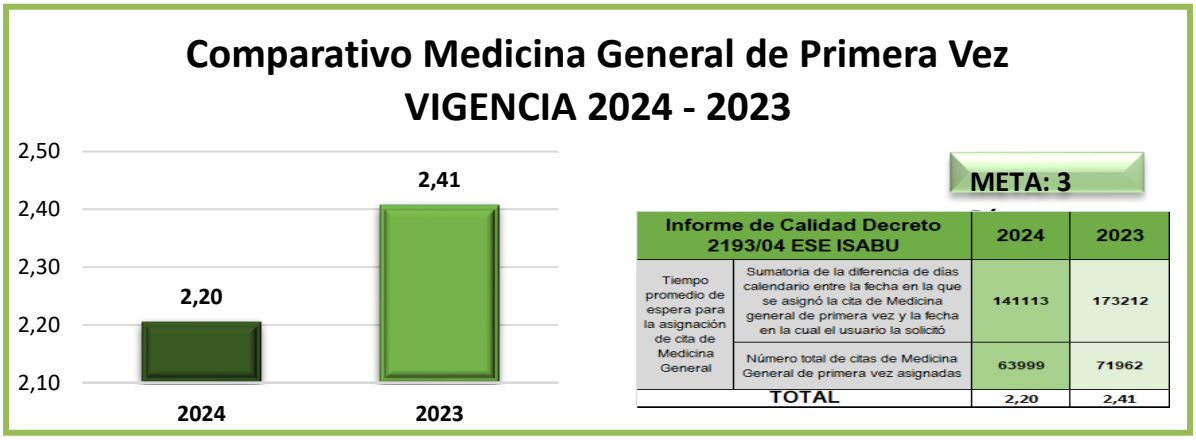
Tabla 17 Listado documentos codificados

| DOCUMENTOS CODIFICADOS | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| GESTIÓN DE CALIDAD | 74 | 145 |
| GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | 18 | 47 |
| GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | 19 | 83 |
| GESTIÓN FINANCIERA | 28 | 8 |
| GESTIÓN DE TALENTO HUMANO | 49 | 67 |
| GESTIÓN JURÍDICA | 14 | 25 |
| APOYO TERAPÉUTICO | 47 | 17 |
| ATENCIÓN AL USUARIO | 8 | 33 |
| GESTIÓN DE LAS TICS | 30 | 81 |
| GESTIÓN DOCUMENTAL | 14 | 10 |
| APOYO DIAGNOSTICO | 22 | 7 |
| URGENCIAS | 31 | 10 |
| INTERNACIÓN | 20 | 31 |
| CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS | 61 | 57 |
| SALUD PUBLICA | 37 | 49 |
| ATENCIÓN AMBULATORIOS | 20 | 44 |
| GESTIÓN DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO | 1 | 0 |
| GESTIÓN DIRECTIVA | 0 | 1 |
| GESTIÓN DE CONTROL INTERNO | 0 | 8 |
| **TOTAL** | **493** | **723** |

Fuente Oficina de Calidad

## SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN – INDICADORES DE OPORTUNIDAD

**Indicador oportunidad consulta de primera vez medicina general**



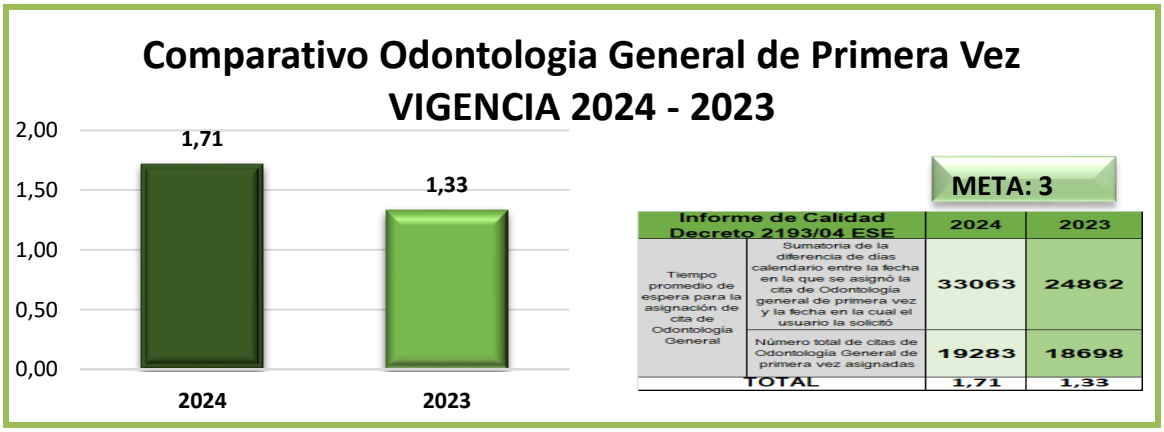

| Informe de Calidad Decreto 2193/04 ESE ISABU | | 2024 | 2023 |
|---|---|---|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó | 141113 | 173212 |
| | Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas | 63999 | 71962 |
| TOTAL | | 2,20 | 2,41 |

Fuente Oficina de Calidad

El indicador de oportunidad en medicina general de primera vez se mantuvo dentro del rango permitido para las vigencias 2023 y 2024. Dentro de las estrategias implementadas para mantener el indicador con un tiempo de espera óptimo, se enumeran las siguientes:

- Asignación de médico satélite
- Revisión diaria de la agenda por parte de las directoras técnicas
- Monitoreo semanal de la oportunidad por centro de salud por parte de la oficina de calidad
- Reemplazo de inasistentes
- Apoyo con los convenios docencia-servicio

**Indicador oportunidad consulta de primera vez odontología**

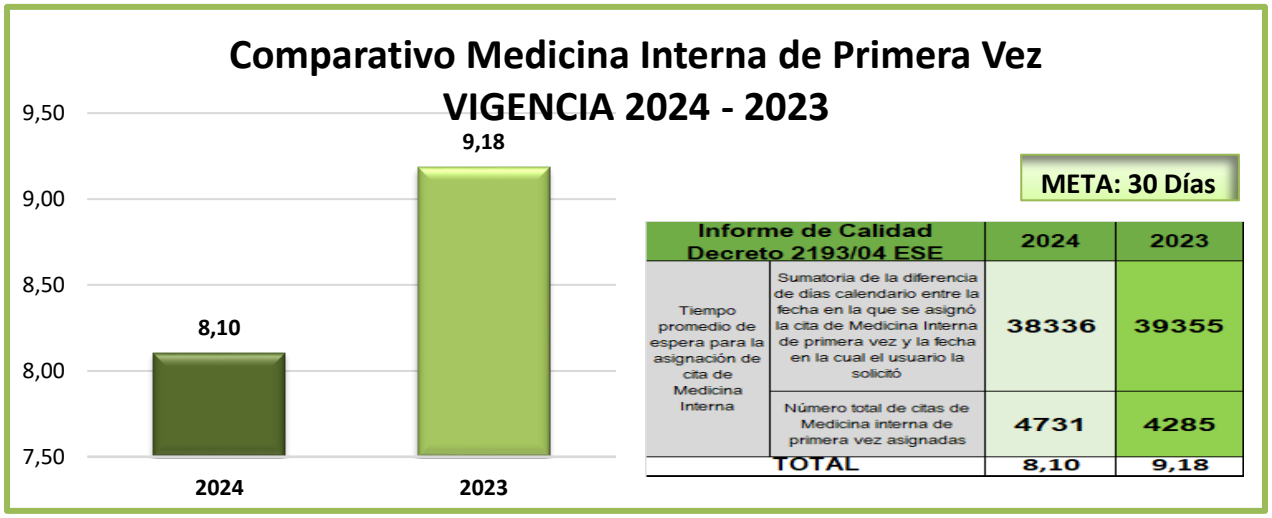



| Informe de Calidad Decreto 2193/04 ESE | | 2024 | 2023 |
|---|---|---|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontologia General | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontologia general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó | 33063 | 24862 |
| | Número total de citas de Odontologia General de primera vez asignadas | 19283 | 18698 |
| TOTAL | | 1,71 | 1,33 |

Fuente Oficina de Calidad

El indicador de oportunidad de consulta de primera vez odontología presenta un resultado óptimo, manteniéndose dentro del rango permitido para las vigencias 2023 y 2024. Para mantener el indicador en el rango óptimo, se implementaron estrategias como el seguimiento diario del agendamiento por parte de la coordinadora de odontología y revisión de inasistentes para reemplazar las citas.

**Indicador oportunidad consulta de primera vez medicina interna**

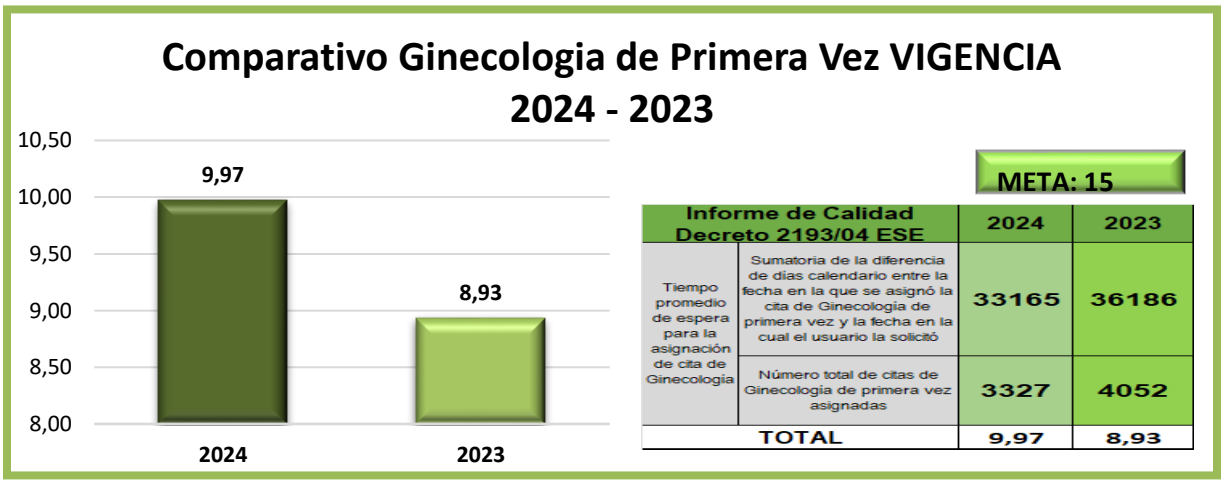



| Informe de Calidad Decreto 2193/04 ESE | | 2024 | 2023 |
|---|---|---|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó | 38336 | 39355 |
| | Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas | 4731 | 4285 |
| TOTAL | | 8,10 | 9,18 |

Fuente Oficina de Calidad

El indicador de oportunidad de consulta de primera vez de medicina interna presenta un comportamiento óptimo en las vigencias 2023 y 2024.

**Indicador oportunidad consulta de primera vez ginecología**



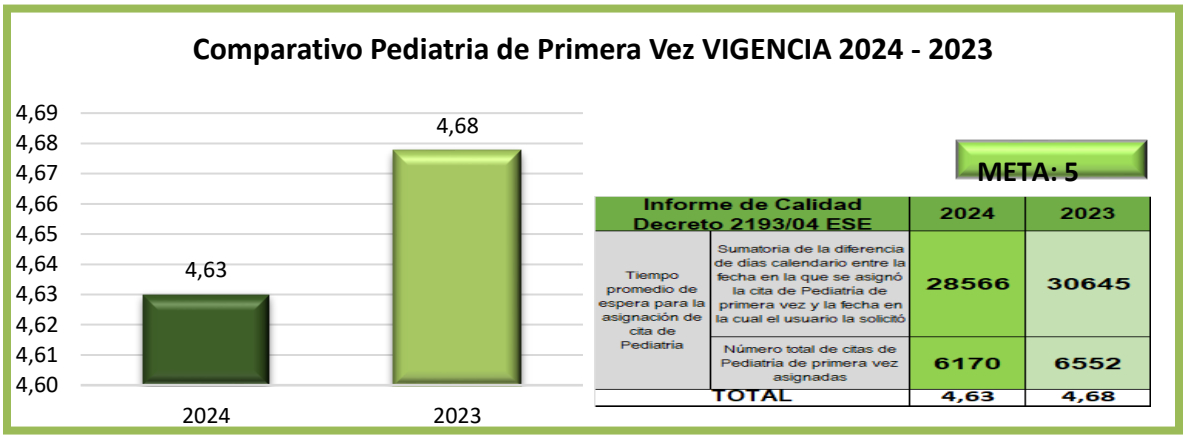

| Informe de Calidad Decreto 2193/04 ESE | | 2024 | 2023 |
|---|---|---|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Ginecología de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó | 33165 | 36186 |
| | Número total de citas de Ginecología de primera vez asignadas | 3327 | 4052 |
| TOTAL | | 9,97 | 8,93 |

Fuente Oficina de Calidad

El indicador de oportunidad de consulta de primera vez de ginecología presenta un comportamiento óptimo para las

vigencias 2023 y 2024.
Entre las estrategias implementadas, se encuentra el apoyo con los convenios docencia-servicio.

**Indicador oportunidad en la consulta de primera vez pediatría**

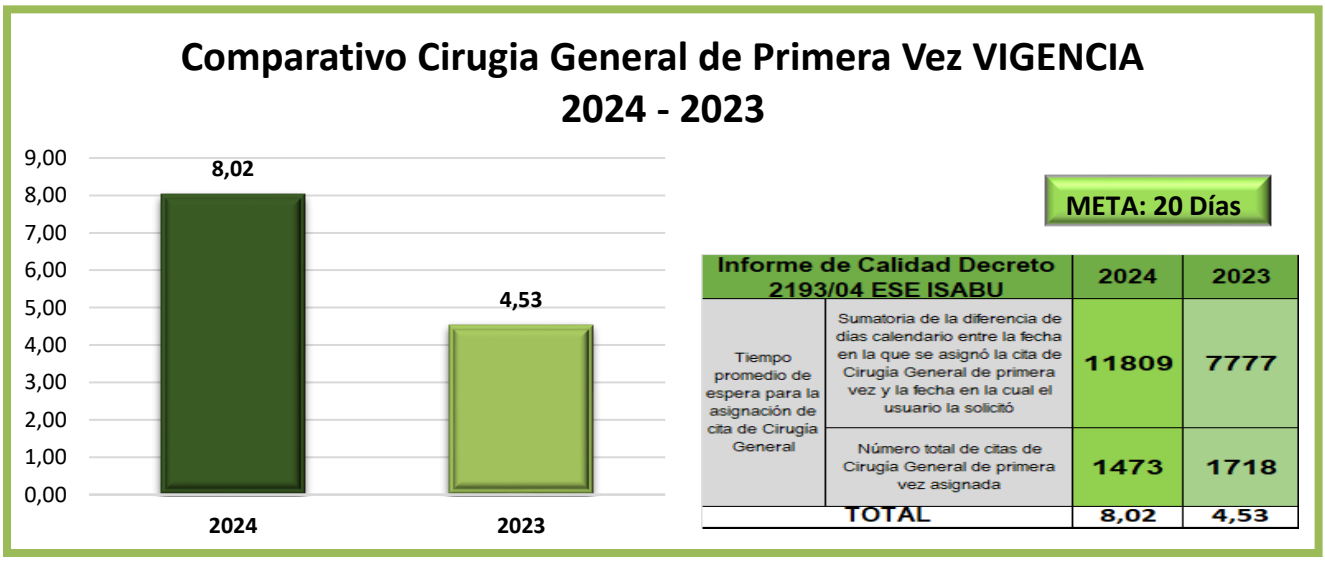



| Informe de Calidad Decreto 2193/04 ESE | | 2024 | 2023 |
|---|---|---|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatria | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatria de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó | 28566 | 30645 |
| | Número total de citas de Pediatria de primera vez asignadas | 6170 | 6552 |
| TOTAL | | 4,63 | 4,68 |

Fuente Oficina de Calidad

El indicador de Oportunidad de consulta de primera vez de pediatría presenta un comportamiento óptimo por debajo de 5 días de acuerdo con la normatividad vigente.

**Indicador oportunidad en la consulta de primera vez cirugía general**

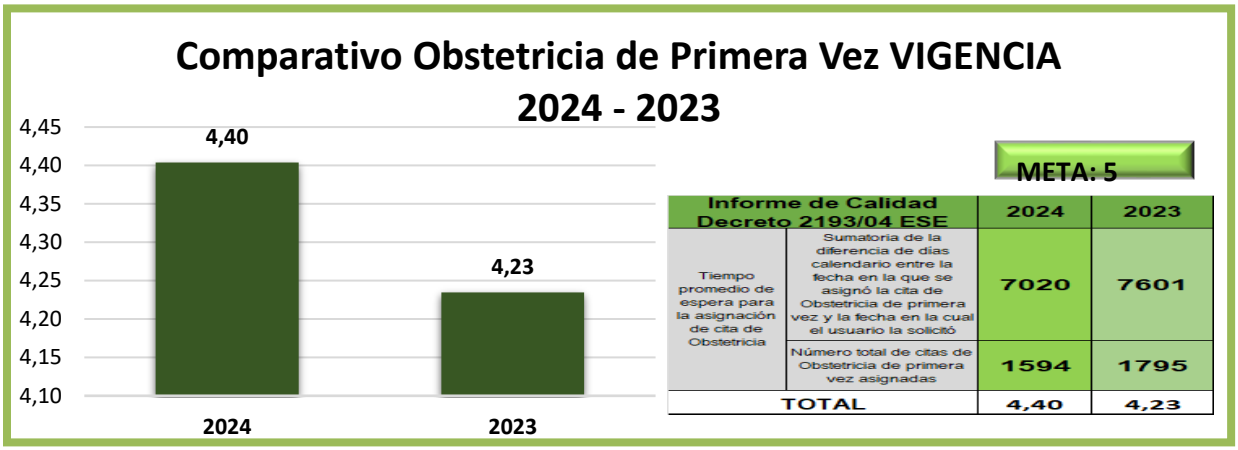



| Informe de Calidad Decreto 2193/04 ESE ISABU | | 2024 | 2023 |
|---|---|---|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugia General | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Cirugia General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó | 11809 | 7777 |
| | Número total de citas de Cirugia General de primera vez asignada | 1473 | 1718 |
| TOTAL | | 8,02 | 4,53 |

Fuente Oficina de Calidad

El indicador de oportunidad en consulta de cirugía general presenta un resultado, teniendo en cuenta que la meta establecida es de 20 días. Lo que demuestra la amplia oferta que tiene este servicio.

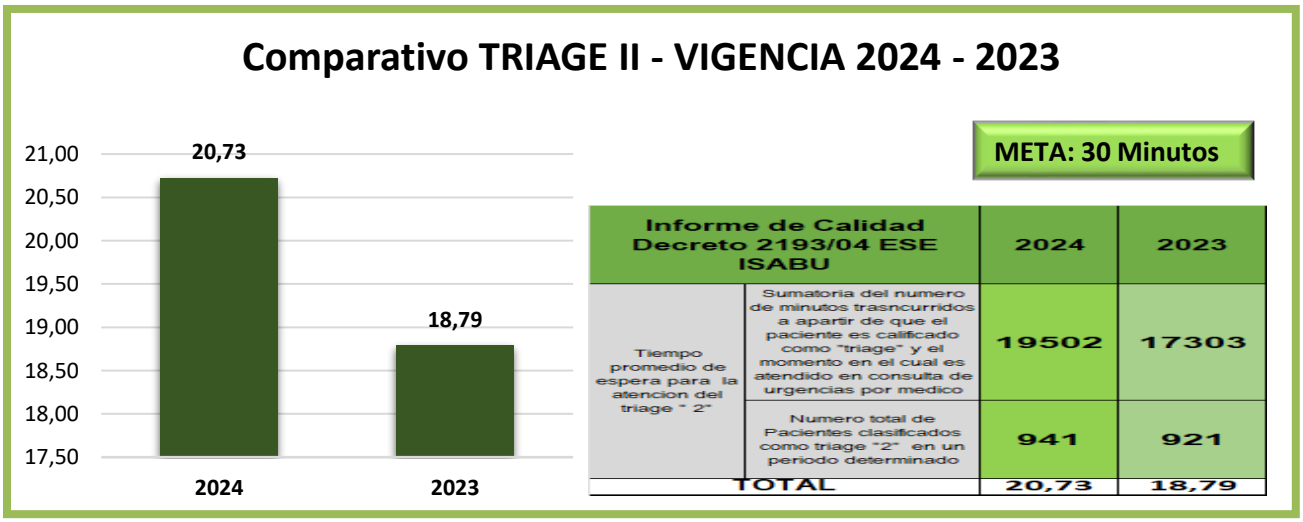
**Indicador oportunidad en la consulta de primera vez de obstetricia**




Fuente Oficina de Calidad

El indicador de oportunidad en consulta de Obstetricia presenta un resultado óptimo, teniendo en cuenta la meta establecida. Lo que demuestra la amplia oferta que tiene este servicio.

**Indicador tiempo de espera Triage II**




Fuente Oficina de Calidad

El indicador de tiempo de espera Triage II se mantuvo dentro del tiempo de espera permitida de acuerdo a la normatividad vigente.

## SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

En la vigencia 2024, se realizó autoevaluación de estándares de habilitación a las 24 sedes y servicios de acuerdo con el

cronograma dando el cumplimiento al 100%, así generando autocontrol y desarrollando planes de mejoramiento con el fin de cumplir con la Resolución 3100 de 2019 en pro de la mejora continua. Los centros de salud y servicios auditados por parte de la profesional de habilitación de la ESE ISABU fueron:

Tabla 18 Visitas programadas Autoevaluación

| Autoevaluación | Sede/ Servicio | |
|---|---|---|
| RED CENTROS DE SALUD | Colorados | Morrorrico |
| | Café Madrid | Rosario |
| | Kennedy | Concordia |
| | Villa rosa | Mutis |
| | Regaderos | Campo Hermoso |
| | IPC | Joya |
| | San Rafael | Bucaramanga |
| | Gaitán | Pablo VI |
| | Santander | Toledo Plata |
| | Girardot | Libertad |
| | Comuneros | Cristal |
| UNIDADES HOSPITALARIAS | **Hospital Local del Norte** | **Unidad Materno Infantil Santa Teresita- UIMIST** |
| | Consulta externa | Consulta Externa |
| | Farmacia | Laboratorio |
| | Laboratorio | Radiología |
| | Radiología | Farmacia |
| | Urgencias | Urgencias |
| | Hospitalización | Partos |
| | Transporte asistencial | Hospitalización |
| | Sala de Partos | |
| | Cirugía | |

Fuente Oficina de Calidad

**Novedades REPS**

Durante la vigencia se realizaron novedades según el modelo de red y el nivel de complejidad en los diferentes centros de salud y Unidades Hospitalarias, generando la actualización del portafolio de servicios y la autoevaluación de los servicios de salud en la plataforma REPS del ministerio. Actualmente la ESE ISABU tiene todos los servicios habilitados, declarados y actualizados ante la plataforma REPS del Ministerio de salud y protección social.

**Camas habilitadas hospital local del norte 2023-2024**

Tabla 19 Cantidad camas HLN

| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | | |
|---|---|---|
| CAMAS | REPS 2023 | REPS 2024 |
| PEDIATRÍA | 8 | 8 |

| | | |
|---|---|---|
| ADULTOS | 49 | 56 |
| **TOTAL** | **57** | **64** |

Fuente Oficina de Calidad

Durante el año 2024 dando respuesta ante la demanda de la población en el servicio de hospitalización en la ESE ISABU genero un plan de expansión en el Hospital local del Norte, garantizando la prestación del servicio con calidad, seguridad y humanización.

**Camas habilitadas UIMIST 2023-2024**

Tabla 20 Camas habilitadas UIMIST

| **UIMIST** | | |
|---|---|---|
| **CAMAS** | **2023** | **2024** |
| PEDIATRÍA | 21 | 21 |
| ADULTOS | 5 | 1 |
| **TOTAL** | **26** | **22** |

Fuente Oficina de Calidad

Para el caso de UIMIST se hizo fue redistribuir las camas en el servicio de hospitalización.

## PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUA DE LA CALIDAD – PAMEC

El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, es una herramienta que permite trabajar en la mejora continua a través de la autoevaluación de los estándares de acreditación, aplicando la resolución 5095 del 2018 y resolución 1328 del 2021.

**Cumplimiento de PAMEC 2024-2023**

Tabla 21 Cumplimiento PAMEC 2024

| **CUMPLIMIENTO PAMEC 2024** | | | **CUMPLIMIENTO PAMEC 2023** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TOTAL ACCIONES FORMULADAS 2024** | **TOTAL ACCIONES EJECUTADAS 2024** | **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO** | **TOTAL ACCIONES FORMULADAS 2023** | **TOTAL ACCIONES EJECUTADAS 2023** | **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO** |
| **204** | **204** | **100%** | **247** | **247** | **100%** |

Fuente Oficina de Calidad

Como se puede evidenciar en las dos vigencias se logró un cumplimiento del 100% de las acciones de mejora planteadas, lo que demuestra el compromiso del personal por la mejora de los procesos.

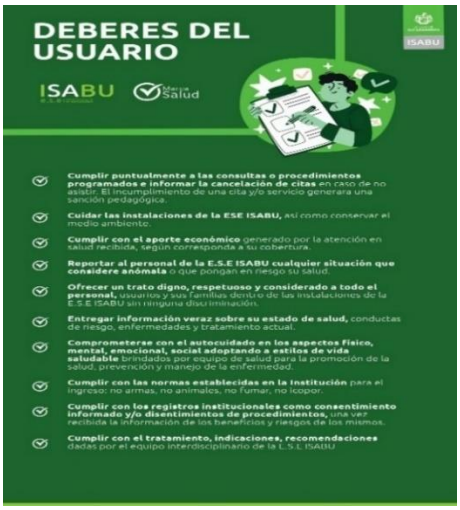
## PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

### Estrategia: "ISABU con Derechos y Deberes"

Durante vigencia 2024 desde la oficina de atención al usuario y el programa de humanización, desarrollo el despliegue y socialización de Derechos y Deberes de los usuarios al 95% (584) de los colaboradores de las Unidades Hospitalarias y Red de Centros de salud y en los diferentes servicios a nuestros usuarios logrando impactar a 9.870 usuarios.

De igual manera la actualización en la página web. https://isabu.gov.co/transparencia/derechos-y-deberes/

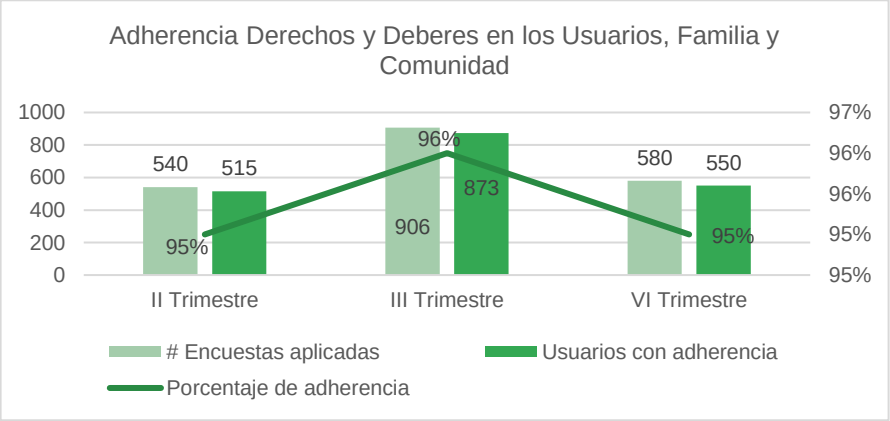
Ilustración 7 Decálogo de Derechos y Deberes




Fuente Oficina Calidad - programa Humanización

Además de lo anterior, se desarrolló la medición de adherencia de conocimiento de los usuarios en el servicio de consulta externa de las diferentes sedes ambulatorias y hospitalarias con el fin de identificar si los usuarios están utilizando, aplicando efectivamente la información que se les ha proporcionado y si están cumpliendo con las expectativas de aprendizaje; logrando impactar a 2.026 usuarios y obteniendo un 96% (1.938 usuarios) de adherencia a los derechos y deberes de los usuarios.

Ilustración 8 Resultado Adherencia Derechos y Deberes



Fuente Oficina de Calidad

| Datos | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|
| # Encuestas aplicadas | 540 | 906 | 580 |
| Usuarios con adherencia | 515 | 873 | 550 |
| Porcentaje de adherencia | 95% | 96% | 95% |

Fuente Oficina de Calidad

**Estrategia: "ISABU en la atención en salud"**

Durante el 2024 Se desarrolló "Semana de la mejora continua" donde se intervinieron 317 colaboradores de los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias, dando despliegue del Manual atención prioritaria con enfoque diferencial. De igual manera en los diferentes grupos primarios de unidades hospitalarias se logró intervenir a 236 colaboradores obteniendo el 96.4% de adherencia de conocimiento.

Ilustración 9 Archivo fotográfico actividades

Fuente Oficina Calidad

Curso virtual basado en el Manual Atención Prioritaria con Enfoque Diferencial en la plataforma Google Classroom, cuyo objetivo es mejorar y medir el conocimiento, aplicabilidad de manera didáctica en los diferentes procesos de atención; obteniendo la participación y culminación de 71 colaboradores de los servicios de Urgencias y hospitalización de unidades hospitalarias, fomentando una atención sin discriminación y humanizada para nuestros usuarios en la ESE ISABU. Logrando una adherencia al curso del 85% durante la vigencia 2024.

**Lengua de señas colombiana**

**Nivel I**

**Nivel I**

**Nivel II**

En la vigencia 2024 en convenio con la Universidad de Santander UDES se finalizó satisfactoriamente la formación en modalidad virtual del curso de Lengua de señas colombiana nivel I y nivel II, otorgando así la certificación a 23 colaboradores en el nivel I y 13 colaboradores en el nivel II pertenecientes de las diferentes áreas administrativas, asistenciales de la Red de centros de salud y Unidades hospitalarias; involucrados en el proceso de atención de los usuarios con discapacidad auditiva, inclusión y disminución de barreras de acceso en la institución.

**Ambientes Humanizados**

Durante la vigencia 2023-2024 se adecuaron barreras fisicas moviles en el servicio de consulta externa de los diferentes Red centros de salud y en el servicio de hospitalización de las unidades hospitalarias: Hospital Local del Norte y UIMIST garantizando la privacidad e intimidad de los usuarios durante su estancia hospitalaria.
**Estrategia: "ISABU materno"**

Fuente Hospital Local del Norte - Isabu Materno

- **Pasadía- Parto Humanizado y respetado una experiencia de parto positiva**

Durante la vigencia 2024 se recibió la visita de 177 gestantes junto a su familia, realizando un recorrido por sala de parto, sala de la lactancia, conociendo la ruta materno perinatal que van a llevar en su proceso de tener sus bebes, el equipo interdisciplinario que las atenderá y equipos biomédicos con los que cuenta la institución para realizar su trabajo de parto.

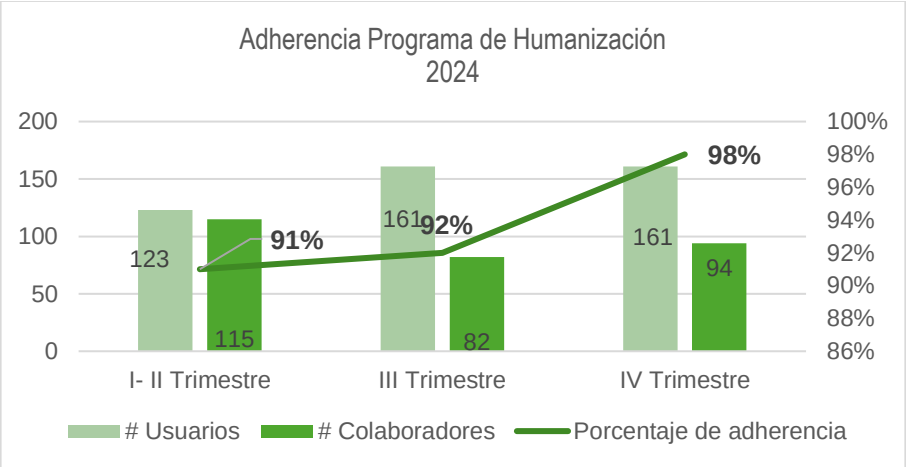
Fuente Hospital Local del Norte - Parto Humanizado

Esta experiencia de parto positivo que pueden vivir nuestras gestantes donde se identificaran las experiencias, preocupaciones y temores, normales durante esta etapa del embarazo en torno a la atención del parto.

**RONDAS DE HUMANIZACIÓN**

Durante la vigencia 2024, se dio cumplimiento del 100% al cronograma de rondas de humanización, en la cual se intervinieron a 445 usuarios y a 291 colaboradores obteniendo un porcentaje de cumplimiento de 94% de satisfacción de los usuarios por el trato humanizado, atención de calidad por parte de los colaboradores.

Ilustración 10 Programa Humanización




Fuente Oficina de Calidad – Programa de Humanización

| Datos | I- II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|
| # Usuarios | 123 | 161 | 161 |
| # Colaboradores | 115 | 82 | 94 |
| Porcentaje de adherencia | 91% | 92% | 98% |

Fuente Oficina de Calidad – Programa de Humanización

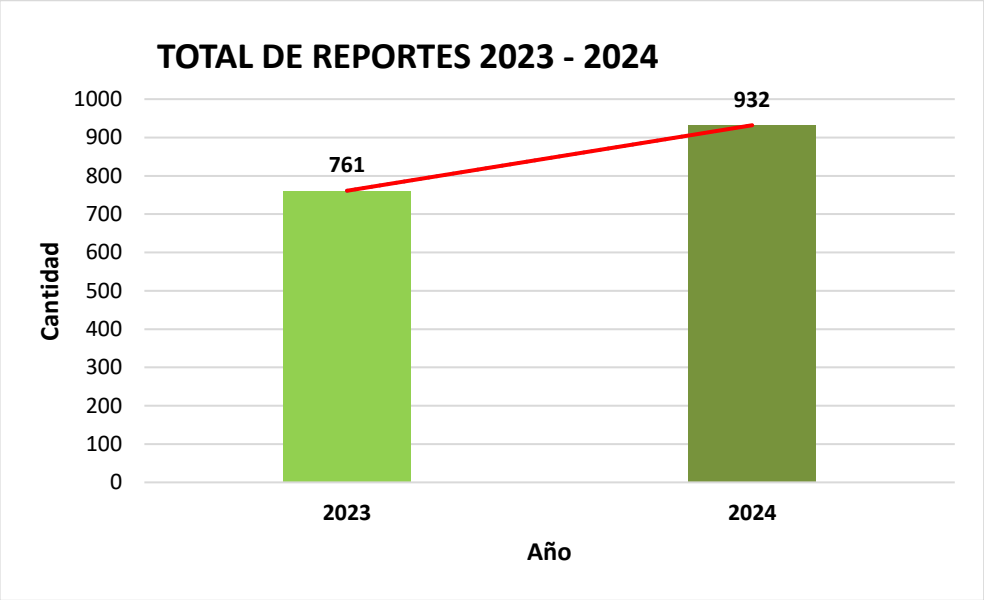
## PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Gestión de Reporte y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos Total de Reportes Recibidos 2023 – 2024**

El programa de seguridad del paciente ha identificado un incremento significativo en los sucesos reportados entre los períodos 2023 y 2024, con un notable aumento del 22,4% durante el año 2024 en comparación con el anterior. Este aumento se atribuye a la mejora en el seguimiento de los casos y a la capacitación continua en la cultura del reporte.

**TABLA TOTAL DE REPORTES RECIBIDOS 2023 – 2024**

Ilustración 11 Seguimiento Incidentes y Eventos Adversos Seguridad del Paciente




Fuente Oficina de Calidad

**Clasificación del reporte 2023 – 2024**

En seguridad del paciente se realiza la clasificación de los reportes recibidos evidenciando un aumento según la clasificación:

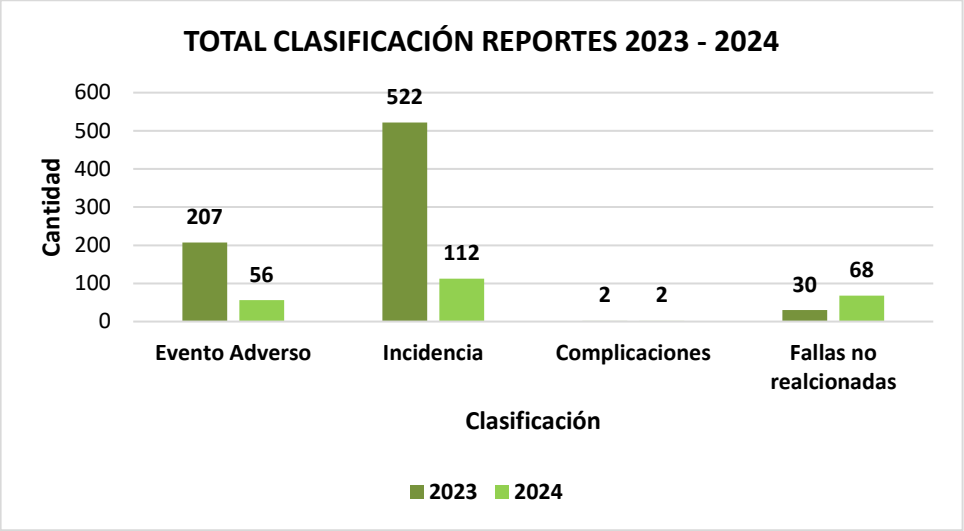
❖ **Eventos adversos:** En comparación con el 2024, se observa una disminución del 73,2% lo que refleja una mayor adherencia a los protocolos institucionales y las oportunidades de mejora identificadas tras la ocurrencia de un evento adverso.

❖ **Incidentes:** Incidentes: en comparación con el 2024, se tiene una disminución del 78.58**%**, evidenciando la adherencia por parte del personal a los protocolos institucionales.

❖ **Complicaciones:** En el 2024 se presentaron dos reportes que al realizar la investigación se clasifican como complicaciones dado que se identificó que fue proceso natural de la enfermedad de base del paciente.

❖ **Fallas no relacionadas:** Fallas no relacionadas: Las fallas no relacionadas reportadas durante el período 2023 se refieren principalmente a errores identificados en el sistema; sin embargo, es importante destacar que estos no guardan relación con la atención en salud del paciente.

Ilustración 12 Seguimiento Incidentes y Eventos Adversos Seguridad del Paciente




Fuente Oficina de Calidad

**Eventos Adversos de Mayor Incidencia 2023 – 2024**

El programa de seguridad del paciente dentro de los reportes recibidos y la búsqueda activa realizada se alcanzó un aumento significativo dúrate el periodo 2024; los principales eventos identificados fueron:

❖ **FLEBITIS:** Este evento ha experimentado un aumento significativo del 51% en su identificación en comparación con 2023. Para abordar esta situación, se implementaron las campañas “SALVAR VIDAS ESTÁN EN TUS MANOS”, enfocadas en fortalecer las prácticas de inserción, mantenimiento y retiro del acceso vascular periférico. Estas acciones han contribuido a reducir la incidencia de flebitis, mejorando así la atención y seguridad de los pacientes.

❖ **INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO:** Durante el 2023 se llevaron a cabo las campañas **"**MANOS SEGURAS" y "MANOS QUE SALVAN", mientras que en 2024 se implementaron las campañas "ISABU SIN IASS" y "SALVAR VIDAS ESTÁN EN TUS MANOS". Estas iniciativas tuvieron como objetivo principal fortalecer la higiene de manos en el entorno quirúrgico, lo que contribuyó significativamente a la reducción de infecciones del sitio operatorio.

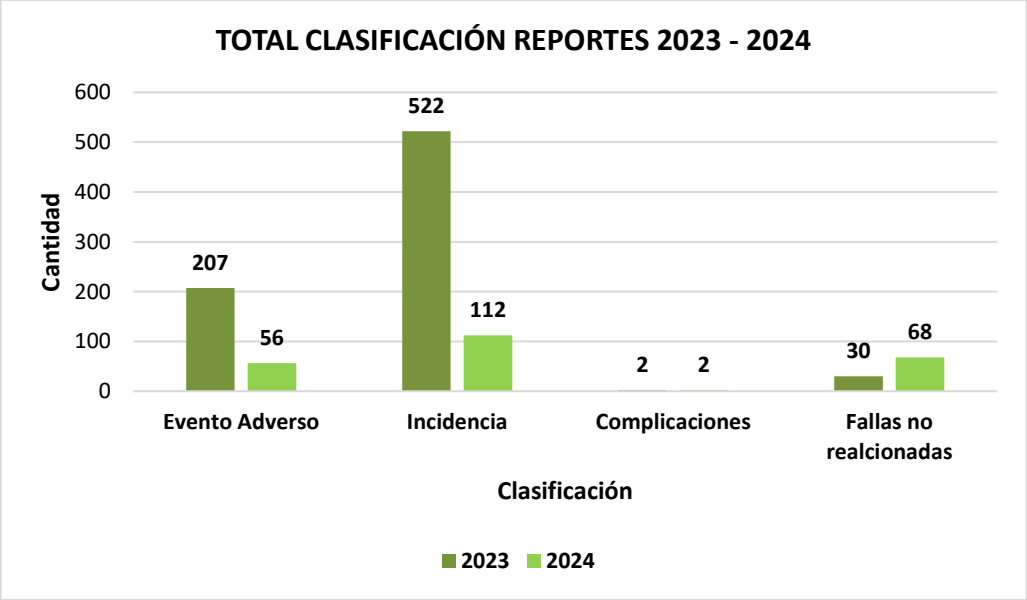
❖ **CAÍDAS**: Este evento es el segundo en cuanto a incidencia, y se ha presentado una disminución significativa del 55.56% en la identificación de casos en 2024 en comparación con 2023. Dada la importancia de este evento, se ha trabajado de manera conjunta con la gerencia para implementar medidas de prevención. Entre las acciones aprobadas, se incluyó la instalación de cintas antideslizantes en los baños de pacientes en los servicios de urgencias y hospitalización y las rondas constantes del personal de enfermería y acompañamiento de familiares y/o cuidadores. Este enfoque ha contribuido a mejorar la seguridad de los pacientes y a reducir las caídas dentro de los servicios hospitalarios.

❖ **RELACIONADAS CON ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:** Este evento experimentó una disminución del 30% en 2024 en comparación con 2023, como resultado de las estrategias implementadas, que también estuvieron alineadas

con la prevención de flebitis. Durante el año 2024, se llevaron a cabo diversas acciones, entre ellas, la capacitación constante al personal asistencial, la actualización del protocolo de administración de medicamentos y la estructuración del curso de administración segura de medicamentos, dirigido especialmente al personal de enfermería en las unidades hospitalarias. Estas medidas contribuyeron significativamente a la reducción de incidentes relacionados con la administración de medicamentos.

❖**FUGAS:** Este evento presentó un aumento en 2024, con casos reportados que no se registraron en 2023. En respuesta a este incremento, se han implementado diversas estrategias para prevenir y reducir las fugas, enfocadas en fortalecer los protocolos y en la capacitación continua del personal involucrado. Estas medidas han sido parte de un esfuerzo por mejorar la seguridad y la atención en los servicios, buscando evitar futuros incidentes**.**

Ilustración 13 total eventos adversos 2023 – 2024




Fuente 1 : Oficina de calidad

**Acciones De Socialización Y Capacitación De Programa, Políticas Asociadas A Seguridad Del Paciente Comparativo De Capacitaciones Realizadas 2023– 2024**

Durante 2024, el programa de seguridad del paciente lideró la formación del personal asistencial en el Hospital Local del Norte, la Unidad Materno Infantil Santa Teresita y los Centros de Salud de la ESE ISABU, cumpliendo al 100% con el cronograma establecido. Este plan se basó en los paquetes instruccionales adaptados a las necesidades de la ESE ISABU. En comparación con 2023, se realizó un 17.72% más de capacitaciones, superando el número de capacitaciones del año anterior. Adicionalmente, se realizaron talleres y capacitaciones complementarias, orientadas a fortalecer la cultura de seguridad del paciente y mejorar la adherencia a los protocolos establecidos. Estas acciones han sido clave para asegurar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en todos los niveles de la organización.

Tabla 22 Capacitaciones 2023 – 2024

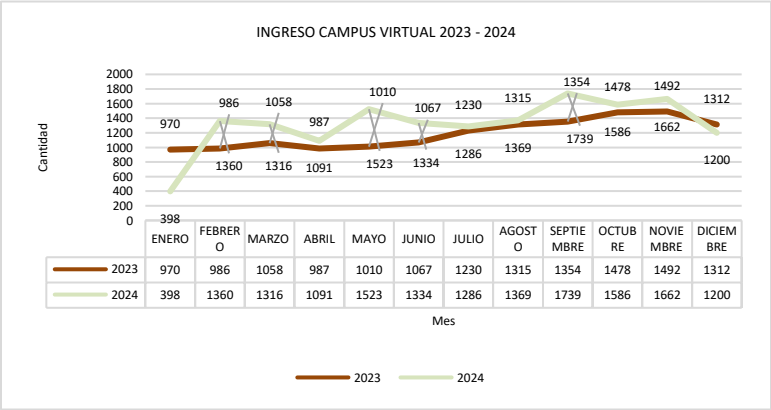
| CAPACITACIONES | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| AISLAMIENTO HOSPITALARIO | 4 | 4 |
| PREVENCION DE CAIDAS | 4 | 3 |
| CATETERISMO VESICAL | 2 | 2 |
| FOTALECIMIENTO EN EL REPORTE | 14 | 16 |
| TOMA DE MUESTRAS Y HEMOCULTIVOS | 4 | 2 |
| HUMANIZACIÓN | 12 | 13 |
| IDENTIFICACION DEL PACIENTE | 12 | 16 |
| HIGIENE DE MANOS | 12 | 14 |
| LIMPIEZA Y DESINFECCION | 4 | 6 |
| MEDICAMNETO SEGURO | 4 | 8 |
| PREPARACION PIEL CIRUGIA | 2 | 2 |
| POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 1 | 3 |
| TERAPIA INTRAVASCULAR | 2 | 4 |
| **TOTAL CAPACITACIONES** | **77** | **93** |

**Fuente 2 Oficina de Calidad**

- **Campus Virtual**

El campus virtual es una estrategia de formación clave para la actualización continua del personal de la ESE ISABU, y ha recibido un gran reconocimiento y aceptación dentro de la comunidad. Durante el transcurso del 2023, se registraron 14,259 ingresos al campus virtual. En comparación, durante el mismo periodo en 2024, se evidenció un aumento del 11.33%, con 15,864 ingresos, lo que demuestra que el campus virtual está ganando cada vez más reconocimiento y utilización por parte del personal de la ESE ISABU.

Ilustración 14 Ingreso campus virtual




| | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2023 | 970 | 986 | 1058 | 987 | 1010 | 1067 | 1230 | 1315 | 1354 | 1478 | 1492 | 1312 |
| 2024 | 398 | 1360 | 1316 | 1091 | 1523 | 1334 | 1286 | 1369 | 1739 | 1586 | 1662 | 1200 |

Fuente Oficina de Calidad

- **Rondas de Seguridad del Paciente**

Se desarrollaron rondas de seguimiento en las dos unidades hospitalarias y en los centros de salud con el propósito de evaluar la adherencia a los protocolos institucionales y detectar posibles situaciones que pudieran dar lugar a eventos adversos. Estas rondas son fundamentales, ya que no solo permiten identificar áreas de mejora, sino que también garantizan que las prácticas de atención en salud se estén implementando de manera efectiva. Al hacerlo, se contribuye significativamente a la reducción de riesgos para los pacientes, promoviendo un entorno más seguro y de calidad en la atención. Además, estas evaluaciones fomentan una cultura de aprendizaje continuo, donde el personal de salud puede compartir experiencias y estrategias para mejorar la seguridad del paciente, asegurando así que cada individuo reciba la atención que merece sin comprometer su bienestar.

Durante el periodo de 2024, se lideraron 46 rondas de seguridad del paciente en las unidades hospitalarias y centros de salud, cumpliendo con el cronograma establecido por el líder de seguridad del paciente. Además, se realizaron rondas adicionales para verificar el cumplimiento de los protocolos asociados a la seguridad del paciente e identificar oportunidades de mejora. En comparación con 2023, se incrementó la frecuencia de las rondas de seguridad del paciente en un 53.33%, priorizando los servicios asistenciales para asegurar un seguimiento riguroso a los planes de mejora generados, sin dejar de realizar las rondas rutinarias en los centros de salud.

Ilustración 15 Actividades seguridad paciente

Fuente Oficina de Calidad

- **Programa de Capacitación en Seguridad del Paciente**

Durante el año 2024, se cumplió con el cronograma establecido, se llevaron a cabo talleres prácticos sobre la importancia y correcta aplicación de los '10 correctos' en la administración de medicamentos, con la participación de los equipos primarios de los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y sala de partos del Hospital Local del Norte y la UIMIST. Además, se realizó una inducción dirigida a médicos residentes, estudiantes de enfermería y auxiliares de enfermería de diversas instituciones

Ilustración 16 Actividades de capacitación

Fuente Oficina de Calidad

Además, se desarrolló la Semana de la Seguridad del Paciente, que incluyó una feria en la que participó todo el personal de salud. Este evento estuvo enfocado en las seis metas de la seguridad del paciente según la OMS, que son: Identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo y ggarantizar una cirugía segura, reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud y reducir el daño causado por caídas. La feria no solo sirvió como un espacio de aprendizaje, sino que también fomentó la colaboración y el compromiso del equipo de salud hacia la mejora continua en la atención al paciente. A través de actividades interactivas y talleres, se promovió una cultura de seguridad que busca empoderar a los profesionales de la salud en la identificación y mitigación de riesgos, asegurando así un entorno más seguro para todos los pacientes. Este enfoque integral refuerza nuestro compromiso con la calidad y la seguridad en la atención médica, priorizando siempre el bienestar de quienes

atendemos.

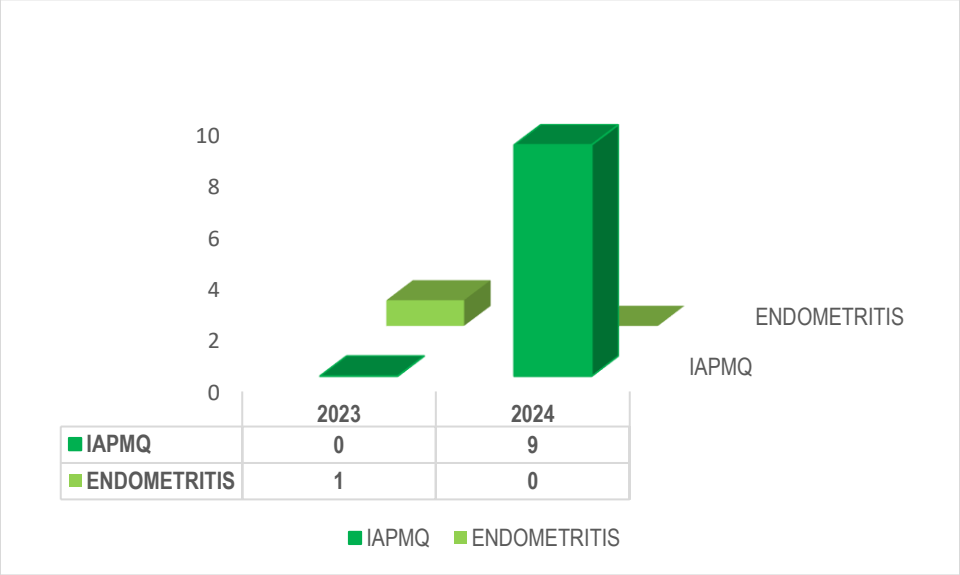
## PROGRAMA DE INFECCIONES

El programa de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos-RAM- PROA de la ESE ISABU se encuentra en marcado bajo la resolución 2471 del 2022 del ministerio de salud y protección social. Con el objetivo de prevenir las infecciones asociadas a la atención, implemento diversas actividades dirigidas al personal asistencial. Estas iniciativas buscan garantizar la seguridad del paciente y asegurar la prestación de servicios de salud con calidad.

### Eventos Relacionados con Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

El comportamiento de eventos relacionados a infecciones asociadas a la atención en salud IAAS de la ESE ISABU, para el año 2024 se presentó aumento en las infecciones asociadas a procedimientos quirúrgicos de interés de vigilancia. Es importante resaltar que se ha generado aumento en el reporte, permitiendo que la ESE ISABU desarrolle cultura de reporte de infecciones asociadas a procedimiento quirúrgico. Para el caso de las endometritis se tiene que para el año 2024 no se presentaron este tipo de eventos en los partos y cesáreas atendidos en las diferentes unidades hospitalarias.

Ilustración 17 Eventos con infecciones

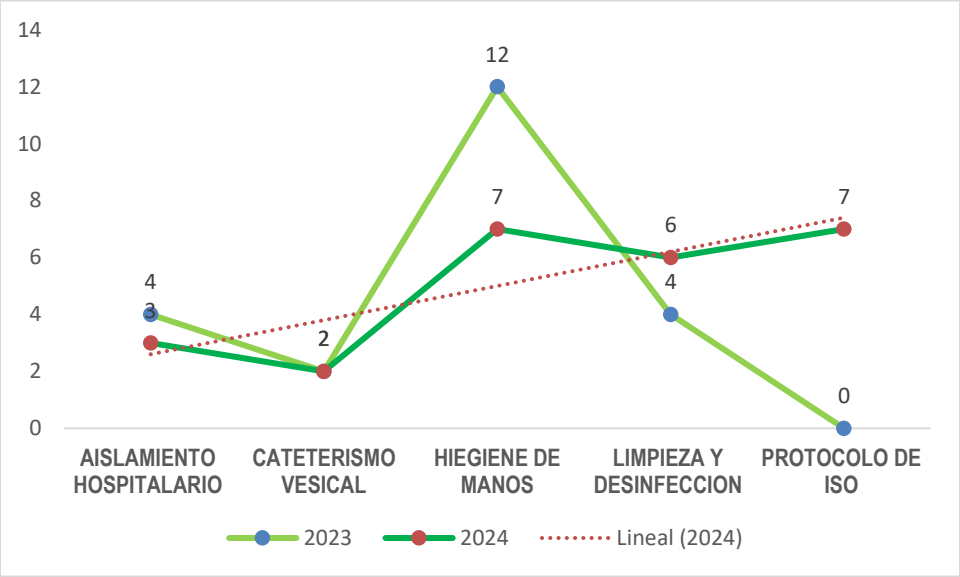



Fuente Oficina Calidad - SIVIGILA

### Acciones de Socialización y Capacitación De Programa de Prevención de Infecciones

El programa de infecciones continúa realizando campañas, para el año 2024 se desarrolló la campaña SALVAR VIDA ESTÁ EN TUS MANOS como medida de fortalecimiento a la higiene de manos en el entorno asistencial, con el fin de disminuir las infecciones del sitio operatorio y endometritis en la institución.

Ilustración 18 Capacitación 2023-2024




Fuente Oficina de Calidad

Durante la vigencia de 2024, se llevó a cabo en el programa de formación que incluyó capacitaciones y talleres teórico-práctico sobre protocolo de cateterismo venoso periférico, protocolo de limpieza y desinfección de áreas, superficies y equipos biomédicos, protocolo de aislamiento hospitalario, protocolo catéter vesical, protocolo de higienización de manos, manual de esterilización, protocolo de preparación de piel y prevención de ISO, dirigido al personal asistencial de las dos unidades hospitalaria y centros de salud.

Ilustración 19 Actividades seguridad paciente

Fuente Oficina de Calidad – Programa de seguridad del paciente

Por otro lado, el programa de infecciones realiza carnetización a 364 personas vinculadas a la institución en diferentes modalidades, que prestan atención a los pacientes en los centros de salud y las unidades hospitalarias. Como respuesta a la estrategia multimodal de la higiene de manos de la OMS.

Por último, el programa de infecciones participo en la celebración del día mundial de higiene de Manos conmemorada por

la OMS para el día 5 de mayo del 2024" LA HIGIENE DE MANOS SALVA VIDAS", la celebración del día mundial del lavado de manos el 15 de octubre del 2024.

Ilustración 20 Actividades Higiene de manos

Fuente Oficina de Calidad – Programa de seguridad del paciente

El programa de prevención de infecciones asociada a la atención en salud se adhiere a los lineamientos nacionales de la del ministerio de salud y protección social y a los internacionales como los de la OMS. Continúa trabajando en la mejora continua de la adherencia a los diferentes protocolos y en la estrategia multimodal de higiene de manos.

## GESTIÓN AMBIENTAL

**Manejo de residuos hospitalarios:**

Para la ESE ISABU es de vital importancia realizar una adecuada gestión a nuestros residuos hospitalarios (residuos peligrosos y no peligrosos), razón por la cual diariamente se realiza el pesaje de cada uno de los residuos que se generan en las diferentes unidades tanto operativas como hospitalarias con apoyo del personal de servicios generales, obteniendo con ello un total de 95490.58 kilogramos para el 2023 y 88076.45 kilogramos para el 2024. Obteniendo una disminución de 7414.13 kilogramos con respecto a la vigencia 2023

A través del cálculo de los diferentes indicadores se puede concluir que durante los años 2023 y 2024 se realizó la disposición del 100% de los residuos generados en la ESE ISABU de la siguiente manera:

INDICADOR DE DESACTIVACIÓN: Son todos aquellos residuos biosanitarios generados en la institución, para la vigencia 2023 se generó un total de 36585.52 kilogramos equivalente a un 38.31%, mientras que para la vigencia 2024 se enviaron un total de 33179.94 kilogramos equivalente al 37.67% del total del total de los residuos generados.

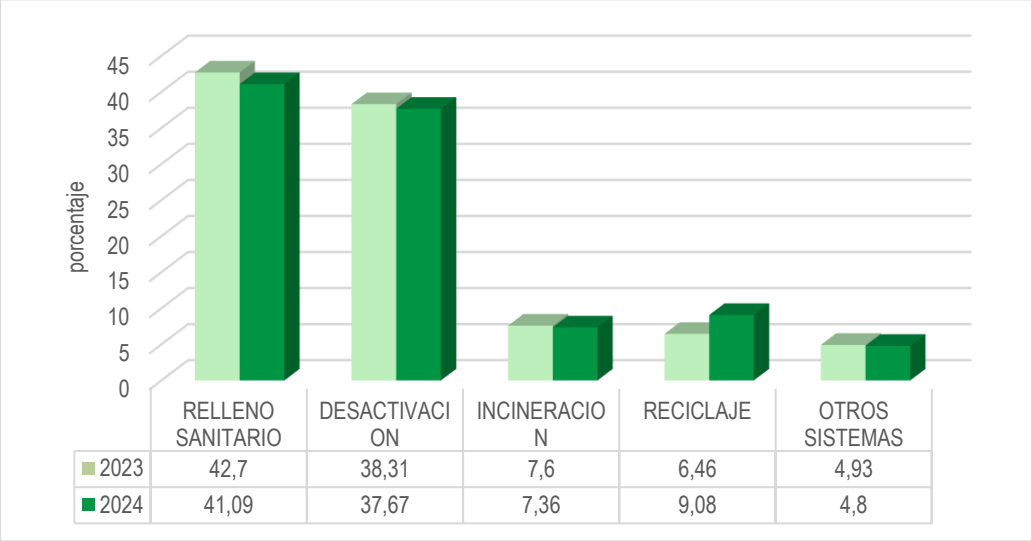
INDICADOR DE RECICLAJE: para este indicador se tiene en cuenta los residuos reciclables generados en la institución, cabe resaltar que el material que más se recicla es el cartón, seguido del papel archivo y el PVC, para la vigencia 2023 se obtuvo un total de 6160.12 kilogramos equivalente al 6.46% de los residuos, mientras que para la vigencia 2024 se obtuvo un total de 8000.3 kilogramos equivalente al 9.08% del total de los residuos, aumentando durante el 2024 la recolección del reciclaje.

INDICADOR DE INCINERACIÓN: Son todos aquellos residuos cortopunzantes y anatomopatológicos que se generaron en la institución, para el año 2023 se generaron 7258.39 kilogramos equivalente a 7.6%, mientras que en la vigencia 2024 se trataron 6486.06 kilogramos equivalente a un total 7.36%

INDICADOR DEL RELLENO SANITARIO: Son todos los residuos ordinarios que se generan en la institución, durante la vigencia 2023 se obtuvo un total de 40777.12 kilogramos lo que equivale a un 42.7%, mientras que para el año 2024 al relleno sanitario se enviaron 36188.03 kilogramos correspondiente a 41.09% del total de los residuos generados en la vigencia.

INDICADOR OTROS SISTEMAS: Son todos aquellos residuos provenientes de químicos, bombillas fluorescentes usadas y pilas entre otros teniendo un total de generación para el año 2023 de 4709.43 kilogramos, equivalente al 4.93% del total de residuos generados, para la vigencia 2024 de trataron un total de 4222.12 kilogramos lo que equivale a un total de 4.8%

Ilustración 21 Manejo de Residuos Hospitalarios



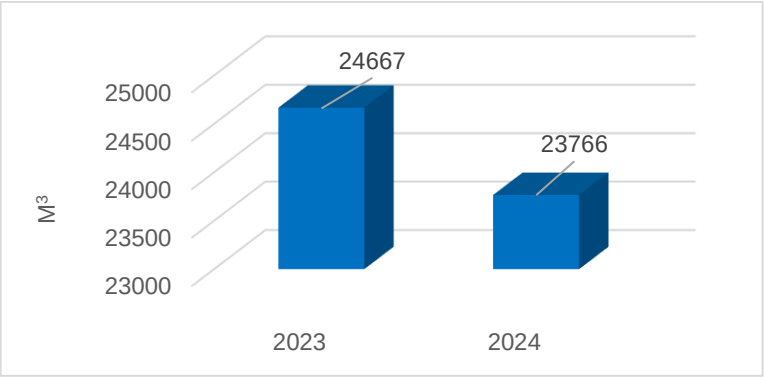

Fuente: formato rh1.

**Indicador del Servicio de Agua**

Como se puede observar en la siguiente gráfica el consumo de agua del año 2024 con respecto a la vigencia 2023 disminuyo en un 3.65% equivalente a 901 $m^3$, lo anterior se logró gracias al uso racional del recurso por parte de los

colaboradores y usuarios, así como a la pronta respuesta del equipo de mantenimiento al momento de reparar las fugas.

**Gráfica**: Indicador de recurso Hídrico.




Fuente**:** Oficina calidad – gestión ambiental

**Fumigación y Lavados De Tanques**

Con respecto a la fumigación, lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable para la vigencia 2023 y 2024 se cumplió con el 100% de las fumigaciones, los lavados y desinfección de cada uno de los tanques de la ESE ISABU.

**Cuadro:** Fumigaciones y lavado de tanques.

| UNIDAD OPERATIVA/ ZONA | LAVADO DE TANQUE | % CUMPLIMIENTO 2023 | % CUMPLIMIENTO 2024 | FUMIGACIÓN | % CUMPLIMIENTO 2023 | % CUMPLIMIENTO 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zona Norte | 10 | 100% | 100% | 10 | 100% | 100% |
| Zona Sur | 12 | 100% | 100% | 12 | 100% | 100% |
| UIMIST | N/A | 100% | 100% | 1 | 100% | 100% |
| HLN | 2 | 100% | 100% | 1 | 100% | 100% |

Fuente: Certificados emitidos por la empresa servicios integrales de saneamiento ambiental S.A.S para la vigencia 2023 y 2024

**Reposición de Recipientes en las Diferentes Unidades Operativas**

Durante la vigencia 2023 se realizó el cambio de pintura de 141 recipientes en algunas sedes de la institución como Girardot, Café Madrid, Campo Hermoso, y Concordia cumpliendo de esta manera con el nuevo código de colores, sin embargo, por el constante lavado y uso de los mismos se presentó un deterioro en la pintura lo que genero la solicitud de cambio. Durante la vigencia 2024 se realizó la compra de 507 recipientes los cuales fueron ubicados en la red de centros de salud

**Tabla:** Relación de recipientes vigencia 2023 y 2024

| RECIPIENTES | 2023 | RECIPIENTES | 2023 |
|---|---|---|---|
| NEGRO | 0 | NEGRO | 313 |
| BLANCO | 0 | BLANCO | 146 |
| ROJO | 0 | ROJO | 48 |
| SUBTOTAL | 0 | SUBTOTAL | 507 |
| TOTAL | 507 | | |

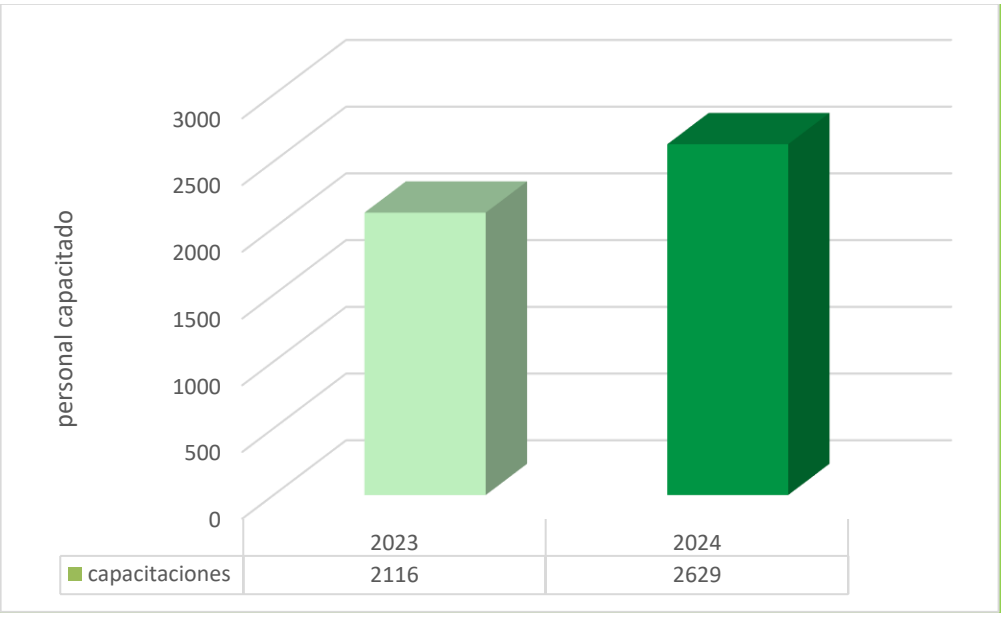
Fuente: Contratos vigencia 2024

**Riesgos de Contaminación Ambiental**

La ESE ISABU siendo una empresa de salud presenta riesgos de contaminación especialmente en la inadecuada segregación de los residuos, es importante resaltar que durante la vigencia 2023 y 2024 se ha llevado a cabo la compra de recipientes, así como el cambio de colores y se ha capacitado a los colaboradores con el fin de realizar una adecuada segregación de los residuos desde la fuente, con esto buscamos disminuir el riesgo de accidentes laborales y mitigar el impacto ambiental generado por los residuos que se generan en cada una de las sedes de la institución.

Durante la vigencia 2023 se logró capacitar a 2116 colaboradores incluidos los estudiantes de docencia servicio en temas como clasificación, correcta segregación de residuos, política ambiental, hospital verde entre otros, para la vigencia 2024 se logró capacitar un total de 2629 colaboradores y personal de convenios, así como alianza de usuarios en la institución.

Ilustración 22 Comparativo de capaciones vigencias 2023 -2024




Fuente: Oficina Calidad – Gestión ambiental

## 1.3 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

### Planta De Personal

La ESE ISABU estableció su planta de personal a través del Acuerdo de Junta Directiva Nº 015 de 2023, la cual está conformada por 336 cargos clasificados en los niveles Directivo, Asesor, Profesional, Técnico y Asistencial.

En este se cuenta con la siguiente distribución de cargos por niveles:

Directivo: 7
Asesor: 3
Profesional: 140
Técnico: 18
Asistencial: 168

La distribución especifica es:

Tabla 23 Distribución planta de cargos

| No. Cargos | DENOMINACIÓN DEL EMPLEO | NIVEL | CÓDIGO | GRADO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Gerente | Directivo | 85 | 11 |
| 2 | Subgerente | Directivo | 90 | 7 |
| 1 | Director Técnico | Directivo | 9 | 5 |
| 2 | Director Técnico | Directivo | 9 | 4 |
| 1 | Jefe de Oficina | Directivo | 6 | 5 |
| 3 | Jefe de Oficina Asesora | Asesor | 115 | 7 |
| 1 | Tesorero General | Profesional | 201 | 11 |
| 1 | Almacenista General | Profesional | 215 | 11 |
| 1 | Profesional Especializado Área salud | Profesional | 242 | 11 |
| 1 | Profesional Especializado Área salud | Profesional | 242 | 9 |
| 3 | Profesional Especializado | Profesional | 222 | 11 |
| 1 | Profesional Especializado | Profesional | 222 | 10 |
| 3 | Profesional Especializado | Profesional | 222 | 9 |
| 2 | Profesional Especializado | Profesional | 222 | 5 |
| 1 | Profesional Universitario | Profesional | 219 | 10 |
| 1 | Profesional Universitario | Profesional | 219 | 5 |
| 2 | Profesional Universitario | Profesional | 219 | 3 |
| 1 | Profesional Universitario | Profesional | 219 | 1 |
| 13 | Profesional Universitario Área Salud | Profesional | 237 | 1 |
| 1 | Médico General (5) horas | Profesional | 211 | 7 |
| 33 | Médico General | Profesional | 211 | 6 |
| 12 | Médico General (4) horas | Profesional | 211 | 4 |
| 1 | Enfermero | Profesional | 243 | 8 |
| 48 | Enfermero | Profesional | 243 | 1 |
| 14 | Odontólogo | Profesional | 214 | 1 |
| 1 | Técnico Administrativo | Técnico | 367 | 11 |
| 3 | Técnico Administrativo | Técnico | 367 | 8 |
| 4 | Técnico Área Salud | Técnico | 323 | 8 |

| No. Cargos | DENOMINACIÓN DEL EMPLEO | NIVEL | CÓDIGO | GRADO |
|---|---|---|---|---|
| 10 | Auxiliar área de la salud | Asistencial | 412 | 11 |
| 154 | Auxiliar área de la salud | Asistencial | 412 | 7 |
| 4 | Auxiliar Administrativo | Asistencial | 407 | 7 |
| 10 | Conductor | Asistencial | 480 | 8 |

Fuente Oficina Talento Humano

#### 1.3.1.1 Distribución

**NATURALEZA DE LOS CARGOS**

Periodo: 2
Carrera administrativa: 324
Libre nombramiento y remoción: 10

**Situación Actual de Distribución por Tipo de Vinculación**

| TIPO DE VINCULACIÓN | CUENTA DE NOMBRE |
|---|---|
| Carrera Administrativa | 20 |
| L.N.R | 10 |
| Periodo | 2 |
| Provisionalidad | 277 |
| Vacante | 23 |
| Supresión | 4 |
| Total, general | **336** |

Fuente: Oficina Talento Humano

## Gestión del Talento Humano – 2024

#### 1.3.1.2 Manual de Funciones

En el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales se describe el propósito principal del cargo y sus respectivas funciones esenciales de los empleos de la planta de personal, adicionalmente en este documento se incluyen los requisitos mínimos de estudio y experiencia que se necesitan para desempeñar el empleo, los conocimientos básicos y/o esenciales, las competencias comportamentales y equivalencias frente al requisito.

Se realizo la necesidad de contratación para que una empresa experta en el tema realizará la actualización y consolidación de los manuales de funciones para los cargos existentes en la institución, el contrato se ejecutó y se está en el proceso de revisión documental

#### 1.3.1.3 Evaluación del Desempeño

Es una herramienta de gestión objetiva y permanente, encaminada a valorar las contribuciones individuales y el comportamiento del evaluado, midiendo el impacto positivo o negativo en el logro de las metas institucionales, de acuerdo con el Sistema Tipo para la Evaluación del Desempeño Laboral de los servidores de carrera y en periodo de prueba establecida en el Acuerdo 20181000006176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Se realizó el proceso de evaluación de desempeño para los empleados de carrera administrativa, en donde se llevó a cabo la evaluación del 2024. Evaluando a 22 funcionarios obligados a presentar evaluación del desempeño de sus labores.

#### 1.3.1.4 Acuerdos de Gestión

De acuerdo con la Ley 909 de 2004, son gerentes públicos quienes desempeñan empleos públicos que conllevan el ejercicio de una responsabilidad directiva. Los acuerdos de gestión contienen el establecimiento de una relación escrita y firmada entre el superior jerárquico y el respectivo gerente público, con el fin de establecer los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos estratégicos.

Se realizó la firma de acuerdos de gestión de la vigencia 2024. Para los cargos del nivel directivo y de libre nombramiento y remoción como los son los subgerentes tanto científico como administrativo y los 3 directores técnicos activos.

## PLAN ANUAL DE VACANTES

La Ley 909 de 2004, en sus artículos 14 y 15, establece la elaboración del Plan Anual de Vacantes, con el propósito de ser utilizado para la planeación del talento humano, la formulación de políticas, la racionalización y optimización de los procesos de selección y la obtención oportuna de los recursos que éstos implican.

La oficina de Talento Humano realizó revisión y seguimiento de las vacantes del cuarto trimestre de 2024 encontrando que a corte del 31 de diciembre de 2024 se presentó 23 vacantes correspondientes a los siguientes empleos:

Auxiliar área de la salud: 18
Odontólogo: 1
Médico general: 1
Profesional Especializado área de la salud - Coordinador médico: 1
Profesional universitario - Psicólogo: 1
Técnico área de la salud: 1

## PLAN DE PREVISIÓN

El plan de previsión determinará las necesidades de personal para atender las funciones misionales y de apoyo.
La oficina de Talento Humano realizó revisión y seguimiento del plan de previsión:

**Primer trimestre de 2024** encontrando que a corte del 31 de marzo de 2024 se produjo 83 vinculaciones en la planta de personal, tipo de vinculación en provisionalidad, así:

- Médico general: 10
- Enfermero: 9
- Odontólogo: 3
- Profesional Universitario área de la salud: Bacteriólogo: 1
- Profesional Universitario área de la salud: Nutricionista 1
- Auxiliar área de la salud - Higienista: 9
- Auxiliar área de la salud: 39
- Auxiliar administrativo: 4
- Auxiliar área de la salud - Laboratorio: 6
- Conductor: 1

**Segundo trimestre de 2024** encontrando que a corte del 30 de junio de 2024 se produjo 12 vinculaciones en la planta de personal, tipo de vinculación así:

- Libre Nombramiento y Remisión: 8 (jefe oficina asesora: Jurídica, Calidad y Planeación, Subgerente Administrativo, Subgerente Científico, Tesorera general, directora técnica Unidades Hospitalarias, directora técnica zona norte, Almacenista general).
- Periodo: 1 Gerente
- Provisionalidad: 2 (Médico general y Enfermero).

**Tercer trimestre de 2024** encontrando que a corte del 30 de septiembre de 2024 NO se produjo vinculaciones en la planta de personal.

**Cuarto trimestre de 2024** encontrando que a corte del 31 de diciembre de 2024 se produjo 2 vinculaciones en la planta de personal, tipo de vinculación así:

- Libre Nombramiento y Remisión: 2 jefe oficina asesora de Planeación, Subgerente Científico.

## PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES

El plan institucional de capacitación tiene como finalidad establecer los pasos a seguir para llevar a cabo las actividades de capacitación con las cuales se satisfacen las necesidades de los servidores públicos posibilitando un mejoramiento del desempeño laboral, el ambiente de trabajo y el crecimiento personal a través de la descripción de las etapas de identificar necesidades de formación, aprobar plan de capacitación, desarrollar las actividades del plan, y elaborar informe de seguimiento.

Para la vigencia 2024, se programaron 104 capacitaciones para desarrollar en el área asistencial y administrativa, arrojando un cumplimiento de 94%. Estas capacitaciones efectuaron el crecimiento de competencias, habilidades y destrezas que

ayudaron a efectuar y concertar conocimientos de todos los funcionarios de la institución, y de esta manera se pueda fortalecer la prestación del servicio y el buen manejo administrativo

## PLAN DE BIENESTAR

El Plan de Bienestar Social para los servidores públicos tiene como objeto impactar en los ejes de calidad de vida laboral y en las áreas de protección y servicios sociales tendientes a lograr la participación del servidor público en el desarrollo organizacional, en la realización de procesos que propicien autonomía, creatividad, sentido de pertenencia, compromiso, responsabilidad y satisfacción, en promover equipos de trabajo, liderazgo y desarrollo de valores institucionales. Al igual que la promoción de la institucionalización de historias, ceremonias, valores, simbología organizacional que desarrolle una cultura que propicie un clima laboral favorable, usando de manera adecuada los recursos y las alianzas estratégicas; así como coordinar, comunicar, efectuar seguimiento y evaluación de servicios prestados por organismos especializados para garantizar mayor impacto todo enmarcado en el concepto de felicidad laboral como eje articulador de los beneficios, a la luz del sistema del para la gestión de la conciliación.

El Programa Institucional de Estímulos tiene como finalidad incentivar a través de estímulos pecuniarios y no pecuniarios a los funcionarios públicos cuyo desempeño laboral se encuentre en niveles de excelencia, a efectos de construir una vida laboral que ayude al desempeño productivo y al desarrollo humano integral, así como a elevar los niveles de satisfacción, motivación, desarrollo y bienestar de los empleados, propiciando un ambiente laboral idóneo al interior de la Entidad. Se programaron 103 actividades para desarrollar en la vigencia 2024 y se obtuvo un cumplimiento del 100%.

## PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La Seguridad y Salud en el trabajo es uno de los aspectos más importantes de la actividad laboral. El trabajo sin las medidas de seguridad apropiadas puede acarrear serios problemas para la salud. La ESE ISABU cada vez más comprometida en implementar programas de prevención de riesgos laborales definiendo estrategias de prevención y promoción que permitan evitar accidentes y enfermedades laborales. en cumplimiento con lo establecido en el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo 1072 de 2015, ha implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), cuyos principios están basados en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar), con el objetivo de propiciar el mejoramiento continuo, así como el control de las condiciones, riesgos y peligros presentes en el ambiente de trabajo. Se generó un cumplimiento del plan anual del 85,5% se ejecutaron 182 actividades de las 212 actividades programadas para la vigencia cumpliendo con la meta establecida en el Plan del 85%.

## Metas Propuestas Proceso Gestión del Talento Humano 2025

Tabla 24 Planes Institucionales Talento Humano

| PLAN | META ACTIVIDAD | INDICADOR META ACTIVIDAD |
|---|---|---|
| Plan estratégico de talento humano | 1 | Plan elaborado de estratégico de talento humano |

| | | |
|---|---|---|
| Plan estratégico de talento humano | 1 | Difusión de plan estratégico de talento humano |
| Plan estratégico de talento humano | 2 | Presentación de 2 informes de seguimiento |
| Plan estratégico de talento humano | 1 | Informe presentado |
| Plan de vacantes y previsión de recurso humano | 1 | Plan elaborado de vacantes y previsión de empleos 2025 |
| Plan de vacantes y previsión de recurso humano | 1 | Difusión del plan de vacantes y previsión de empleos |
| Plan de vacantes y previsión de recurso humano | 4 | Presentación de 4 actualizaciones de matriz |
| Plan de vacantes y previsión de recurso humano | 4 | # de informes de seguimiento realizados |
| Plan de vacantes y previsión de recurso humano | 1 | Informe presentado |
| Plan institucional de capacitación | 1 | Plan elaborado de capacitaciones vigencia 2025 |
| Plan institucional de capacitación | 1 | Difusión del plan de capacitaciones vigencia 2025 |
| Plan institucional de capacitación | 1 | Socialización realizada |
| Plan institucional de capacitación | 91% | Capacitaciones ejecutadas en el periodo / capacitaciones planeadas en el periodo x 100 |
| Plan institucional de capacitación | 1 | Informe final realizado |
| Plan de bienestar e incentivos institucionales (bienestar) | 1 | Plan elaborado de bienestar laboral e incentivos |
| Plan de bienestar e incentivos institucionales (bienestar) | 1 | Difusión del plan de bienestar laboral e incentivos vigencia 2025 |
| Plan de bienestar e incentivos institucionales (bienestar) | 1 | Socialización del plan de bienestar laboral e incentivos vigencia 2025 |
| Plan de bienestar e incentivos institucionales (bienestar) | 91% | Actividades ejecutadas / actividades programadas x 100 |
| Plan de bienestar e incentivos institucionales (bienestar) | 4 | # Informe de seguimiento realizados |
| Plan de bienestar e incentivos institucionales (bienestar) | 1 | Informe final realizado |
| Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo | 1 | Plan de plan de SST Elaborado y Aprobado |

| | | |
|---|---|---|
| Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo | 1 | Numero de publicación por página web realizada, divulgación y socialización por correo electrónico realizada. |
| Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo | 85% | Actividades ejecutadas /Actividades programadas * 100 |
| Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo | 4 | Actividades de cumplimiento trimestre |
| Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo | 1 | Porcentaje de cumplimiento anual de actividades ejecutadas |

Fuente: Oficina Talento Humano

## 1.4 ATENCIÓN AL USUARIO

Para la ESE ISABU es muy importante dar cumplimiento a las actividades programadas en la oficina de atención al usuario frente a la gestión oportuna de PQRS, satisfacción del usuario y evaluar las estrategias desarrolladas para incentivar y promover la participación ciudadana en la vigencia 2024

**Solicitudes de Información**

En esta tabla relacionamos las solicitudes de información que fueron recibidas y gestionadas en le ESE ISABU durante el 2024 y las que fueron trasladas de acuerdo con el contenido de dicha solicitud de información.

Tabla 25 Estadística Solicitudes de información

| | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| Número de solicitudes recibidas | 1 | 6 |
| Número de solicitudes trasladadas a otra institución | 0 | 0 |
| Tiempo de respuesta a la solicitud | 3 días | 3 días |
| Número de solicitudes a las que se negó el acceso a la información. | 0 | 0 |

Fuente: Oficina calidad – Atención al usuario

**Medios De Recepción De PQRS y Atención Al Usuario**

En la ESE ISABU contamos con 22 buzones en los centros de salud y 6 buzones en las unidades hospitalarias para la recepción de PQRS., también contamos con medios tecnológicos para la recepción de estas y donde los usuarios pueden acceder de manera virtual correo electrónico y la página web. A continuación, presentamos un informe de las PQRS recibidas de acuerdo con los medios o canales de comunicación utilizados por nuestros usuarios para interponerlas.

**PQRS 2024**

Tabla 26 Medios de recepción de las PQRSF

| MEDIOS DE RECEPCIÓN DE LAS PQRSF | TOTAL 2023 | TOTAL 2024 |
|---|---|---|
| Electrónica. (página web, correo, teléfono) | 263 | 305 |
| Buzón o presencial | 464 | 599 |
| total | **727** | **904** |

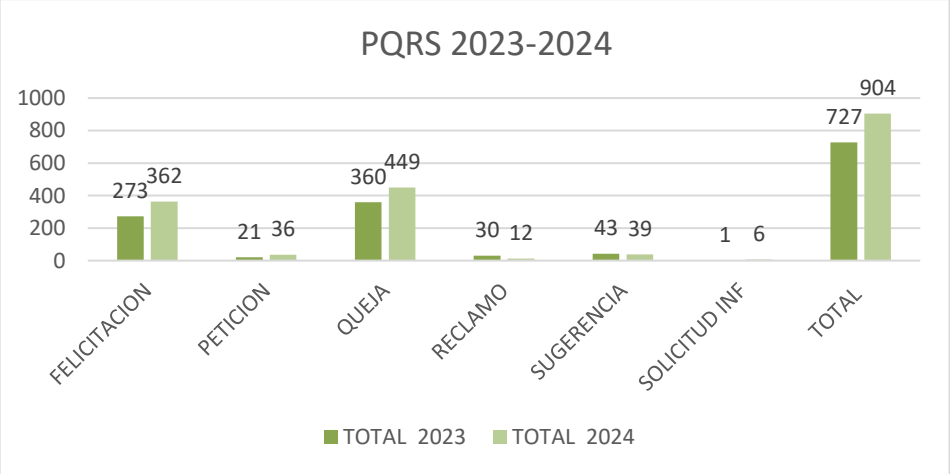
Fuente: Oficina calidad – Atención al usuario

En la siguiente tabla se clasifican las PQRSF y su porcentaje de participación en el global en el año 2024 comparativo con 2023

Tabla 27 Clasificación QPRSF

| CLASIFICACIÓN PQRS | TOTAL 2023 | TOTAL 2024 | % PARTICIPACIÓN 2024 |
|---|---|---|---|
| **FELICITACIÓN** | 273 | 362 | 40% |
| **PETICIÓN** | 21 | 36 | 4% |
| **QUEJA** | 360 | 449 | 50% |
| **RECLAMO** | 30 | 12 | 1% |
| **SUGERENCIA** | 43 | 39 | 4% |
| **SOLICITUD INF** | 1 | 6 | 1% |
| **TOTAL** | **727** | **904** | **100%** |

Fuente: Oficina calidad – Atención al usuario




Fuente: Oficina calidad – Atención al usuario

A continuación, presentamos informe de las PQRS recibidas y el tiempo de gestión para su respuesta y dar cumplimiento a la normatividad vigente

Tabla 28 Tiempos de respuesta PQRSF

| TIEMPOS DE RESPUESTA DE PQRSD (Circular Supersalud) | TOTAL 2023 | TOTAL 2024 |
|---|---|---|
| 1-3 DÍAS | 492 | 904 |
| 4-5 DÍAS | 235 | 0 |
| TRASLADO A OTRA ENTIDAD | 0 | 0 |
| SIN RESPUESTA | 0 | 0 |
| TOTAL | 727 | 904 |

Fuente: Oficina calidad – Atención al usuario

En la siguiente tabla podemos observar la descripción de las principales causas de cada pqrs durante el 2024 comparativo con 2023

| PRINCIPALES CAUSAS PQRS | TOTAL 2023 | TOTAL 2024 |
|---|---|---|
| Felicitaciones | 273 | 362 |
| Demora en la atención de cita por medicina general. | 37 | 65 |
| Demora en la atención de urgencias. | 32 | 42 |
| Demora en la asignación de citas por medicina general y/o especializada | 163 | 103 |
| Mal trato por parte de los funcionarios de salud. | 44 | 28 |
| Insatisfacción por el servicio prestado (remisiones, dx) | 23 | 28 |
| Demora en la atención de cita por medicina especializada. | 2 | 50 |
| Solicitud de personal | 28 | 33 |
| Otras | 21 | 49 |
| Demora en la entrega de medicamentos. | 20 | 40 |
| Insuficiencia de equipos médicos y deterioro de estos. | 13 | 28 |
| Inadecuadas instalaciones locativas o daño en mobiliario. | 13 | 23 |
| Demora en la asignación y/o entrega de ayudas diagnósticas (rx lab) | 0 | 20 |
| Insatisfacción por procedimientos médicos inconclusos. | 36 | 11 |
| Mal trato por parte de los usuarios a los funcionarios. | 0 | 9 |
| Negación en la atención del servicio de urgencias. | 1 | 2 |
| Afiliación (multiafiliación, no asegurados, novedades en las bases datos) | 21 | 11 |

Fuente Oficina calidad – Atención al usuario

A continuación, relacionamos las actividades de mejora implementadas buscando disminuir las causas de las PQRS en cada periodo

Tabla 29 Plan mejora a PQRSF

| SEGUIMIENTO A PQRS | ACTIVIDADES DE MEJORA |
|---|---|
| **FELICITACIONES** | • Los usuarios agradecen la calidad del personal médico y las atenciones oportunas en diferentes servicios. |
| **OPORTUNIDAD** | • Atención a los usuarios que van de manera presencial mejorando con la estrategia de cero filas donde en 10 centros de salud se están asignando las citas por medios tecnológicos y capacitando a los usuarios para que las próximas citas las pueden sacar de manera virtual ya sea por call center o página web<br>• Agendamiento abierto para mejorar la disponibilidad de citas a los usuarios.<br>• Socializar los diferentes horarios, canales y mecanismos de asignación de citas. Junto con los deberes y derechos de los usuarios y escala de triage.<br>• Reuniones con asociación de usuarios para resolver expectativas y necesidades y socializar los diferentes mecanismos de atención |
| **SATISFACCIÓN DEL SERVICIO** | • Socialización de las actividades a realizar para que la comunidad esté enterada y pueda participar como (jornadas de vacunación, jornadas extramurales, plan de intervenciones colectivas, programas de maternidad segura, atención primaria en salud y programas de PYP entre otros)<br>• Aplicación del programa de humanización con sus actividades (manejo del silencio. ISABU en atención en salud, derechos y deberes de los usuarios, ISABU espiritual, manejo de duelo, intervención psicosocial)<br>• Socialización de la guía de atención al usuario.<br>• Socialización política de humanización a funcionarios y semana de la calidad. |
| **OTROS** | • Realización de actividades para mejorar la relación paciente / funcionario<br>• Realizar los mantenimientos necesarios a los equipos y planta física en los centros de salud y unidades hospitalarias para la adecuada prestación de los servicios<br>• Incentivar la participación social en salud en los diferentes mecanismos como comité de ética hospitalaria, COPACO, consejo territorial de seguridad social en salud y alianza<br>• Se renovaron los cargos de la alianza de usuarios y representantes de los usuarios ante COPACO, CTSSS, y comité de ética hospitalaria.<br>• Cumplimiento de cronograma de reuniones y capacitaciones con la alianza de usuarios.<br>• Reunión con gestores de diferentes EPS para conciliar PQRS y estrategias de servicios<br>• Reuniones con ediles y líderes de la comunidad para revisar necesidades y expectativas. |

Fuente Atención al Usuario

**Indicadores De Satisfacción**

En el siguiente tablero de indicadores se muestra el seguimiento y análisis realizado a la satisfacción de nuestros usuarios mediante la aplicación de encuestas en todas las unidades operativas y centros de salud de manera mensual.

Ilustración 23 Indicador de Satisfacción comparativo

Fuente Atención al Usuario

**Actividades Ejecutadas con Respecto a la Estrategia del Programa SIAU**

- Atención de usuarios en cada una de las unidades operativas abiertas y Hospital Local del Norte.
- Se gestionaron y tramitaron internamente autorizaciones con las diferentes EPS-S que tienen contratados nuestros servicios.
- capacitaciones al personal con el fin de fortalecer la humanización del servicio y sensibilizar a nuestros funcionarios en el trato digno y con calidez humana, la participación social y la orientación del usuario.
- Se atendieron las diferentes solicitudes de información por parte de los entes de control
- Se envió información constante a los usuarios sobre los servicios prestados, el acceso y canales de comunicación
- Se realizaron encuestas de satisfacción de manera virtual y presencial
- Se atendieron las diferentes auditorias cumpliendo con los planes de mejora
- Se adelantó la campaña en las filas de los centros de salud de educación al usuario para asignación de citas vía medios tecnológicos.
- Se socializo la guía de atención al usuario, el decálogo de derechos y deberes, escala de triage y el programa de humanización a los usuarios.
- Se participó en mesas de trabajo con la comunidad.

**Actividades Ejecutadas con Respecto a la Estrategia Participación Social y Comunitaria Alianza De Usuarios**

- Se realizaron las capacitaciones de acuerdo con el cronograma de capacitaciones de la alianza de usuarios aprobado en el mes de enero de 2024
- La alianza de usuarios se encuentra actualizada en cada uno de sus integrantes y representantes de acuerdo a la normatividad vigente (decreto 1757 de 1994 y decreto 780 de 2016) ante los espacios de participación social y comunitaria: Copaco, Comité de Ética Hospitalaria, Consejo Territorial de seguridad social en salud, Junta directiva de la ESE ISABU
- También cuenta con junta directiva presidente, secretaria, revisor fiscal y tesorero.
- Participaron activamente en los programas que el ISABU realizo para la comunidad
- Se realizaron reuniones con los lideres de juntas de acción comunal y ediles acompañados de los miembros de la alianza de usuarios para identificar expectativas y necesidades de los diferentes centros de salud de la ESE ISABU.
- Se socializo con los lideres los programas ofrecidos por la ese ISABU.
- Se realizo en el mes de diciembre la audiencia de rendición de cuentas a la alianza de usuarios.
- Se realizaron reuniones y mesas de participación social con ediles y lideres de la comunidad

**Indicadores de Cumplimiento**

- Gestión oportuna de PQRS: 100%
- Satisfacción del usuario: 95.2%
- Actividades de capacitación: 100%

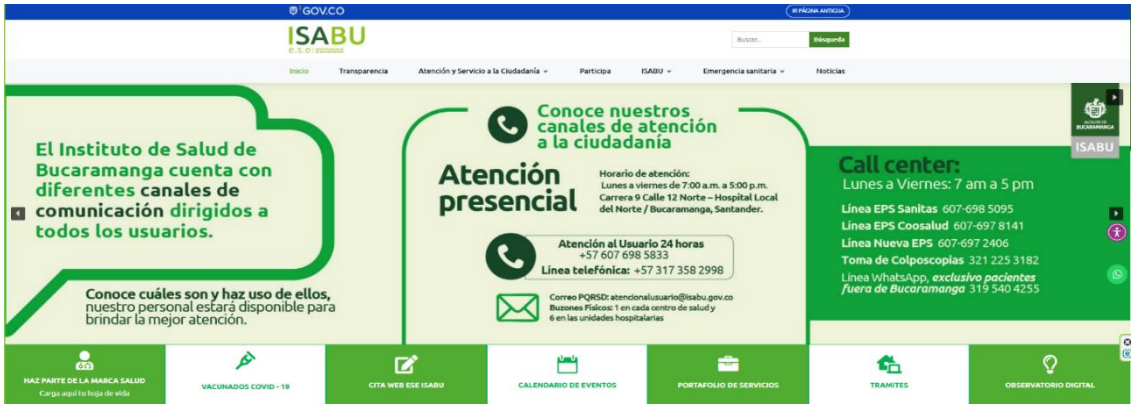
## Metas Propuestas Proceso Atención al Usuario 2025

**ESTRATEGIA 1.** Comunicación con los usuarios

La ESE ISABU Tiene implementado los siguientes mecanismos para recopilar y medir las expectativas y necesidades de los usuarios a través de las PQRSF, orientación y solicitudes:

- página web www.isabu.gov.co
- link para pqrs https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/pqrsd/crear-pqrsd/
- fan page https://es-la.facebook.com/ESEISABUBGA/
- Correo electrónico: atencionalusuario@isabu.gov.co
- Línea telefónica SIAU 3167440481, 3173582998 y 24 horas 607-6985833
- Buzones de PQRS hay 1 en cada centro de salud y 6 en las unidades hospitalarias que se abren semanalmente por el personal de la oficina del SIAU para consolidar y gestionar las PQRS.
- Call center 6985095 – 6978141 – 6972406 operado por personas equipadas con las tecnologías y conocimiento para la asignación de citas de medicina general, especializada y odontología
- Chatboot 3163135778

Ilustración 24 Líneas de atención al usuario



Fuente Atención al Usuario - página web

# 2 PROCESOS MISIONALES – ATENCIÓN EN SALUD

- **PORTAFOLIO DE SERVICIOS POR SEDES Y HORARIOS DE ATENCIÓN RED CENTROS DE SALUD.**

Tabla 30 Servicios y horarios por centros de salud

| SEDE | GRUPO | SERVICIO HABILITADO | SEDE AMBULATORIA HORARIO |
|---|---|---|---|
| **Centro de Salud Bucaramanga** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Vacunación | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Miércoles: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud Café Madrid** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:30 PM. |
| | | Medicina Familiar | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:30 PM. |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:30 PM. |
| | | Nutrición y Dietética | Lunes a viernes: 8:00 AM- 12:00 M. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:30 PM. |
| | | Pediatría | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:30 PM. |
| | | Psicología | Martes: 1:00 PM-4:00 PM. |
| | | Vacunación | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:30 PM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes a Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Servicio Farmacéutico | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:30 PM. |
| | | Radiología Odontológica | Lunes a viernes 2:00 PM a 4:00 pm |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:30 PM. |
| | | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Centro de Salud Campo Hermoso** | Consulta Externa | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Pediatría | Martes y jueves: 7:00 AM- 11:00 AM. |
| | | Vacunación | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Martes y jueves: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud Colorados** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:30 PM. |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:30 PM. |
| | | Nutrición y Dietética | Martes: 11:00 AM-4:00 PM. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:30 PM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Martes y viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje | Lunes a Viernes: 7:00 AM- 11:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:30 PM. |
| **Centro de Salud Comuneros** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:30 PM. |
| | | Nutrición y Dietética | Lunes: 8:00 AM-12:00 M. |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Psicología | Lunes: 1:00 PM-5:00 PM. |
| | | Vacunación | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Martes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud Concordia** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Centro de Salud Cristal Alto** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y | Toma de muestras de laboratorio clínico | Jueves: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | Complementación Terapéutica | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud de Girardot** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Vacunación | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes a Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Servicio Farmacéutico | Lunes a viernes: 7:00 AM-5:00 PM. |
| | | Radiología Odontológica | Lunes a viernes 2:00 PM a 4:00 pm |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| **Centro de salud El Rosario** | Consulta Externa | Endodoncia | Lunes, miércoles, jueves y viernes: 12:00 M-6:00 PM. |
| | | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Ginecobstetricia | Lunes, miércoles, jueves y viernes: 1:00 PM-6:00 PM. |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Medicina Internet | Lunes a viernes: 1:00 PM-6:00 PM. |
| | | Nutrición y Dietética | Martes: 1:00 PM-6:00 PM. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM- 5:300 PM. |
| | | Pediatría | Lunes, miércoles y viernes: 8:00 AM-12:00 M. |
| | | Psicología | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Medicina del Trabajo y Medicina Laboral | Miércoles y viernes: 7:00 AM- 12:00 AM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes a Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Servicio Farmacéutico | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Radiología Odontológica | Lunes a viernes 2:00 PM a 4:00 pm |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud Gaitán** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. |
| | | Vacunación | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes, miércoles y viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. |
| **Centro de Salud IPC** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Nutrición y Dietética | Jueves: 7:00 AM-11:00 AM. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Psicología | Jueves: 7:00 AM-12:00 AM y 1:00PM -4:00 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Jueves y viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Fisioterapia | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| **Centro de Salud Kennedy** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-3:30 PM |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-3:30 PM |
| | | Vacunación | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes a Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud La Joya** | | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina Familiar | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Consulta Externa | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Pediatría | Martes y viernes: 12:00 M-4:00 PM. |
| | | Vacunación | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | Complementación Terapéutica | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud La Libertad** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Ginecobstetricia | Lunes a Viernes: 7:00 AM- 11:00 AM. |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Vacunación | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Martes y viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Fisioterapia | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud Morrorrico** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Ginecobstetricia | Martes: 7:00 AM-11:00 AM. |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Nutrición y Dietética | Viernes: 8:00 AM-12:00 M. |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Pediatría | Lunes: 12:00 M-4:00 PM.<br>Miércoles: 7:00 AM-12:00 M. |
| | | Psicología | Viernes: 8:00 AM-12:00 M. |
| | | Vacunación | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes y miércoles: 6:00 AM- 9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Ginecobstetricia | Martes y jueves: 1:30 AM-4:00 AM. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Centro de Salud Mutis** | | Medicina Familiar | Lunes, miércoles y viernes: 6:30 AM-1:00 PM. |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-5:59 PM. |
| | | Medicina Interna | Martes y jueves: 1:30 AM-3:00 AM. |
| | | Nutrición y Dietética | Jueves y viernes: 1:00 M-5:00 PM. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Pediatría | Lunes a Viernes: 7:00 AM- 11:00 AM. |
| | | Psicología | Jueves y viernes: 1:00 M-5:00 PM. |
| | | Vacunación | Lunes a viernes: 6:00 AM-5:59 PM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes a Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Servicio Farmacéutico | Lunes a viernes: 6:00 AM-5:59 PM. |
| | | Radiología Odontológica | Lunes a viernes 2:00 PM a 4:00 pm |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:00 PM |
| **Centro de Salud Pablo VI** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Nutrición y Dietética | Jueves: 8:00 AM-12:00 M. |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Pediatría | Lunes, miércoles y viernes: 6:00 AM-12:00 AM. |
| | | Psicología | Jueves: 8:00 AM-12:00 M. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes a Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud Regaderos** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Miércoles y jueves: 6:00 AM- 9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| **Centro de Salud San Rafael** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:30 AM-4:30 PM. Viernes 6:30 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:30 AM-4:30 PM. Viernes 6:30 AM-3:30 PM |
| | | Nutrición y Dietética | Miércoles: 11:00 AM-4:00 PM. |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:30 AM-4:30 PM. Viernes 6:30 AM-3:30 PM |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Psicología | Jueves: 11:00 AM-4:00 PM. |
| | | Vacunación | Lunes a viernes: 6:30 AM-4:30 PM. Viernes 6:30 AM-3:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes y jueves: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:30 AM-4:30 PM. Viernes 6:30 AM-3:30 PM |
| **Centro de Salud Santander** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Odontología General | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Martes y jueves: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 6:00 AM-3:30 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| **Centro de Salud Toledo Plata** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Nutrición y Dietética | Martes: 8:00 AM-12:00 M. |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes: 7:00 AM-3:30 PM |
| | | Psicología | Martes: 1:00 PM-5:00 PM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Lunes a Viernes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Servicio Farmacéutico | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 7:00 AM-4:30 PM. Viernes 7:00 AM-3:00 PM |
| **Centro de Salud Villa Rosa** | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a jueves: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Medicina General | Lunes a jueves: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Nutrición y Dietética | Jueves: 12:00 M-3:00 PM. |
| | | Odontología General | Lunes a jueves: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |
| | | Psicología | Jueves: 11:00 AM-4:00 PM. |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Toma de muestras de laboratorio clínico | Martes: 6:00 AM-9:00 AM. |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a jueves: 6:00 AM-4:00 PM. Viernes 6:00 AM-2:30 PM |

Fuente Subdirección Científica

- **Portafolio de servicios por sedes y horarios de atención unidades hospitalarias.**

Tabla 31 Servicios y horarios por Unidad Hospitalaria

| SEDE | GRUPO | SERVICIO HABILITADO | SERVICIOS AMBULATORIA HORARIO | SERVICIOS HOSPITALARIOS HORARIO |
|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL LOCAL DEL NORTE | Internación | Hospitalización Adultos | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Hospitalización Pediátrica | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | Quirúrgicos | Cirugía General | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Cirugía Ginecológica | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Cirugía Ortopédica | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | Consulta Externa | Anestesia | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Cirugía General | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Dermatología | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Enfermería | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Ginecobstetricia | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Medicina Familiar | Lunes, miércoles y viernes: 2:00 PM- 4:00 PM. | |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Medicina Internet | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Nutrición y Dietética | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Ortopedia y/o Traumatología | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Pediatría | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Psicología | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. Sábados 7:00 AM- 2:00 PM | |
| | | Vacunación | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementac | Laboratorio Clínico | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Toma de muestras | | Lunes a Domingo 24 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ión Terapéutica | de laboratorio clínico | | horas |
| | | Servicio Farmacéutico | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Terapia Respiratoria | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Fisioterapia | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. | |
| | | Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | | Imágenes Diagnósticas - Ionizantes | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Imágenes Diagnósticas - No Ionizantes | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | Atención Inmediata | Atención del Parto | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Urgencias | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Transporte asistencial Básico | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Transporte asistencia medicalizado | | Lunes a Domingo 24 horas |
| **UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA** | Internación | Hospitalización Adultos | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Hospitalización Pediátrica | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | Consulta Externa | Enfermería | Lunes a viernes: 7:00 AM-5:00 PM. | |
| | | Ginecobstetricia | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | | Medicina General | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | | Nutrición y Dietética | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | | Pediatría | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | | Psicología | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | | Vacunación | Lunes a domingo: 7:00 AM-4:00 PM | |
| | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | Laboratorio Clínico | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Toma de muestras de laboratorio clínico | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Servicio Farmacéutico | | Lunes a Domingo 24 horas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Terapia Respiratoria | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | | Fisioterapia | Lunes a viernes: 6:00 AM-6:00 PM. | |
| | | Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje | Lunes a viernes: 1:00 PM-6:00 PM. | |
| | | Imágenes Diagnósticas - Ionizantes | | Lunes a Domingo 24 horas |
| | | Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | Lunes a viernes: 7:00 AM-4:59 PM. | |
| | Atención Inmediata | Atención del Parto | | Lunes a Domingo 24 horas |

Fuente Subgerencia Científica

- **Capacidad instalada**

La capacidad instalada en cada una de las sedes es la siguiente:

Tabla 32 Capacidad instalada centros de salud

| Unidad Operativa | N° Consultorios Medicina General | N° Consultorios Prioritaria | N° Especialistas | N° Enfermería | N° Odontología | N° U Odontológicas | N° RX Odontología | N° Fisioterapia | N° Fonoaudiología | N° Vacunación | N° Citologías | N° Procedimientos | N° Sala ERA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bucaramanga | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Café Madrid | 6 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Campo Hermoso | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Colorados | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Comuneros | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Concordia | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Cristal Alto | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Gaitán | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Girardot | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| IPC | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Kennedy | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| La Joya | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Libertad | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Morrorico | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Mutis | 12 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pablo VI | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Regaderos | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Rosario | 8 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| San Rafael | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Santander | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Toledo Plata | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Villa Rosa | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| UH UIMIST | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| UH HLN | 4 | 1 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| **Total** | **93** | **6** | **10** | **26** | **21** | **24** | **4** | **3** | **2** | **14** | **24** | **14** | **5** |

Fuente **Capacidad Instalada**

Tabla 33 Capacidad Instalada centros de salud

| Unidad Operativa | N° Áreas de toma Laboratorios. | Procesamiento de laboratorios. | N° RX Fijo | N° RX Portátil | N° Consultorio de Urgencias | N° Camillas de Observación | N° Sala de Partos | N° Camillas Preparto | N° Camillas Posparto | N° Quirófanos | N° Camillas | N° Camas | N° Esterilización | N° Farmacia | N° Trasporte AB | N° Trasporte AM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bucaramanga | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Café Madrid | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Campo Hermoso | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Colorados | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Comuneros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Concordia | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Cristal Alto | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Gaitán | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Girardot | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| IPC | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Kennedy | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| La Joya | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Libertad | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Morrorico | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Mutis | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Pablo VI | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Regaderos | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rosario | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| San Rafael | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Santander | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Toledo Plata | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Villa Rosa | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Fuente Capacidad Instalada

Tabla 34 Capacidad Instalada Unidades Hospitalarias

| Unidad Operativa | N° Áreas de toma Laboratorios | Procesamiento de laboratorios | N° RX Fijo | N° RX Portátil | N° Consultorio de Urgencias | N° Camillas de Observación | N° Sala de Partos | N° Camillas Preparto | N° Camillas Posparto | N° Quirófanos | N° Camillas | N° Camas | N° Esterilización | N° Farmacia | N° Trasporte AB | N° Trasporte AM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UH UIMIST | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 26 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| UH HLN | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 28 | 2 | 6 | 5 | 3 | 6 | 98 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| **Total** | **24** | **2** | **2** | **1** | **10** | **32** | **4** | **10** | **9** | **3** | **6** | **124** | **23** | **6** | **1** | **2** |

Fuente Subgerencia científica

- **Red de atención ESE ISABU por comunas**

Los usuarios de la ESE ISABU pueden acceder a la prestación de servicios de salud más cercana a su lugar de residencia o ubicación geográfica. A continuación, se presenta el listado de comunas, con los barrios que pertenecen a ella y el Centro de Salud ubicado en el área para facilitar su acceso.

Tabla 35 Red de Atención por Comunas

| COMUNA | BARRIOS POR COMUNAS | CENTROS DE SALUD POR COMUNA |
|---|---|---|
| 1 | Comuna 1 Norte<br>El Rosal, Colorados, Café Madrid, Las Hamacas, Altos del Kennedy, Kennedy, Balcones del Kennedy, Las Olas, Villa Rosa (sectores I, II y III), Omagá (sectores I y II), Minuto de Dios, Tejar Norte (sectores I y II), Miramar, Miradores del Kennedy, El Pablón (Villa Lina, La Torre, Villa Patricia, Sector Don Juan, Pablón Alto y<br>Bajo). | Centro de Salud Café Madrid<br>Centro de Salud Colorados<br>Centro de Salud Kennedy<br>Centro de Salud Villa Rosa |
| 2 | Comuna 2 Nororiental<br>Los Ángeles, Villa Helena I y II, José María Córdoba, Esperanza I, II y III, Lizcano I y II, Regadero Norte, San<br>Cristóbal, La Juventud, Transición I, II, III, IV y V, La Independencia, Villa Mercedes, Bosque Norte | Centro de Salud IPC<br>Centro de Salud Regaderos |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | Comuna 3 San Francisco<br>Norte Bajo, San Rafael, El Cinal, Chapinero,<br>Comuneros, La Universidad, Mutualidad, Modelo, San Francisco, Alarcón | Centro de Salud Comuneros<br>Centro de Salud San Rafael |
| 4 | Comuna 4 Occidental<br>Gaitán, Granadas, Nariño, Girardot, La Feria, Nápoles, Pío XII, 23 de junio, Santander, Don Bosco, 12 de octubre, La Gloria | Centro de Salud Santander |
| 5 | Comuna 5 García Rovira<br>Quinta Estrella, Alfonso López, La Joya, Chorreras de Don Juan, Campohermoso, La Estrella, Primero de Mayo | Centro de Salud Campo Hermoso<br>Centro de Salud La Joya |
| 6 | Comuna 6 La Concordia<br>La Concordia, San Miguel, Candiles, Aeropuerto, Gómez Niño, Ricaurte, La Ceiba, La Salle, La Victoria | Centro de Salud Concordia |
| 7 | Comuna 7 La Ciudadela<br>Ciudadela Real de Minas | Centro de Salud Mutis |
| 8 | Comuna 8 Sur Occidente<br>San Gerardo, Antiguo Colombia, Los Canelos,<br>Bucaramanga, Cordoncillo I y II, Pablo VI, 20 de Julio, África, Juan XXIII, Los Laureles | Centro de Salud Bucaramanga<br>Centro de Salud Pablo VI |
| 9 | Comuna 9 La Pedregosa<br>Quebrada la Iglesia, Antonia Santos Sur, San Pedro<br>Claver, San Martín, Nueva Granada, La Pedregosa, La Libertad, Diamante I, Villa Inés, Asturias, Las Casitas | Centro de Salud Libertad |
| 10 | Comuna 10 Provenza<br>Diamante II, San Luis, Provenza, El Cristal, Fontana, Granjas de Provenza | Centro de Salud Cristal Alto |
| 11 | Comuna 11 Sur<br>Ciudad Venecia, Villa Alicia, El Rocío, Toledo Plata, Dangond, Manuela Beltrán I y II, Igzabelar, Santa María, Los Robles, Granjas de Julio Rincón, Jardines de Coaviconsa, El Candado, Malpaso, El Porvenir, Las Delicias | Centro de Salud Toledo Plata |
| 12 | Comuna 12 Cabecera del llano<br>Cabecera del Llano, Sotomayor, Antiguo Campestre, Bolarquí, Mercedes, Puerta del Sol, Conucos, El Jardín,<br>Pan de Azúcar, Los Cedros, Terrazas, La Floresta | Centro de Salud Rosario |
| 13 | Comuna 13 Oriental<br>Los Pinos, San Alonso, Galán, La Aurora, Las Américas, El Prado, Mejoras Públicas, Antonia Santos, Bolívar, Álvarez | Centro de Salud Rosario |
| 14 | Comuna 14 Morrorico<br>Vegas de Morrorico, El Diviso, Morrorico, Albania, Miraflores, Buenos Aires, Limoncito, Los Sauces | Centro de Salud Morrorico |
| 15 | Comuna 15 Centro<br>Centro, García Rovira | Centro de Salud Gaitán<br>Centro de Salud Girardot |
| 16 | Comuna 16 Lagos del Cacique<br>Lagos del Cacique, El Tejar, San Expedito | Centro de Salud Libertad |
| 17 | Comuna 17 Mutis<br>Mutis, Balconcitos, Monterredondo, Héroes, Estoraques I y II, Prados del Mutis | Centro de Salud Mutis |

Fuente Sugerencia científica

## 2.1 ATENCIÓN AMBULATORIOS

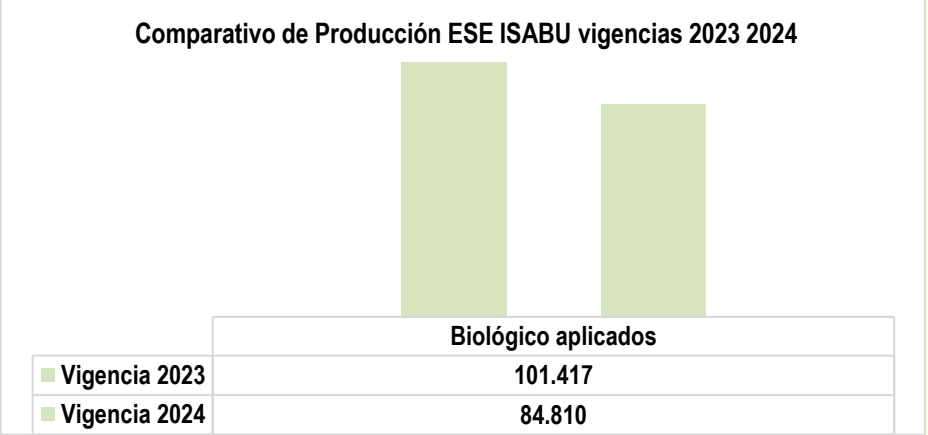
## DOSIS DE BIOLÓGICOS APLICADOS

Tabla 36 Dosis de biológicos

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | VIGENCIA 2024 VS VIGENCIA 2023 | |
| Biológico aplicados | 101.417 | 84.810 | -37% | -16% | **-27%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Ilustración 25 Estadística Dosis biológicos




Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Durante el año 2024, se llevaron a cabo las jornadas nacionales de vacunación con el objetivo de informar, educar e incentivar a la población a completar sus esquemas de vacunación. A través de estas jornadas, se difundió el mensaje de que las vacunas son seguras y salvan vidas, destacando que los riesgos de contraer una enfermedad grave son significativos. Además, se enfatizó que todos los esquemas de vacunación ofrecidos por la ESE ISABU son gratuitos para toda la población, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Plan de Intensificación de la Vacunación en Colombia**

Asimismo, se implementó el plan de intensificación de la vacunación en Colombia, siguiendo los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud Municipal de Bucaramanga. Se cumplió con el cronograma de vacunación extramural e intramural en diversos lugares, incluyendo:

- Barrios
- Instituciones Educativas
- Centros de Larga Estancia

- Estaciones de Policía
- Centros de Desarrollo Infantil (CDI)
- Fundaciones
- Población Privada de la Libertad
- Móvil de Salud Urbana
- Vacunación en corregimientos con la móvil rural

Gracias a estos esfuerzos, se ha logrado garantizar que más personas estén protegidas contra enfermedades graves. La ESE ISABU, en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud Municipal de Bucaramanga, continúa comprometida con la promoción de la salud y el bienestar de todos los ciudadanos.

Durante el periodo 2024, se aprecia una disminución en la aplicación de Biológicos, en referencia al año anterior, diferencia que corresponde a las dosis de COVID aplicadas en 2023 y los desabastecimientos presentados durante el 2024.

## DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER CÉRVIX

Tabla 37 Estadísticas Detección temprana cáncer cérvix

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | VIGENCIA 2024 VS VIGENCIA 2023 | |
| Citologías Cervicovaginales | 10.859 | 8.230 | 15% | -24% | **-4%** |

Fuente Informe producción Decreto 2193/04

Los centros con más tomas de muestras son: Café Madrid, Rosario, Mutis y Girardot.

### Trabajo Conjunto para la Toma de Citologías

La ESE ISABU, en colaboración con la academia, ha implementado una estrategia innovadora para mejorar la demanda de citologías entre sus usuarias. A través del envío de mensajes personalizados, se ha logrado incentivar a un mayor número de mujeres a realizarse este importante examen preventivo.

### Métodos Utilizados

Para alcanzar este objetivo, se emplearon los siguientes métodos:

- **Colaboración con la Academia**: Se trabajó conjuntamente con instituciones académicas para desarrollar y enviar mensajes informativos y motivacionales a las usuarias.

- **Mensajes Personalizados**: Se enviaron mensajes personalizados a las usuarias, destacando la importancia de la citología y los beneficios de realizarse el examen.
- **Seguimiento y Evaluación**: Se realizó un seguimiento continuo de la respuesta de las usuarias y se evaluó la efectividad de los mensajes enviados.

**Resultados y Desafíos**

Este esfuerzo resultó en una demanda efectiva, logrando intervenir a **8,230 mujeres** mediante la realización de citologías. Este resultado, alcanzado a pesar de los desafíos asociados a la negación de la población para acceder a los servicios preventivos, refleja el compromiso constante de la ESE ISABU por fortalecer la atención y garantizar la intervención oportuna de la población afiliada.

## CONSULTA DE MEDICINA ELECTIVA

Tabla 38 Estadística consulta medicina electiva

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | VIGENCIA 2024 VS VIGENCIA 2023 | |
| Consultas de Medicina General Electivas | 294.512 | 272.546 | 10% | -7% | **1%** |

Fuente Informe producción Decreto 2193/04

Durante el periodo evaluado de la vigencia 2024, se realizaron un total de **272,546 atenciones** en consultas de medicina general electiva o programada. Estas atenciones se llevaron a cabo en diversas instituciones educativas, centros de larga estancia, hogares de bienestar y entre la población privada de la libertad. Además, se realizaron actividades intramurales en la red de centros de salud y con la móvil rural, en el marco de los programas de promoción y prevención, tales como:

- Consultas de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Ruta de Atención Materno Perinatal.
- Consultas de atención de morbilidad, prioritarias y programas especiales como riesgo cardiovascular.

**Actividades Relevantes para el Fortalecimiento de la Consulta Externa**

Entre las actividades más destacadas realizadas durante la vigencia para fortalecer la consulta externa se encuentran:

- **Información y Educación**: Se brindó información y educación a los usuarios del régimen subsidiado de las EAPB Coosalud, Sanitas y Nuevas EPS en los ciclos de vida de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud y Adultez en el municipio de Bucaramanga, abarcando diversos entornos como el hogar, la comunidad, instituciones

y escuelas.

- **Participación en Actividades Extramurales**: Se participó en actividades extramurales como "Nos vemos en el barrio", convenios interadministrativos y jornadas mensuales de vacunación y educación.
- **Optimización de la Atención al Usuario**: Se realizaron talleres para optimizar la atención al usuario y mejorar los tiempos de respuesta en el proceso de admisión.
- **Capacitación del Personal Asistencial**: Se capacitó a todo el personal asistencial, incluyendo al cuerpo médico de consulta externa, en Triage, fortaleciendo las competencias debido a la rotación de personal en los diferentes servicios.

## CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ELECTIVA

Tabla 39 Estadística medicina especializada electiva

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | VIGENCIA 2024 VS VIGENCIA 2023 | |
| Consultas de Medicina Especializada Electivas | 27.343 | 29.933 | 28% | 9% | **19%** |

Fuente Informe producción Decreto 2193/04

**Distribución de la Atención**

**Centros de Salud y Unidades Hospitalarias**

La consulta externa especializada electiva o programada se lleva a cabo en diversas instalaciones, siendo una práctica común tanto en la red de centros de salud como en unidades hospitalarias. Sin embargo, las unidades hospitalarias tienen un mayor volumen de producción de consultas.

Los Centros de Salud: **Rosario, La Joya, Morrorico, Pablo VI y Mutis**, ofrecen consultas en las siguientes especialidades:

- Medicina Interna
- Pediatría
- Salud Ocupacional
- Medicina Familiar

**Hospital Local del Norte**

Las especialidades ofrecidas para consulta electiva incluyen:

- Anestesiología

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Interna
- Pediatría

**UIMIST**

En la UIMIST, las especialidades disponibles son:

- Pediatría
- Ginecobstetricia

**Compromiso para el Año 2025**

En el año 2025, el compromiso es seguir mejorando la atención brindada a los usuarios mediante las siguientes acciones:

- **Ampliación de Especialidades y Servicios:** Incorporar más especialistas para aumentar la oferta y mejorar la oportunidad de atención.
- **Optimización de la Gestión de Citas:** Trabajar en la optimización de la gestión de citas y la reducción de los tiempos de espera.
- **Atención Personalizada y Eficiente:** Asegurar una atención más personalizada y eficiente en todas las sedes.
- **Nuevas Estrategias de Comunicación:** Implementar nuevas estrategias de comunicación para mantener a los usuarios informados y facilitar su acceso a las consultas especializadas.

El objetivo es ofrecer una atención de calidad, con procesos mejorados y personal capacitado, para garantizar el bienestar y la satisfacción de todos los pacientes.

## OTRAS CONSULTAS ELECTIVAS

Tabla 40 Estadística otras consultas

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | VIGENCIA 2024 VS VIGENCIA 2023 | |
| Otras Consultas Electivas Otros profesionales (Psicología, Nutricionista, etc.) | 13.393 | 11.254 | 23% | -16% | **4%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Además de las consultas realizadas por médicos y enfermeras, existen otras consultas electivas llevadas a cabo por diversos profesionales de la salud. Estas incluyen:

**Nutrición:** Evaluaciones y asesorías nutricionales para promover una alimentación saludable y prevenir enfermedades.
**Psicología**: Consultas psicológicas para el apoyo emocional y mental de los pacientes.
**Trabajo Social:** Intervenciones y apoyo social para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los usuarios.
**Terapias:** Valoraciones y tratamientos realizados por terapeutas, que pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, entre otras.

Estas consultas son fundamentales para dar respuesta a las siguientes rutas de atención:

**Ruta Cardiometabólica:** Enfocada en la prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

**Ruta Materno perinatal:** Dirigida a la atención integral de la madre y el recién nacido, asegurando un cuidado adecuado durante el embarazo, parto y postparto.

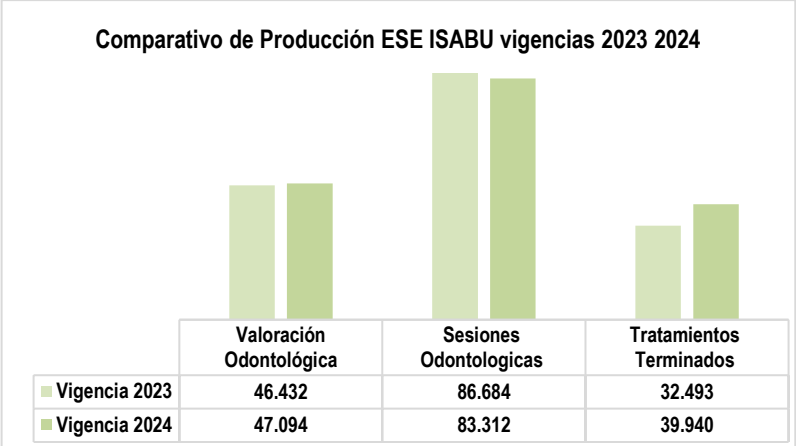
## SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

Tabla 41 Estadística servicio odontología

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Valoración Odontológica | 46.432 | 47.094 | 3% | 1% | **2%** |
| Sesiones Odontológicas | 86.684 | 83.312 | 6% | -4% | **1%** |
| Tratamientos Terminados | 32.493 | 39.940 | 42% | 23% | **33%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Ilustración 26 Comparativo producción




Fuente Informe Producción Decreto 2193/04

La ESE ISABU ofrece servicios de odontología en **21** de sus **24 sedes**, asegurando una amplia cobertura para la atención dental de la comunidad. En cada una de estas sedes, se cuenta con un equipo compuesto por odontólogos e higienistas orales.

**Funciones del Higienista Oral**

Los higienistas orales desempeñan un papel crucial en el servicio de odontología, realizando tanto acciones rutinarias de apoyo al odontólogo como procedimientos básicos de promoción y prevención. Entre sus funciones se incluyen:

- **Apoyo al Odontólogo**: Asistencia en procedimientos dentales y manejo de instrumentos.
- **Promoción de la Salud Oral**: Educación a los usuarios sobre prácticas de higiene bucal y prevención de enfermedades dentales.
- **Procedimientos Preventivos**: Realización de limpiezas dentales, aplicación de flúor y sellantes, y detección temprana de problemas dentales.
- **Revisión de base de datos:** Realización de demanda inducida según curso de vida.

Tabla 42 Estadística Higiene Oral

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Sellantes Aplicados | 14.561 | 13.069 | -16% | -10% | -13% |
| Superficies Obturadas | 29.442 | 25.798 | 23% | -12% | 5% |
| Exodoncias | 3.342 | 2.712 | -12% | -19% | -16% |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

**Actividades Extramurales y Jornadas de Salud**

**Salidas Extramurales**

Se realizaron salidas extramurales en varios centros de salud, incluyendo:

- Bucaramanga
- Cristal
- Comuneros
- Libertad
- Gaitán
- Villa Rosa
- Colorados

- Morrorico

**Jornadas de Intensificación de Barniz**

Durante los días asignados, se llevaron a cabo las jornadas de intensificación de barniz bajo el programa **"Soy Generación más Sonriente"**.

**Gestión de Datos y Apoyo Administrativo**

- **Envío de Base de Datos**: Se envió la base de datos de la población de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia con atención en odontología para solicitar apoyo en el direccionamiento de estos para la segunda aplicación de barniz.
- **Apoyo Administrativo**: Personal de apoyo administrativo estuvo presente en las filas y salas de espera de los centros de salud para brindar asistencia en la asignación de citas de promoción y prevención.

**Gestión de Citas**

- **Reemplazo de Pacientes Inasistentes**: Se gestionó el reemplazo de pacientes inasistentes.
- **Cumplimiento de Citas**: Se aseguró el cumplimiento con la cantidad de citas de acuerdo con las horas contratadas.

## CONSULTAS DE MEDICINA URGENTES

Tabla 43 Estadística consulta medicinas urgentes

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Consultas de Medicina General Urgentes | 43.179 | 40.577 | 0% | -6% | **-3%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Las actividades realizadas durante la vigencia estuvieron encaminadas a mejorar la calidad de la prestación del servicio mediante:

- **Socialización de Protocolos de Manejo**: Se llevaron a cabo sesiones de socialización de protocolos de manejo para asegurar la estandarización y calidad en la atención.
- **Capacitación Formativa**: Se ofrecieron capacitaciones formativas al personal asistencial para fortalecer sus competencias y habilidades.

**Mejoras en Infraestructura y Atención**

- **Gestión de Mobiliario Nuevo**: Se gestionó la adquisición de mobiliario nuevo para mejorar las condiciones de trabajo y la comodidad de los pacientes.
- **Adecuación de Instalaciones**: Se adecuaron las instalaciones para mejorar la atención humanizada en el servicio de urgencias, creando un ambiente más acogedor y eficiente.

**Implementación de Planes de Cuidado**

- **Plan de Cuidados para Pacientes con Dengue**: Se implementó un plan de cuidados específico para pacientes con dengue con signos de alarma, articulando el componente asistencial con la historia clínica electrónica Panacea para asegurar un seguimiento integral y personalizado.

## CONSULTAS DE MEDICINA ESPECIALIZA ELECTIVA URGENTES

Tabla 44 Estadística consulta medicina especializada

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Consultas de Medicina Especializada Urgentes | 24.397 | 23.340 | 14% | -4% | **5%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Las interconsultas especializadas se realizan en unidades hospitalarias. En el **HLN** se tienen habilitadas las siguientes especialidades:

- Anestesiología
- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Interna
- Ortopedia y/o Traumatología
- Pediatría

Por su parte, en la **UIMIST** se prestan las especialidades de:

- Pediatría
- Ginecobstetricia

**Impacto de la Atención Especializada en 2024**

Durante el año 2024, un aspecto fundamental fue la **disponibilidad oportuna de los especialistas**. La atención en Medicina Especializada Urgente e Interconsulta impactó a un total de **23,340 pacientes** en las unidades hospitalarias HLN y UIMIST.

Esta modalidad de atención fue clave para proporcionar respuestas rápidas y especializadas a los pacientes que requirieron atención urgente. Se garantizó en todo momento la presencia oportuna de los especialistas necesarios para cada tipo de consulta, lo que permitió brindar una atención de calidad, reducir tiempos de espera y mejorar la respuesta ante situaciones críticas.

## PACIENTES EN OBSERVACIÓN

Tabla 45 Estadística Pacientes Observación

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Pacientes Observados | 3.135 | 5.011 | -7% | 60% | **26%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Durante esta vigencia, se realizaron diversas actividades encaminadas a mejorar la calidad de la atención y el fortalecimiento del talento humano asistencial:

**Comunicación y Atención Humanizada**

- **Mejora de la Comunicación Efectiva**: Se implementaron estrategias para mejorar la comunicación efectiva entre el personal asistencial, logrando una atención oportuna y humanizada a los usuarios.

**Actualización Documental**

- **Sistema de Gestión de Calidad**: Se continuó reforzando la actualización documental del sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con las necesidades identificadas en guías de manejo nacional e internacional (OMS-OPS).

**Monitoreo y Seguimiento**

- **Indicadores del Servicio de Urgencias**: Se realizó monitoreo y seguimiento de las desviaciones de los indicadores del servicio de urgencias, estableciendo acciones de mejora.

**Capacitación Continua**

- **Protocolo de Clasificación de Triage**: Se fortaleció la capacitación continua del protocolo de clasificación de Triage, incluyendo la actualización y evaluación de estos.

**Evaluación de Consultas de Urgencias**

- **Calidad de la Historia Clínica**: Se monitoreó y evaluó el comportamiento de las consultas de urgencias, la calidad de la historia clínica y la pertinencia de la observación y/o hospitalización.

**Programa de Humanización del Servicio**

Se implementaron estrategias para cumplir con el programa de humanización del servicio **"ISABU Digno y con Respeto"**: 5.3.2.1 Objetivo: Fortalecer los valores y principios del personal de salud, que permita brindar un servicio con calidad y calidez para el mejoramiento de las buenas relaciones entre el personal de salud y los usuarios mediante estrategias lúdicas de reflexión y aprendizaje, garantizando el respeto a comunidades vulnerables, usuarios con tradiciones, creencias y valores diferentes. 5.3.2.2 Estrategia: Brindar una atención integral de calidad, destacando los principios del personal de Salud que permitan la buena relación con el usuario reflejando el respeto.

## 2.2 INTERNACIÓN

### EGRESOS HOSPITALARIOS

Tabla 46 Estadística egresos hospitalarios

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Egresos Hospitalarios | 8.110 | 6.753 | 9% | -17% | **-4%** |
| Días Estancia de Egresos | 23.032 | 23.190 | 20% | 1% | **10%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Las unidades hospitalarias adecuaron espacios apropiados que cumplen con las normas de habilitación, disponibles para la hospitalización de los usuarios. Estos espacios garantizan:

- **Seguridad**: Áreas seguras que no presentan cruce de infecciones.
- **Atención Integral**: Brindando una atención integral y segura.
- **Minimización del Contagio Nosocomial**: Con el objetivo de minimizar el contagio nosocomial en la población atendida en el servicio.

**Plan de Humanización del Servicio**

Se implementó un plan de humanización del servicio, integrando:

- **Atención al Usuario (SIAU)**: Mejorando la experiencia del paciente y su familia.
- **Coordinador Médico**: Supervisando la calidad de la atención.
- **Líder del Servicio de Internación**: Asegurando una estancia hospitalaria confortable en el Hospital Local del Norte.

**Proceso de Atención de Enfermería**

Se proyectó la implementación del proceso de atención de enfermería en el servicio de internación del Hospital Local del Norte, específicamente para la población afectada por dengue con signos de alarma. Esta iniciativa se basa en la experiencia exitosa en el servicio de urgencias.

## INDICADORES HOSPITALARIOS

Tabla 47 Indicadores de producción

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| **Porcentaje Ocupacional** | **78,0%** | **77,3%** | 49% | -1% | **24%** |
| **Promedio Días Estancia** | **2,8** | **3,4** | 10% | 21% | **16%** |
| **Giro Cama Mes** | **7,6** | **6,3** | -75% | -17% | **-46%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

**Análisis de la Estancia Hospitalaria en 2024**

Durante la vigencia de 2024, se observó que el número de días de estancia hospitalaria fluctuó entre **3 y 4 días**. Este indicador refleja la alta hospitalización de usuarios de mediana complejidad, especialmente en las áreas de **Medicina Interna** y **Pediatría**.

A pesar de la alta demanda, se continúa evidenciando eficiencia y resolutividad institucional.

### 2.3 CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTO

## CIRUGÍAS

Tabla 48 Estadística cirugía

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Total, de Cirugías | 3.220 | 3.281 | 14% | 2% | **8%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

Tabla 49 Estadística cirugía

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Cirugías Grupos 2-6 | 1.323 | 1.376 | -2% | 4% | **1%** |
| Cirugías Grupos 7-10 | 1.650 | 1.798 | 30% | 9% | **19%** |
| Cirugías Grupos 11-13 | 182 | 105 | 3% | -42% | **-19%** |
| Cirugías Grupos 20-23 | 65 | 2 | 103% | -97% | **3%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

**Análisis de Grupos Quirúrgicos**

Entre los grupos quirúrgicos, se observa que el mayor número de cirugías se realiza en los grupos **7 al 10**, seguido por los grupos **2 al 6**. En tercer lugar, se encuentran los grupos **11 al 13**, y finalmente, las cirugías menos numerosas corresponden a los grupos **20 al 23**.

Se han intensificado las medidas de seguridad quirúrgica con el fin de reducir al mínimo la ocurrencia de eventos adversos durante las intervenciones. Estas medidas incluyen:

- **Implementación de Protocolos Rigurosos**: A través de un trabajo coordinado, se han establecido protocolos estrictos para garantizar la seguridad de los pacientes.
- **Reducción de Complicaciones Postquirúrgicas**: Gracias a la mejora continua en la atención quirúrgica, se ha logrado reducir significativamente las complicaciones postquirúrgicas.

El seguimiento exhaustivo de los pacientes, combinado con una gestión documental eficiente, ha permitido identificar y abordar de manera oportuna cualquier riesgo potencial, y brindar una atención de calidad y cálida a todos los pacientes, asegurando su bienestar y recuperación.

La **ESE ISABU** se ha comprometido con la mejora continua de la atención quirúrgica, enfocándose en el **Bienestar del Paciente**, mediante una atención integral y humanizada.

## PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS

Tabla 50 Estadística partos

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Partos Vaginales | 530 | 432 | -38% | -18% | **-28%** |
| Partos por Cesárea | 371 | 317 | -25% | -15% | **-20%** |
| Partos atendidos en Total | 901 | 749 | -33% | -17% | **-25%** |

Fuente 3 Informe Producción Decreto 2193/04.

**Estrategias para Mejorar la Experiencia de Parto en el Hospital Local del Norte**

Mostrar el lugar de nacimiento a las madres gestantes y sus familias antes del parto en el Hospital Local del Norte es una estrategia que puede tener un impacto significativo en la experiencia de parto, promoviendo un entorno más positivo y menos estresante. Al reducir la incertidumbre, aumentar la confianza y mejorar la comunicación entre el personal médico y la familia, esta estrategia contribuye a una mayor sensación de seguridad y control.

Los **PASADÍA** se enfocaron en el manejo farmacológico y no farmacológico del dolor. Es fundamental explicar a las pacientes antes del parto el uso del balón de yoga, la posición adecuada para el parto, el pujo correcto y las técnicas de respiración.

- **Balón de Yoga**: Una herramienta valiosa para aliviar el dolor y promover una mejor postura durante el trabajo de parto.
- **Posición Adecuada para el Parto**: Un aspecto crucial que debe abordarse antes del evento.
- **Pujo Correcto**: Vital para evitar complicaciones, ya que un pujo inadecuado puede llevar a un esfuerzo innecesario o incluso a desgarros.
- **Técnicas de Respiración**: Explicar a las pacientes técnicas de respiración, como la respiración profunda y en patrones controlados, les ayuda a mantenerse relajadas, controlar el dolor y mejorar la oxigenación tanto para ellas como para el bebé.

Educar a las pacientes antes del parto sobre el uso del balón de yoga, las posiciones adecuadas, el pujo correcto y la respiración no solo les proporciona herramientas para enfrentar el dolor de manera más efectiva, sino que también les otorga un mayor sentido de control y confianza en el proceso. Además, se realizará un recorrido para que conozcan e identifiquen el servicio donde será atendido su parto y el equipo de salud que las acompañará en este proceso.

**Parto Humanizado**

Para la **ESE ISABU**, es fundamental garantizar el parto humanizado en el marco de la Ley 2244 de 2022. Se llevan a cabo sub-estrategias como:

- **Promoción de la Presencia del Padre**: Fomentar la presencia del padre en el momento del parto.
- **Captura del Momento del Nacimiento**: Mediante fotografías, tanto del parto como de la primera interacción familiar, se documenta un evento único y significativo en la vida de la familia. Este enfoque contribuye a crear un ambiente de respeto, intimidad y emocionalidad en el proceso de parto.

## 2.4 APOYO TERAPÉUTICO

### SESIONES DE TERAPIAS

Tabla 51 Estadística sesiones de terapia

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Terapias Respiratorias | 3.478 | 3.114 | -27% | -10% | **-19%** |
| Terapias Físicas | 11.303 | 13.391 | 13% | 18% | **16%** |
| Otras Terapias | 0 | 170 | -100% | 0% | **-50%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

El comportamiento de la producción en el servicio está relacionado con el proceso de **Autorizaciones de las Aseguradoras de Planes de Beneficios**, además de las atenciones hospitalarias. En el cuarto trimestre se observa un decrecimiento debido a la disminución de la remisión de terapias en el servicio de internación, tanto físicas como respiratorias. Igualmente, en terapia de lenguaje solo se está haciendo atención en el área de internación y se están realizando exámenes de otoemisiones a los neonatos, pero no se registran en la producción del 2193.

Durante esta vigencia, se ha continuado fortaleciendo la atención en las **Salas ERA** a menores de 6 años, proporcionando una respuesta oportuna con el fin de disminuir el índice de complicaciones por infecciones respiratorias agudas. Se ha capacitado al personal de salud de las unidades ambulatorias y hospitalarias en el manejo de atención oportuna y las rutas de atención en salas ERA institucionales.

El equipo de profesionales de fisioterapia y la fonoaudióloga ha participado en las diferentes capacitaciones programadas por la institución, con el fin de garantizar una atención de calidad y satisfacer las necesidades de los usuarios con un trato humanizado, eficiente y seguro.

Se realizaron grupos primarios mensuales con el personal, dando cumplimiento a la resolución 482 del 2019, para socializar los temas de interés en el servicio.

## SERVICIO FARMACÉUTICO

Tabla 52 Estadística formulas entregadas

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | Vigencia 2024 Vs Vigencia 2023 | |
| Servicio Farmacéutico - Formulas Entregadas | 139.116 | 187.754 | 15% | 35% | **25%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

### Servicio de Farmacia

El servicio de farmacia ha garantizado la dispensación de **187,754 moléculas** durante el período evaluado.

### Distribución Estratégica de Farmacias

El servicio farmacéutico está conformado por **7 farmacias** distribuidas estratégicamente para dar cobertura y garantizar el acceso a toda la población subsidiada del municipio de Bucaramanga. Las farmacias están ubicadas en:

- Centro de Salud Girardot
- Centro de Salud Rosario
- Centro de Salud Toledo Plata
- Centro de Salud Mutis
- Centro de Salud Café Madrid
- Hospital Local del Norte
- Unidad Materno Infantil Santa Teresita

### Entrega de Medicamentos a Domicilio

Se asegura la entrega de medicamentos a domicilio para:

- **Usuarios atendidos en atención domiciliaria y móvil rural**.
- **Usuarios atendidos en consulta presencial** que así lo soliciten, siempre y cuando sean pacientes en condición de discapacidad, gestantes, adultos mayores y de RCV.
- **Medicamentos pendientes** que serán entregados en un tiempo máximo de 48 horas.

### Dispensación de Medicamentos Ambulatorios

Actualmente, se cuenta con dispensación de medicamentos ambulatorios integral para la **EAPB NUEVA EPS**. A partir del **1 de mayo de 2024**, se iniciará la entrega de medicamentos de la **EAPB COOSALUD**.

## 2.5 APOYO DIAGNÓSTICO

### EXÁMENES DE LABORATORIO

Tabla 53 Estadísticas exámenes de laboratorio

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | VIGENCIA 2024 VS VIGENCIA 2023 | |
| Exámenes de Laboratorio | 583.817 | 637.243 | 2% | 9% | **5%** |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

**Producción de Exámenes de Laboratorio en 2024**

Durante la vigencia de 2024, la producción en toma de exámenes de laboratorio alcanzó el procesamiento de **637,243 muestras**.

**Disponibilidad y Tecnología del Laboratorio**
En las dos unidades hospitalarias **HLN** y **UIMIST**, se cuenta con disponibilidad de laboratorio clínico las **24 horas** para el servicio de urgencias y hospitalización. Para los **22 centros de salud**, la toma de muestras de laboratorio se realiza bajo programación.

El laboratorio está dotado con tecnología de punta y programas de control de calidad interno y externo, que garantizan:

- Confiabilidad
- Seguridad
- Oportunidad en el reporte de los resultados

**Áreas de Pruebas**

Se cuenta con pruebas en las siguientes áreas:

- Hematología
- Química sanguínea
- Coagulación
- Parasitología
- Uroanálisis
- Inmunología
- Microbiología
- Pruebas especializadas

- Pruebas de COVID

Se implementó nueva tecnología en equipos automatizados para las pruebas de:

- Química
- Hematología
- Uroanálisis
- Coagulación
- Electrolitos
- Microbiología

**Tomas de Muestras Domiciliarias**

Adicionalmente, se realizan tomas de muestras domiciliarias para:

- **Población mayor de 70 años**
- **Personas con patología de base controlada y no controlada** con riesgo bajo, medio o alto, como:
    - Diabetes
    - Hipertensión
    - Enfermedad Renal Crónica
    - VIH
    - Cáncer

**Experiencia Exitosa en Búsqueda Activa de Dengue**

El laboratorio clínico realiza búsqueda activa de casos de dengue a los usuarios cuyo recuento de plaquetas es menor a **180,000** o el recuento de leucocitos es menor de **5,000**. Esta estrategia ha permitido una captación por criterio de laboratorio clínico del **64%** de los casos diagnosticados como dengue.

**Pruebas Moleculares y Diagnóstico de Tuberculosis**

En los diferentes servicios de la **ESE ISABU**, se realiza la solicitud de pruebas moleculares, cultivo líquido y pruebas de sensibilidad a fármacos, en cumplimiento de la resolución 227 de 2020 para el diagnóstico de tuberculosis. Dichas muestras son remitidas siguiendo las rutas establecidas por la **EAPB**.

**Implementación de Pruebas de VPH**

En 2024, se inició el proceso de la prueba molecular cualitativa que tipifica el **VPH** mediante la detección del ADN viral de genotipos **16, 18** y otros **12 de alto riesgo oncogénico**.

## IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Tabla 54 Estadística imágenes diagnósticas

| Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU | Información Comparativa | | Variación Comparativa Anual | | PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 | Vigencia 2023 VS Vigencia 2022 | VIGENCIA 2024 VS VIGENCIA 2023 | |
| Imágenes Diagnósticas | 45.144 | 46.498 | -1% | 3% | 1% |

Fuente Informe Producción Decreto 2193/04.

**Servicios de Imagenología en el Hospital Local del Norte (HLN) y Unidad Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST)**

En el **Hospital Local del Norte (HLN)** y la **Unidad Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST)**, se cuenta con equipos de radiología convencional, ecógrafos y Rayos X portátil para prestar el servicio de toma de estudios imagenológicos en urgencias, hospitalización y consulta externa. Adicionalmente, se ofrece el servicio de RX odontológico en los centros de salud **Mutis**, **Café Madrid**, **Rosario** y **Girardot**.

La **ESE ISABU** cuenta con personal en el área de imagenología que se capacita constantemente para ofrecer un servicio humanizado, eficiente, seguro y oportuno en las unidades. Esto garantiza que los pacientes reciban atención de alta calidad en todas las etapas de su tratamiento.

**Renovación de Tecnología**
Se realizó una renovación de tecnología de punta con la adquisición de:

- Equipo de Rayos X convencional
- Equipo de Rayos X portátil
- Dos equipos de ecografía

## 2.6 SALUD PÚBLICA

## RUTAS DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Tabla 55 Rutas de atención de PYP

| Grupos de Actividades Promoción y Prevención | Nº Actividades Anuales | Nº Actividades Mensuales | Trimestre I | Trimestre II | Trimestre III | Trimestre IV | %Cumplimiento consolidado año 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | % Cumplimiento | % Cumplimiento | % Cumplimiento | % Cumplimiento | |
| Primera Infancia | 16.864 | 1.405 | **85%** | **80%** | **68%** | **56%** | **72%** |
| Consulta de lactancia materna por enfermería | 720 | 60 | **164%** | **175%** | **147%** | **82%** | **142%** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Infancia | 11.442 | 954 | **79%** | **89%** | **55%** | **40%** | **66%** |
| Adolescencia | 13.591 | 1.133 | **54%** | **67%** | **44%** | **41%** | **52%** |
| Juventud | 6.936 | 578 | **102%** | **100%** | **80%** | **58%** | **85%** |
| Adultez | 15.619 | 1.302 | **78%** | **70%** | **61%** | **48%** | **64%** |
| Vejez | 9.765 | 814 | **51%** | **58%** | **45%** | **36%** | **48%** |
| Tamizaje de cáncer de Próstata Consulta | 5.152 | 429 | **69%** | **134%** | **60%** | **50%** | **78%** |
| Tamizaje de cáncer de mama (consulta) | 13.983 | 1.165 | **91%** | **87%** | **82%** | **75%** | **84%** |
| Tamizaje de cáncer de colon (laboratorio) | 10.882 | 907 | **58%** | **73%** | **59%** | **41%** | **58%** |
| Planificación Familiar | 16.000 | 1.333 | **224%** | **127%** | **182%** | **136%** | **167%** |
| Control prenatal de 1ra Vez | 956 | 80 | **152%** | **159%** | **137%** | **134%** | **146%** |
| Control prenatal de seguimiento | 3.912 | 326 | **120%** | **141%** | **134%** | **120%** | **129%** |
| Consulta de posparto | 489 | 41 | **75%** | **98%** | **101%** | **86%** | **90%** |
| Consulta de recién nacido | 878 | 73 | **41%** | **43%** | **46%** | **43%** | **43%** |
| Consulta preconcepcional | 1.367 | 114 | **88%** | **66%** | **112%** | **56%** | **80%** |
| Educación para salud Individual | 48.656 | 4.055 | **132%** | **128%** | **130%** | **100%** | **122%** |
| Asesoría pre y pos test VIH | 1.920 | 160 | **186%** | **186%** | **134%** | **121%** | **157%** |
| inserción Diu | 189 | 16 | **63%** | **74%** | **76%** | **44%** | **65%** |
| inserción Implante | 738 | 62 | **137%** | **132%** | **115%** | **91%** | **119%** |
| Toma de citologías | 11.340 | 945 | **47%** | **78%** | **69%** | **45%** | **60%** |
| **Global Enfermería y Medicina** | **191.399** | **15.950** | **103%** | **99%** | **93%** | **73%** | **92%** |
| Valoración por odontología a la Gestante | 978 | 82 | **133%** | **137%** | **122%** | **124%** | **129%** |
| Valoración por odontología (primera infancia-infancia-adolescencia-juventud-Adultez- Vejez) | 58.525 | 4.877 | **62%** | **63%** | **259%** | **41%** | **106%** |
| Aplicación Flúor | 33.434 | 2.786 | **73%** | **78%** | **63%** | **56%** | **68%** |
| Aplicación Sellantes | 24.997 | 2.083 | **45%** | **45%** | **49%** | **44%** | **46%** |
| Control de Placa | 41.295 | 3.441 | **112%** | **113%** | **106%** | **86%** | **104%** |
| Detartraje | 29.040 | 2.420 | **99%** | **96%** | **104%** | **84%** | **96%** |
| **Global Odontología** | **188.269** | **15.689** | **79%** | **80%** | **138%** | **61%** | **89%** |
| **Subtotal** | **379.668** | **31.639** | **91%** | **89%** | **115%** | **67%** | **91%** |

Fuente RIPS de consultas y procedimientos 2024

Durante el periodo se realizaron las siguientes actividades:

1. **Tamizaje de riesgo cardiovascular**: Se realizaron pruebas de tamizaje para los ingresos al curso de vida de adultez y vejez, identificando también los ingresos al programa de riesgo cardiovascular.
2. **Capacitaciones**: Se llevaron a cabo capacitaciones dirigidas al personal de salud, fortaleciendo el conocimiento sobre la Resolución 3280.
3. **Auditorías médicas**: Se realizaron auditorías médicas mensuales en RPMS.
4. **Monitoreo por cohortes**: Se monitorearon las actividades pendientes y se realizaron análisis con las líderes de

programas.

5. **Actividades extramurales**:

- **Mamografía express en tu barrio**: Se realizaron 803 mamografías.
- **Toma de ADN – VPH**: Se realizaron 283 pruebas.
- **Jornadas rosas**: Actividades dirigidas a la mujer durante el año, con un total de 3276 participaciones.
- **Laboratorios extramurales**: Se realizaron 2187 pruebas de laboratorio para las rutas de atención.

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### 2.6.1.1 Vigilancia en salud pública ESE ISABU.

Tabla 56 Casos salud publica

| Casos Notificados | | Información Comparativa | |
|---|---|---|---|
| | | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 |
| Casos notificados COVID - 19 | Confirmado | 9 | 9 |
| Sexo | Masculino | 3 | 2 |
| | Femenino | 6 | 7 |
| Hospitalizado | Si | 0 | 5 |
| | No | 9 | 1 |

Fuente Sistema de Información ESE ISABU – Vigilancia en Salud Publica

Durante el año 2024, la ESE ISABU llevó a cabo la vigilancia de los eventos de interés en salud pública (EISP). Es importante señalar que, tras la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 5 de mayo de 2023 sobre el fin de la emergencia internacional por la COVID-19, esta enfermedad comenzó a ser gestionada y controlada de manera similar a otras enfermedades infecciosas.

Según los datos obtenidos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) hasta diciembre de 2024, se notificaron nueve (9) casos positivos de COVID-19, los cuales fueron registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica como casos confirmados por laboratorio para SARS-CoV-2.

De los casos notificados durante 2024, el 77,7% correspondieron al sexo masculino, y el 44,4% de los casos detectados no requirieron tratamiento intrahospitalario.

Además, se realizó el diagnóstico, tratamiento y seguimiento a usuarios con diagnóstico de malaria y leishmaniasis.

Tabla 57 Clase de Casos Notificados

| Casos Notificados | Información Comparativa | |
|---|---|---|
| | Vigencia 2023 | Vigencia 2024 |
| Entrega de Tratamiento a Pacientes Habitantes de calle* | 99 | 45 |
| Casos Notificados de COVID - 19 Institucional | 9 | 9 |
| Otros Eventos Notificados Semanal al SIVIGILA | 2737 | 3718 |
| Entrega de Medicamentos de Malaria Vivax* | 5 | 1 |
| Entrega de Medicamentos Leishmaniasis* | 13 | 2 |

Fuente Sistema de Información ESE ISABU – Vigilancia en Salud Publica

## 2.7 CONVENIOS

## CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS CON LA ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

### 2.7.1.1 Equipos Básicos

El objetivo general es facilitar el acceso a los servicios de salud y brindar atención integral a las personas y familias intervenidas, enmarcado bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud. La finalidad es garantizar el derecho fundamental a la salud e incidir de manera positiva en los resultados de salud de las personas, familias y comunidades.

El municipio de Bucaramanga fue beneficiado con la asignación de recursos para la operación de los equipos básicos de salud. Mediante la Resolución 1212 del 5 de julio de 2024, se asignaron 78 equipos básicos, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 58 Equipos Básicos

| AREA EBS ASIGNADOS | CANTIDAD EBS ASIGNADO | VALOR EBS ASIGNADO |
|---|---|---|
| URBANOS | 68 EQUIPOS | $ 5.949.588.600 |
| RURALES | 10 EQUIPOS | $ 1.468.039.500 |

| |
|---|
| **TOTAL, ASIGNADO MEDIANTE RESOLUCIÓN 1212 DE 2024:** $7.417.628.100 |

Fuente Subgerencia Científica

Se aclara que la institución solo recibió el giro de los recursos para la operación de los equipos básicos del área urbana, por un valor de $5.949.588.600, el día 31 de octubre de 2024.

Durante este periodo, se conformaron 65 equipos básicos para el municipio de Bucaramanga: 55 en el área urbana y 10 en el área rural. Estos equipos contaron con talento humano compuesto por médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, auxiliares de enfermería y líderes sociales, a quienes se les garantizó el fortalecimiento de capacidades adecuado para la puesta en marcha de este nuevo proyecto aprobado por el Ministerio.

Para la operación de los equipos básicos, se abordaron los territorios y micro territorios asignados por la Secretaría de Salud local de Bucaramanga, según el acta establecida el día 15 de noviembre de 2024.

Dentro del abordaje realizado para la operación de los equipos básicos, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

**Datos del convenio**

Tabla 59 Estadistica Equipos Básicos

| EQUIPOS OPERANDO EN LOS TERRITORIOS | ABORDAJE EN LOS BARRIOS | NUMERO DE FAMILIAS ABORDADAS | NUMERO DE FAMILIAS CARACTERIZADAS | NUMERO DE PLANES CUIDADOS FAMILIARES REALIZADOS | NUMERO DE PLANES DE CUIDADOS INDIVIDUALES REALIZADOS | NUMERO DE EDUCACIONES REALIZADAS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65 | 1885 | 957 | 760 | 887 | 1041 | 1051 |

Fuente Subgerencia Científica

Gracias al proyecto asignado por el Ministerio de Salud y Protección Social al municipio de Bucaramanga, todas las comunidades priorizadas se beneficiarán de la operación de esta estrategia. Los resultados esperados incluyen una mejora en la calidad de la salud de las comunidades y un mejor acceso a los servicios de salud para la población más vulnerable.

**Actividades realizadas en el convenio**

1. **Mapeo y Cartografía**: Se realizó el reconocimiento de los territorios y micro territorios a través del procedimiento de mapeo y cartografía. Este proceso consiste en graficar de forma precisa las características de cada micro territorio a intervenir, con el objetivo de que el equipo básico de salud que opere en estos territorios conozca a profundidad todas las actividades que se desarrollan en ellos.

2. **Abordaje en los Territorios**: Se utilizaron diversos medios de comunicación (perifoneo, mensajes de difusión, cuñas radiales, avisos informativos, videos en redes sociales, etc.) para informar a las comunidades sobre la estrategia implementada por los Equipos Básicos de Salud (EBS).

3. **Caracterización**: Se realizó una encuesta social, ambiental y de salud para identificar los determinantes sociales que afectan el estado de salud de las comunidades a nivel individual, familiar y comunitario. La encuesta, que contiene 100 preguntas, se llevó a cabo a través del aplicativo SURVEY 123, avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. **Aplicación del Plan de Cuidado Primario**: Tras la identificación de los riesgos en cada familia, se llevó a cabo una concertación previa con cada familia para establecer un plan de cuidado personalizado.

### 2.7.1.2 Plan de Intervenciones Colectivas – PIC

Realizado en el marco del Contrato interadministrativo 117 de 2024, con la Alcaldía de Bucaramanga, cuyo objeto contractual es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) A CARGO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, PARA LA PROMOCIÓN D EL A SALUD, CALIDAD DE VIDA Y PREVENCIÓN DEL RIESGO-VIGENCIA 2024"

**Datos del convenio 2024**

Tabla 60 Población intervenida PIC 2024-II

| PROGRAMA | POBLACIÓN INTERVENIDA |
|---|---|
| No Transmisibles | 1.367 |
| Nutrición | 660 |
| Salud mental | 3.080 |
| Sexualidad | 2.781 |
| Transmisibles | 2472 |
| Vulnerables | 770 |
| Jornadas de Salud | 1.480 |
| **Total, general** | **12.610** |

Fuente Subdirección científica

La población intervenida dentro del Plan de Intervenciones Colectivas es una forma de medir el alcance de las estrategias. Cabe mencionar que se utilizaron diferentes tecnologías de salud, en las cuales no se interviene masivamente a la población. Un ejemplo de esto es la tecnología de educación para la salud, que consta de intervenciones a grupos pequeños durante 9 sesiones en encuentros diferentes. Aunque esto no suma grandes cantidades a la población intervenida, logra generar un mayor impacto en los conocimientos de las personas.

Es importante mencionar que algunas actividades cuentan con subregistros de población que no fue registrada en la asistencia de las actividades, pero que sí fue intervenida con las acciones. Esto se debe a diversos factores logísticos, como la afluencia de población, el registro digital, la no entrega de información por parte de los usuarios, entre otras causas.

Dentro del Plan de Intervenciones Colectivas se desarrollaron 50 estrategias incluidas en el anexo técnico de la minuta contractual. En el mes de diciembre, se añadió una estrategia más en el programa de salud mental, por lo que se realizaron un total de 51 estrategias del contrato interadministrativo. Estas estrategias correspondían a diferentes tecnologías en salud, como: educación para la salud, información en salud, tamizaje, RBC y jornadas de salud. Todas ellas se realizaron cumpliendo con el alcance de la estrategia, los lineamientos de la Secretaría de Salud de Bucaramanga y en el marco de los lineamientos nacionales.

| Jornadas de salud – Parque te cuides | Lanzamiento de Jornadas de vacunación |
|---|---|
| | |
| **Ciclo educativo de Fortalecimiento familiar** | **Día de la Discapacidad** |
| | |
| **Consumo responsable de Alcohol** | **Día Detección temprana Cáncer de mama** |
| | |

Fuente Actividades Convenio PIC

## Convenio Organización Internacional Para Las Migraciones - OIM

El convenio tiene como objetivo brindar atención en salud a la población migrante venezolana irregular, población de acogida y población en condiciones de vulnerabilidad. La atención se presta de manera presencial y debidamente agendada, incluyendo jornadas extramurales. A través de la prestación de estos servicios, se facilita el acceso a los diferentes servicios de salud para la población mencionada. (Ver anexo, tabla de servicios contemplados), en el periodo comprendido del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

Para la atención de los servicios mencionados, se dispone de los siguientes centros de salud:

1. **Centro de Salud Morrorico**: Diariamente se brindan atenciones en salud en el segundo piso del centro de salud.

Cabe destacar que para esta unidad operativa las atenciones son sin previo agendamiento, ya que están enfocadas en la población migrante caminante que ingresa o sale del municipio de Bucaramanga.

- **Horario de atención**: lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm.
- **Ubicación**: Km 1 vía a Pamplona.

2. **Centro de Salud Comuneros**: Es el punto central de información para la población migrante, ya que recibe más consultas. Además, es el punto central para el agendamiento de los diferentes servicios de salud que requiera la población.

- **Horario de atención**: lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm.
- **Ubicación**: Calle 10 #17-28.

3. **UIMIST**: Ubicado en Carrera 21 No 12-02 San Francisco, de acuerdo a los días asignados. Se ofrece atención por especialistas en ginecología, toma de ecografía obstétrica, valoración psicológica y nutrición.
4. **HLN**: Se realizan ecografías de detalle anatómico, valoración pediátrica y valoración por medicina interna.

Durante el año 2024, el convenio estuvo activo inicialmente de enero a febrero. Posteriormente, se reanudó el 2 de mayo y continúa vigente hasta la fecha. Es importante mencionar que durante los meses de marzo y abril no se brindaron atenciones a la población mencionada a través del convenio con la **OIM**.

Tabla 61 Estadística atenciones PIC

| No | DESCRIPCIÓN | SEXO (número de personas) | | TOTAL, ACTIVIDADES |
|---|---|---|---|---|
| | | MUJERES | HOMBRES | |
| 1 | Consulta de atención por Medicina. | 719 | 537 | 1256 |
| 2 | Consulta de atención por Medicina Interna | 3 | 5 | 8 |
| 3 | Consulta de atención por Pediatría | 18 | 25 | 43 |
| 4 | Toma de laboratorios | 3456 | 91 | 3547 |
| 5 | Consulta de atención por psicología. | 448 | 168 | 616 |
| 6 | Consulta de atención por nutricionista. | 196 | 20 | 216 |
| 7 | Educación Individual por psicología | 183 | 1 | 184 |
| 8 | Consulta de atención por Medicina Ingreso a Control Prenatal | 211 | 0 | 211 |
| 9 | Ecografía obstétrica abdominal | 189 | 0 | 189 |
| 10 | Consulta de atención por Medicina Control Prenatal | 283 | 0 | 283 |
| 11 | Consulta por ginecología | 266 | 0 | 266 |
| 12 | Toma de Citología Vaginal / Estudio de Coloración | 136 | 0 | 136 |
| 13 | Consulta de atención por Enfermería. | 26 | 0 | 26 |
| 14 | Consulta de ingreso al programa de planificación familiar por enfermería | 31 | 0 | 31 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 15 | Inserción implante subdérmico por enfermería | 47 | 0 | 47 |
| 16 | Consulta por odontología | 171 | 2 | 173 |
| 17 | Higiene Oral | 105 | 1 | 106 |
| 18 | Ecografía obstétrica con detalle anatómico | 51 | 0 | 51 |
| 19 | Rayos x de Tórax | 3 | 1 | 4 |
| **TOTAL:** | | 6542 | 851 | 7393 |

Fuente Reportador de productividad PANACEA convenio OIM-ISABU

Gracias al convenio **OIM-ISABU**, se puede dar respuesta en salud para las poblaciones vulnerables, prestando los servicios en promoción de la salud, convivencia social y mitigación del impacto ante situaciones de movilidad humana.

Fuente Actividades OIM

Durante el periodo se prestaron los servicios de salud integral en el **Centro de Salud Comuneros**, **Centro de Salud Morrorico** y las actividades extramurales, visita de los donantes en el mes de noviembre 2024, Celebración del día internacional del migrante desarrollada 13 de diciembre 2024, apoyo en las actividades de la oferta institucional de "**Nos vemos en tú Barrio**".

## CONVENIO EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL - ENTERRITORIO.

**CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE COOPERACIÓN No. 2230101**

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE COOPERACIÓN No. 2230101, cuyo objeto es aunar esfuerzos técnicos, humanos, económicos y logísticos para implementar el modelo de prevención combinada del VIH con enfoque comunitario en población clave (HSH, TS y Migrantes) en la ciudad de Bucaramanga y su área conurbada, para el logro de los objetivos del proyecto "ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad", en el marco del acuerdo de subvención no. COL-H-Enterritorio 3042 (convenio no. 222005)

El objetivo general dar a conocer los resultados de tamizaje en las pruebas rápidas de VIH realizadas durante el año 2024 de acuerdo con las metas planteadas en el convenio Enterritorio en el área metropolitana y su área conurbada. Dentro de la Dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivo.

Presentación de usuarios atendidos a través de educación en el marco de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva, tamizaje en VIH con énfasis en prevención de ITS.

**Informe de gestión productividad 2024 convenio Enterritorio.**

Tabla 62 Productividad Enterritorio

| 2024 | HSH | TS | INMIGRANTE | TOTAL | REACTIVOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Enero | 48 | 13 | 45 | 106 | 1 |
| Febrero | 381 | 128 | 184 | 693 | 4 |
| Marzo | 608 | 139 | 247 | 994 | 11 |
| Abril | 515 | 90 | 229 | 834 | 6 |
| Mayo | 520 | 96 | 166 | 782 | 7 |
| Junio | 346 | 111 | 228 | 685 | 9 |
| Julio | 334 | 119 | 191 | 644 | 3 |
| Agosto | 271 | 108 | 313 | 692 | 8 |
| Septiembre | 349 | 119 | 220 | 688 | 4 |
| Octubre | 260 | 80 | 200 | 540 | 7 |
| Noviembre | 254 | 85 | 199 | 538 | 8 |
| Diciembre | 176 | 67 | 116 | 359 | 6 |
| | **4062** | **1155** | **2338** | **7555** | **74** |

Fuente SISCO-SSR 2024

Durante el periodo 2024, se logró el cumplimiento del 100% de las metas planteadas en el convenio ISABU-EnTerritorio, en cuanto a usuarios atendidos pertenecientes a poblaciones vulnerables. Este éxito se debe a que, a través de los términos de referencia del convenio, se establecieron metas anuales por grupo clave a intervenir, las cuales se distribuyeron mensualmente. A medida que avanzaba la ejecución del convenio, estas cifras variaban según el cumplimiento de las metas.

Se realizaron acercamientos a los diferentes grupos clave de Bucaramanga, llevando a cabo actividades de educación en salud sexual y pruebas rápidas de VIH en puntos estratégicos. Estos puntos fueron seleccionados por su alta asistencia y permanencia de la población priorizada por el proyecto. Las acciones se concertaron en espacios como bares de homosocialización, canchas, casas culturales, gimnasios, parques, asentamientos, hoteles, residencias, ágoras, IMCT-

Feria Bonita, IE-INM, Casa Líder, Web Cam, puntos de atención a población migrante, Intégrate y otros espacios de homosocialización y trabajo sexual.

Para ello, se estableció contacto directo con coordinadores de programas, personerías, mesas técnicas LGTBIQ+, líderes, dueños y administradores de los sitios mencionados. En este sentido, se continúa generando vínculos y fortaleciendo redes en el marco de la estrategia de Prevención Combinada de la ESE ISABU en Bucaramanga.

Fuente Actividades Enterritorio

## 2.8 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

### UNIDADES MÓVILES

- **UNIDAD MÓVIL DE SALUD.**

La ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, a través de su equipo extramural, realiza actividades asistenciales de salud en las diferentes comunas del municipio. Estas jornadas se organizan previamente en colaboración con los líderes comunitarios y presidentes de las juntas de acción comunal.

Para garantizar la atención de los usuarios pertenecientes a las EPS de la cápita (Nueva EPS, Sanitas y Coosalud) zonificadas en el municipio de Bucaramanga, que tienen dificultades para acceder a las diferentes unidades de atención de la ESE ISABU, se ha implementado la **Unidad Móvil de Salud**.

**Equipo Interdisciplinario de la Unidad Móvil de Salud:**

- Médico (1)
- Enfermera (1)
- Vacunador (1)
- Odontólogo (1)
- Facturador (1)
- Conductor (1)

La Unidad Móvil de Salud del Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU ofrece una variedad de servicios para los usuarios afiliados a las EAPB Coosalud, Sanitas y Nueva EPS del Régimen Subsidiado, zonificados en el Municipio de Bucaramanga. Los servicios incluyen:

- Atención en Medicina General
- Atención en Programas de Promoción y Prevención enmarcados en la ruta de atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Atención en Enfermería
- Salud Oral
- Vacunación
- Toma de Citología

**Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud:**

En el marco de la atención a la población del Municipio de Bucaramanga, el Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU ofrece, a través de la Unidad Móvil de Salud, no solo consultas de medicina general para diagnóstico y tratamiento, sino también un enfoque integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Prevención de la Enfermedad, según lo descrito en la Resolución 3280 de 2018.

**Actividades representativas realizadas:**

**Visitas a la Comunidad:** El difícil acceso a los servicios de salud es una barrera social que impide garantizar la atención adecuada a la comunidad. Para abordar esta necesidad, se creó la Unidad Móvil de Salud del Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU. Esta estrategia tiene como objetivo recorrer la ciudad de Bucaramanga y llegar a sus lugares más lejanos, cerrando brechas sociales y ampliando la cobertura de servicios.

**Barrios Impactados en el Periodo Evaluado de 2024:** Los Héroes, Don Bosco, Parque Centenario, Vegas de Morrorico, Transición III, Brisas del Paraíso, Divino Niño, Santa María, Barrio 23 de Junio, Los Almendros, El Rocío, Ricaurte, Nueva Colombia, Delicias del Norte, La Ceiba, Villa Alegría, La Feria, Villas de Girardot, Ciudadela Café Madrid, Luz de Salvación, Detrás del Colegio La Juventud, Colorados, Avenida Quebrada Seca, Regaderos, Estación Policía Norte, Manzanares-Mutis, Ciudadela-Café Madrid, Claveriano, La Joya, Nuevas Delicias Colorados, Barrio Galán, Nueva Colombia, Esperanza 2, Colorados, Feria Empresarial Cacique, Kennedy Norte, Brisas del Paraíso, Cosmo, Villa Rosa, Girardot, La Libertad,

Chapinero, Acrópolis, Centro, Campo Hermoso, José Antonio Galán, Provenza Adventista, José María Córdoba, Girardot, Betania, San Martín, Granjas Provenza, Morrorico, Altos de Kennedy, Venado de Oro, Estoraques, Cordoncillo 1 y 2, Nariño, Monterredondo, Cristal Bajo, Pablo VI, Gaitán, María Paz, Comuneros, Los Colorados.

**Acompañamiento a Actividades Comunitarias:** Para llegar a todos los usuarios, la ESE ISABU se une a la iniciativa de la Alcaldía de Bucaramanga, "Nos Vemos en el Barrio". Además del servicio de medicina general, se ofrecen estrategias de salud mental, atención por violencia ciudadana, pruebas de VIH, entre otros.

**Atención a Población Privada de la Libertad en las Estaciones de Policía del Municipio de Bucaramanga:** La E.S.E ISABU reitera su compromiso con los usuarios en situación de vulnerabilidad, poniendo a disposición la Unidad Móvil de Salud con su talento humano altamente capacitado para continuar brindando servicios de salud a la población privada de la libertad en las Estaciones de Policía Norte, Centro y Sur del municipio de Bucaramanga.

Tabla 63 Productividad Unidad Móvil

| **PRODUCTIVIDAD PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD / GENERAL ANUAL ~ UNIDAD MÓVIL DE SALUD 2024** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mes | Consultorio médico | Consultorio odontológico | Consulta por enfermería | Atenciones por Auxiliar En enfermería | |
| | | | | Laboratorio | Vacunación |
| Enero | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| Febrero | **527** | **680** | **366** | **110** | **137** |
| Marzo | **198** | **455** | **250** | **82** | **85** |
| Abril | **388** | **588** | **340** | **142** | **120** |
| Mayo | **216** | **363** | **270** | **177** | **217** |
| Junio | **63** | **45** | **2** | **31** | **23** |
| Julio | **39** | **14** | **4** | **15** | **33** |
| Agosto | **125** | **137** | **48** | **110** | **66** |
| Septiembre | **212** | **296** | **187** | **330** | **150** |
| Octubre | **73** | **125** | **56** | **128** | **61** |
| Noviembre | **176** | **136** | **113** | **71** | **134** |
| Diciembre | **223** | **239** | **147** | **28** | **132** |
| **TOTAL** | **2240** | **3078** | **1783** | **1224** | **1158** |

Fuente Reportador de productividad PANACEA.

La Unidad Móvil de Salud ha brindado un total de **9,422 atenciones** a los usuarios del Municipio de Bucaramanga. Estas atenciones se desglosan de la siguiente manera:

- Consultas por Medicina General: **2.240**
- Consultas Odontológicas: **3.078**
- Consultas de Enfermería: **1.783**

- Muestras de Laboratorio Tomadas: **1.224**
- Biológicos Administrados: **1.158**

- **EQUIPO EXTRAMURAL**

La ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, a través de su equipo extramural, realiza actividades asistenciales de salud en las veredas de los tres corregimientos del municipio. Estas jornadas se organizan en colaboración con líderes comunitarios, programando atención en las zonas rurales. La planificación se basa en una caracterización de la población objetivo, atendiendo las necesidades de salud según los requerimientos de los usuarios. Este proceso se lleva a cabo de manera organizada, con el apoyo de los líderes de cada vereda y los encargados de los centros de bienestar, optimizando la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud para estas comunidades.

**Equipo Interdisciplinario:** El ISABU cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales compuesto por:

- Médico General
- Enfermera
- Higienista
- Auxiliar de Enfermería

**Servicios Ofrecidos:**

- Medicina General
- Consulta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Enfermería
- Salud Oral
- Vacunación
- Toma de Citología
- Entrega de Medicamentos a EPS según relación contractual

**Productividad equipos extramurales**

Tabla 64 Producción equipos extramurales

| MES | PERSONAS ATENDIDAS | VISITAS REALIZADAS | ACTIVIDADES MORBILIDAD Y PYP |
|---|---|---|---|
| **Enero** | 80 | 7 | 155 |
| **Febrero** | 192 | 15 | 303 |
| **Marzo** | 162 | 11 | 254 |
| **Abril** | 157 | 15 | 265 |
| **Mayo** | 230 | 15 | 280 |
| **Junio** | 139 | 11 | 223 |

| MES | PERSONAS ATENDIDAS | VISITAS REALIZADAS | ACTIVIDADES MORBILIDAD Y PYP |
|---|---|---|---|
| **Julio** | 122 | 10 | 153 |
| **Agosto** | 154 | 13 | 176 |
| **Septiembre** | 176 | 15 | 271 |
| **Octubre** | 176 | 16 | 226 |
| **Noviembre** | 117 | 11 | 153 |
| **Diciembre** | 120 | 11 | 143 |
| **TOTAL** | **1825** | **150** | **2602** |

Fuente PANACEA.

Durante el año 2024, se realizaron **150 visitas** a **32 veredas** pertenecientes a los corregimientos 1, 2 y 3 del área metropolitana de Bucaramanga. Esta estrategia impactó a **1,825 personas** y permitió la ejecución de aproximadamente **2,602 actividades**. Gracias a los servicios de salud prestados con calidad y humanización, se logró un indicador de cumplimiento del **99%** para el periodo evaluado.

Fuente Actividades equipos extramurales

## PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS PAPSIVI

| INFORME DE PRODUCCIÓN DECRETO 2193 ESE ISABU | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Visitas Domiciliarias** | 262 | 255 | 261 | 271 | 103 | 103 | 330 | 330 | 330 | **2.245** |

Fuente Informe de Producción 2193

**Implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado**

La ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, mediante comunicación recibida del Ministerio de Salud, dio continuidad a las acciones de implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado, con una asignación de recursos para la cofinanciación del programa en nuestro municipio. Se realizó un seguimiento exhaustivo de la ejecución de los recursos transferidos, asegurando un desarrollo coherente y proporcional al cumplimiento de las actividades, operaciones y objetivos establecidos en el acto administrativo de incorporación de los recursos y en el documento de lineamientos. Como resultado, se logró un impacto significativo, atendiendo a **2,245 víctimas** en los servicios de salud y psicosociales durante la vigencia 2024.

**Focalización y Georreferenciación:**

1. **Demanda Inducida al SGSSS:** Se llevó a cabo una búsqueda activa de personas víctimas mediante diversos mecanismos domiciliarios y de contacto telefónico, con el fin de identificar y ofertar las medidas de rehabilitación a las que tienen derecho, utilizando información local, territorial y de organizaciones de víctimas.
2. **Solicitud Espontánea de Servicios:** Las personas interesadas solicitaron y accedieron a los servicios de salud por iniciativa propia, o por órdenes y sentencias judiciales.
3. **Derivación de las Mesas de Participación de Víctimas:** Solicitudes gestionadas por estas instancias para brindar atención a una o varias personas víctimas identificadas, requiriendo servicios de atención integral.
4. **Verificación del Estado de Afiliación:** Se verificó el estado de afiliación de las personas víctimas focalizadas mediante la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).
5. **Validación de Datos:** Se realizó la validación a través de consultas de bases de datos de órdenes y sentencias judiciales y administrativas de orden nacional e internacional.

**Valoración y Atención:**

1. **Valoración por Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS):** Se llevó a cabo el proceso de valoración médica con un enfoque psicosocial, mediante comunicación empática y respetuosa, adaptando la práctica a las características diferenciales de cada consultante.
2. **Valoración Psicosocial (Sesión 1):** Se inició con la verificación de la información recopilada durante la focalización y georreferenciación.
3. **Programación de la Atención:** Se realizó el procedimiento para la asignación de la fecha y lugar de las citas para el servicio requerido, y se efectuó el seguimiento correspondiente.

**Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación:**

En el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), se desarrollaron acciones psicosociales desde la sesión 2 hasta la 8. Los profesionales psicosociales de la E.S.E-ISABU llevaron a cabo estas atenciones, asegurando un enfoque integral y humanizado.

| | |
|---|---|
| | |
| Imagen 1. Equipo de Atención Integral | Imagen 2. Articulación Institucional Mesas de Victimas |

Fuente Actividades PAPSIVI

## CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Implementar el proceso de certificación de discapacidad según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, fortalecer la intervención con población vulnerable en Santander, y promover la concientización e inclusión bajo un enfoque social de derechos, garantizando el acceso equitativo al procedimiento de certificación de discapacidad.

**Presentación de Datos del Periodo:**

- Meta Establecida: **311** valoraciones
- Total, de Valoraciones Realizadas: **271** (87.1% de la meta establecida)
- Personas Certificadas: **269**
- Personas No Certificadas: **2**

Tabla 65 Producción certificación discapacidad

| INFORME DE PRODUCCIÓN ESE ISABU | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valoraciones realizadas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 271 | **271** |
| Certificaciones emitidas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 269 | 269 |
| No Certificados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |

Fuente Grupo Discapacidad

Este proceso tuvo como eje central el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, garantizando el acceso igualitario a servicios mediante una atención accesible e inclusiva en el Centro de Salud La Joya. La infraestructura adecuada y los dos equipos multidisciplinarios debidamente capacitados fueron fundamentales para lograr este objetivo.

En cumplimiento con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el proceso se desarrolló bajo un enfoque social de derechos, asegurando condiciones accesibles y equitativas en el Centro de Salud La Joya. Los dos

equipos multidisciplinarios, cada uno compuesto por un profesional en medicina, trabajo social y psicología, llevaron a cabo las valoraciones. Se alcanzó una meta del **87.1%** de valoraciones realizadas. Sin embargo, se identificó una posibilidad de mejora mediante la implementación de la modalidad de telemedicina. El proceso de certificación cumplió con los objetivos de inclusión, concientización y fortalecimiento de la atención.

**Actividades Realizadas:**

1. **Certificación de Discapacidad:**

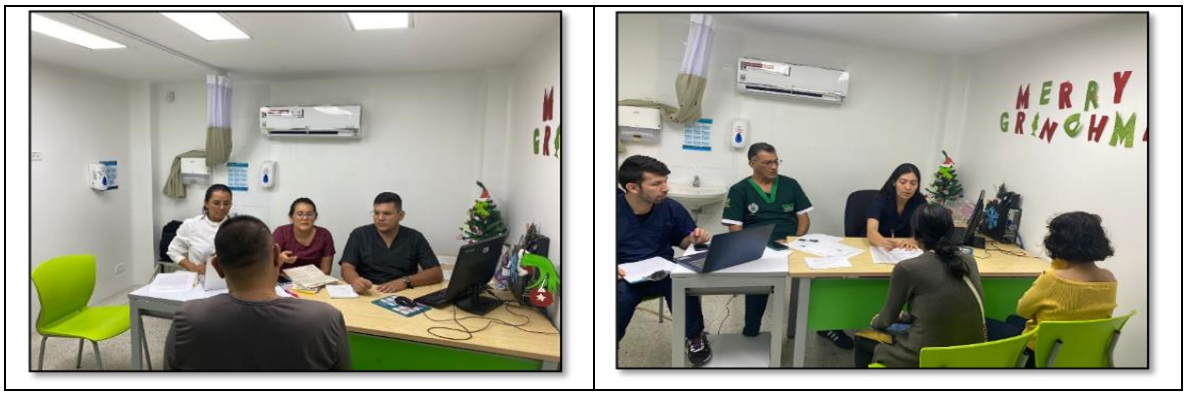
   - Organización y validación de dos equipos multidisciplinarios capacitados en normatividad de discapacidad y con un enfoque social de derechos.
   - Valoraciones presenciales y registro en el Registro de Localización de Personas con Discapacidad – RLCPD.

Ilustración 27 Conformación de equipos discapacidad

| EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO E.S.E ISABU – BUCARAMANGA EQUIPO N°1 | | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO E.S.E ISABU – BUCARAMANGA EQUIPO N°2 | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESION** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESION** |
| LUDWING BALLESTEROS | Médico general | YERALDI GAMBOA | Médico general |
| MARIA FERNANDA BOHORQUEZ | Psicóloga | JHONATAN CONTRERAS | Psicólogo |
| JOSE SUAREZ | Trabajador social | YURIETH TARAZONA | Trabajadora Social |

Fuente Equipos Básicos

Ilustración 28 Valoraciones grupales equipos básicos




Fuente Equipos Básicos

## 2.9 METAS PROPUESTAS PROCESOS MISIONALES 2025

- Vacunación Casa a Casa:
- Realizar vacunación casa a casa en barrios sin red de Centro de Salud, en apoyo con los Equipos Básicos en Salud.
- Actividades en Instituciones Educativas:
- Colaborar con la Secretaría de Educación, Bienestar Familiar y rectores para garantizar el cumplimiento del

esquema de vacunación al inicio de la etapa escolar.

- Revisión de Carnés de Vacunación:
- Revisar carnés de vacunación en lugares de larga estancia y población privada de la libertad que requiera biológicos.
- Apoyo en Convenios Interadministrativos:
- Participar en actividades de convenios interadministrativos y oferta institucional de la Alcaldía de Bucaramanga.
- Priorización de la Vacunación:
- Priorizar la vacunación con la unidad móvil Urbana y Rural.
- Informar a Instituciones y Comunidades:
- Informar a instituciones educativas, centros de larga estancia, hogares de bienestar, población privada de la libertad y líderes comunitarios sobre el portafolio de servicios, realizando demanda inducida para atención integral con enfoque en humanización del servicio.
- Mesas de Trabajo con EPS:
- Establecer mesas de trabajo con las EPS para revisar datos de contacto de los usuarios y enviar mensajes de atención y agendar citas efectivas.
- Participación en Atención Primaria en Salud:
- Participar en atención primaria en salud con todo el personal de equipos básicos para los diferentes ciclos de vida y programas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- Aumento de Actividades Extramurales:
- Incrementar actividades extramurales en sectores Urbanos y Rurales.
- Búsqueda en Sala de Espera:
- Realizar búsqueda en sala de espera de mujeres que cumplan criterios para toma de muestras.
- Auditoría Interna:
- Realizar auditoría interna por médico auditor en actividades acordes a las rutas integrales de atención según la Resolución 3280.
- Participación en Actividades Municipales:
- Participar en actividades de la administración municipal mediante contratos interadministrativos para aumentar la captación y prestación de servicios.
- Búsqueda Activa con Líderes Comunitarios:
- Realizar búsqueda activa con líderes de juntas y alianzas de usuarios, empoderando la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Actividades de Educación y Atención:
- Realizar actividades de educación, información y atención en enfermería, odontología y medicina general en instituciones educativas, largas estancias y población privada de libertad.
- Herramientas Tecnológicas:
- Implementar herramientas tecnológicas para recordar citas y facilitar el acceso a atenciones según el rango de edad.
- Difusión en Redes Sociales y Medios:
- Promover el acceso a servicios de urgencias mediante difusión en redes sociales, medios locales y centros comunitarios.
- Jornadas Informativas:

- Realizar jornadas informativas sobre la importancia de consultar a tiempo en caso de síntomas críticos.
- Fortalecer Recurso Humano:
- Contratar personal médico adicional en meses críticos.
- Acuerdos con EPS:
- Establecer acuerdos con EPS o empresas para garantizar referencias directas a urgencias cuando sea necesario.
- Sistemas de Registro y Análisis:
- Implementar sistemas de registro y análisis en tiempo real para identificar patrones de demanda.
- Capacitación en Atención al Usuario:
- Capacitar al personal en atención al usuario para mejorar la satisfacción del paciente y fidelizarlo.
- Socialización de Metas:
- Socializar con odontólogos e higienistas la matriz de cumplimiento de metas por EPS con semaforización.
- Captación de Pacientes:
- Aumentar la captación de pacientes por ruta de atención en colaboración con otros servicios de consulta externa.
- Actividades Extramurales en Instituciones:
- Incrementar actividades extramurales en instituciones educativas, veredas, corregimientos, ferias de salud y búsqueda de inasistentes.
- Indicador de Barniz:
- Aumentar el indicador de barniz mediante jornadas de intensificación de "Soy Generación Más Sonriente" y entrega de carnet de fluorización.
- Revisión de Bases de Datos:
- Revisar continuamente las bases de datos para demanda inducida y realizar actividades correspondientes.
- Auditorías Regulares:
- Realizar auditorías regulares sobre la calidad de observaciones y registros, proporcionando retroalimentación constructiva.
- Involucrar a Pacientes y Familiares:
- Enseñar a pacientes y familiares qué signos deben reportar, creando folletos educativos para apoyo en observaciones básicas.
- Estrategia PASA DIA A LAS GESTANTES:
- Continuar con la estrategia PASA DIA A LAS GESTANTES en el Hospital Local del Norte, brindando charlas educativas sobre atención de parto, trabajo de parto y puerperio.
- Reuniones con Aseguradores:
- Programar reuniones con aseguradores y la Secretaría de Salud Municipal para garantizar la contratación de la ruta materno perinatal en la red pública.
- Seguimiento Telefónico a Gestantes:
- Fortalecer el seguimiento telefónico a gestantes en semanas 37 y 38 para ofertar atención de parto según riesgo obstétrico.
- Fortalecimiento Educativo IAMII:
- Fortalecer la política IAMII en los pasos 4 y 5 en sala de partos y salas de espera, y en los pasos 6 y 9 en la sala de lactancia materna.
- Parto Humanizado y Respetado:
- Fortalecer la estrategia "Parto Humanizado y Respetado, una Experiencia de Parto Positiva" mediante educación

dirigida a población gestante.

- Reapertura de Unidad Materno Perinatal:
- Reabrir la unidad de atención materno perinatal (sala de partos HLN) con la colaboración de la ONG Medical Teams.
- Renovación Tecnológica en Laboratorio Clínico:
- Continuar con la renovación tecnológica en equipos de laboratorio clínico para mejorar la oportunidad de resultados.
- Ampliación del Portafolio de Exámenes:
- Ampliar el portafolio de exámenes de laboratorio clínico ofertados por la institución.
- Acreditación en Calidad:
- Fortalecer el proceso de laboratorio clínico con enfoque en acreditación en calidad.
- Cumplimiento de PROA:
- Articular los exámenes del área de microbiología con cumplimiento de PROA.
- Entrega de Resultados vía Software:
- Implementar la entrega de resultados vía software de internet para competir en igualdad de condiciones con otras entidades (pendiente de aprobación).

# 3 PROCESO DE APOYO – ADMINISTRATIVOS

## 3.1 GESTIÓN FINANCIERA

### PRESUPUESTO

#### 3.1.1.1 Presupuesto de Ingresos

A continuación, se registra los datos generales de ingresos presupuestales año 2023- 2024:

Tabla 66 Presupuesto de ingresos

| CONCEPTO | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| **PRESUPUESTO DEFINITIVO** | 74,598,871,352 | 90,746,934,577 |
| **RECONOCIMIENTO** | 90,945,277,055 | 101,701,984,187 |
| **RECAUDO** | 77,626,855,874 | 88,033,388,471 |

Fuente Ejecución Presupuestal

Ahora bien, el recaudo durante las vigencias 2023 y 2024 frente al valor reconocido ascendió al 85% y 87% respectivamente.

Tabla 67 Indicador ingresos

| INDICADOR CUMPLIMIENTO INGRESOS TOTALES | | |
|---|---|---|
| **VIGENCIAS** | **2023** | **2024** |
| **VALOR RECAUDO** | 77,626,855,874 | 88,033,388,471 |
| **VALOR RECONOCIMIENTO** | 90,945,277,055 | 101,701,984,187 |
| % RECAUDO SOBRE RECONOCIMIENTO INGRESOS | **85%** | **87%** |

Fuente Ejecución presupuestal

En las vigencias 2023 y 2024 el comportamiento de los ingresos de la E.S.E ISABU fue de crecimiento, tal como se puede observar en la siguiente tabla y gráfico:

Tabla 68 Desagregación de ingresos

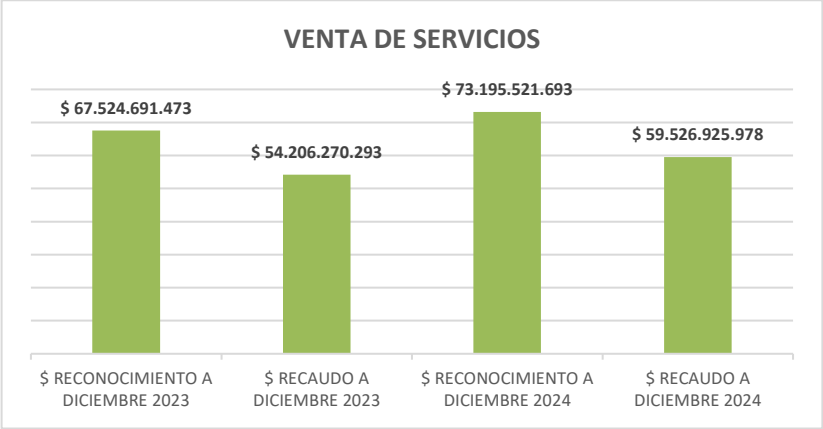
| CONCEPTO | $ PRESUPUESTO DEFINITIVO A DICIEMBRE DE 2023 | $ RECONOCIMIENTO A DICIEMBRE DE 2023 | $ RECAUDO A DICIEMBRE DE 2023 | % RECAUDADO Vs RECONOCIMIENTO 2023 | $ PRESUPUESTO DEFINITIVO A DICIEMBRE DE 2024 | $ RECONOCIMIENTO A DICIEMBRE DE 2024 | $ RECAUDO A DICIEMBRE DE 2024 | % RECAUDADO Vs RECONOCIMIENTO 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VENTAS DE ESTABLECIMIENTOS DE MERCADO | 53,966,053,861 | 67,524,691,473 | 54,206,270,293 | 80.3% | 64,987,497,872 | 73,195,521,693 | 59,526,925,978 | 81.3% |
| RECURSOS DE CAPITAL + RECUPERACIÓN DE CARTERA | 9,690,286,582 | 12,946,347,980 | 12,946,347,980 | 100.0% | 4,593,539,424 | 8,666,747,244 | 8,666,747,244 | 100.0% |
| VENTAS INCIDENTALES DE ESTABLECIMIENTO NO DE MERCADO | 184,888,275 | 422,799,482 | 422,799,482 | 100.0% | - | 141,857,469 | 141,857,469 | 100.0% |
| TRANSFERENCIAS CORRIENTES - SUBVENCIONES | 5,645,213,453 | 4,939,008,939 | 4,939,008,939 | 100.0% | 8,227,628,100 | 6,759,588,600 | 6,759,588,600 | 100.0% |
| DISPONIBILIDAD INICIAL | 5,112,429,181 | 5,112,429,181 | 5,112,429,181 | 100.0% | 12,938,269,181 | 12,938,269,181 | 12,938,269,181 | 100.0% |
| TOTAL, INGRESOS | 74,598,871,352 | 90,945,277,055 | 77,626,855,874 | 85.4% | 90,746,934,577 | 101,701,984,187 | 88,033,388,471 | 86.6% |

Fuente Ejecución presupuestal

El rubro correspondiente a las ventas de establecimientos de mercado (venta servicios de salud) registra incremento año 2024 frente al año 2023, de igual forma se observa un buen comportamiento del recaudo.

Gráficamente se puede observar reconocimiento de ingresos vs recaudo año 2023 – 2024

Ilustración 29 Reconocimiento de ingresos




Fuente Ejecución Presupuestal

### 3.1.1.2 Presupuesto de Gastos

Ahora se presentan los gastos, costos e inversiones años 2023 a 2024, teniendo en cuenta el presupuesto definitivo, el comprometido y el obligado, así como lo pagado.

Tabla 69 Presupuesto

| CONCEPTO | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| **PRESUPUESTO DEFINITIVO** | 74,598,871,352 | 90,746,934,577 |
| **COMPROMETIDO** | 68,044,796,856 | 79,722,339,756 |
| **OBLIGADO** | 65,396,058,290 | 71,698,624,785 |

Fuente: Ejecución Presupuestal

En la evaluación del gasto comprometido vs el valor definitivo de presupuestos de gastos-costos-inversión, se observa:

Tabla 70 Indicador resultado gastos

| VIGENCIAS | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| **VALOR PRESUPUESTO DEFINITIVO** | 74,598,871,352 | 90,746,934,577 |
| **VALOR COMPROMETIDO** | 68,044,796,856 | 79,722,339,756 |
| **% RESULTADO** | **91%** | **88%** |

Fuente Ejecución presupuestal

Gráficamente podemos observar el comportamiento del gasto comprometido vs. el presupuesto definitivo, para el cumplimiento de su misión institucional. Incluye el valor de los gastos de funcionamiento, gastos de operación comercial, las cuentas por pagar.

Ilustración 30 Presupuesto de gastos vs comprometido

**Comparativo vigencias 2023 – 2024**

A continuación, se registra en la tabla los gastos comprometidos vigencia 2023-2024 desglosando de forma general las autorizaciones que componen estos gastos.

Tabla 71 Gastos comprometidos vigencia 2023-2024

| CONCEPTO | EJECUCIÓN A DICIEMBRE 2023 | EJECUCIÓN A DICIEMBRE 2024 | VARIACIÓN% | VARIACIÓN DEL VLR |
|---|---|---|---|---|
| GASTOS DE PERSONAL - ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA | 16,930,480,309 | 21,468,053,425 | 26.8% | 4,537,573,116 |
| ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | 14,969,904,134 | 21,376,042,127 | 42.8% | 6,406,137,993 |
| TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 927,503,677 | 1,310,017,811 | 41.2% | 382,514,134 |
| GASTOS POR TRIBUTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES | 50,280,241 | 61,090,154 | 21.5% | 10,809,913 |
| INVERSIÓN | 5,352,909,284 | - | -100.0% | -5,352,909,284 |
| GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN | 23,953,202,625 | 31,713,205,483 | 32.4% | 7,760,002,857 |
| CUENTAS VIGENCIAS ANTERIORES | 5,860,516,586 | 3,793,930,755 | -35.3% | -2,066,585,830 |
| TOTAL, GASTOS | 68,044,796,856 | 79,722,339,756 | 17.2% | 11,677,542,900 |

Fuente Ejecución Presupuestal

En el comparativo 2023-2024, se registra variaciones en los rubros mayores, incidieron entre otros aspectos la inflación que aplica para cada vigencia, causando el crecimiento de precios en la adquisición de bienes y servicios y en los insumos de los gastos de comercialización para la prestación de los servicios de salud en la ESE ISABU; además la generación de mayor venta de servicios implica mayor costo-gastos para la prestación del servicio de salud.

Ahora bien, de forma general podemos revisar el comportamiento de los gastos comprometidos frente al reconocimiento de ingresos, así mismo el recaudo de los ingresos frente al gasto comprometido, presentándose variaciones favorables.

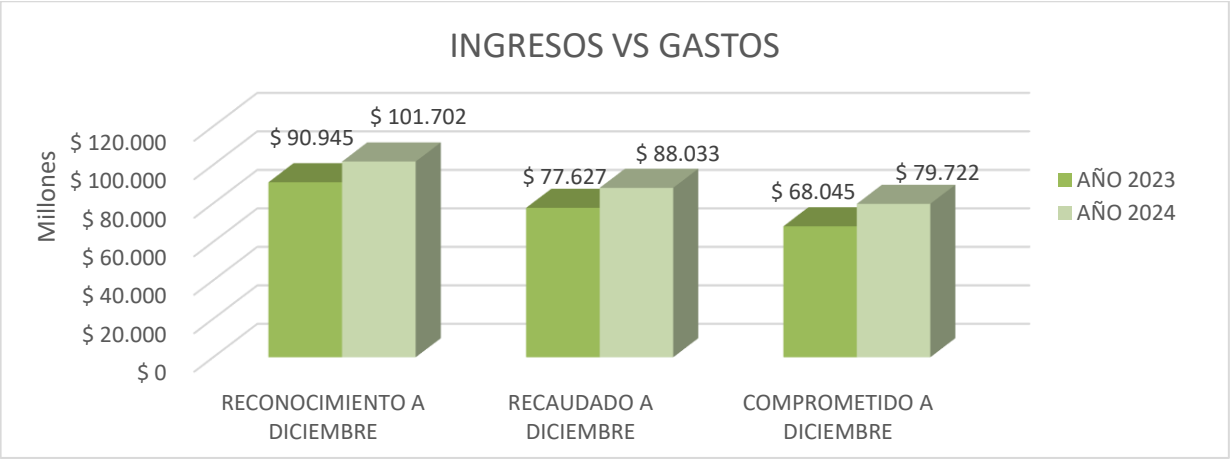
**Comportamiento de los gastos comprometidos frente al reconocimiento de ingresos**

Tabla 72 Comportamiento del gasto

| VIGENCIA | RECONOCIMIENTO A DICIEMBRE | RECAUDADO A DICIEMBRE | % RECAUDO VS COMPROMETIDO | COMPROMETIDO A DICIEMBRE | % RECONOCIMIENTO Vs COMPROMISOS |
|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO 2023** | 90,945,277,055 | 77,626,855,874 | 114.08% | 68,044,796,856 | 133.66% |
| **AÑO 2024** | 101,701,984,187 | 88,033,388,471 | 110.42% | 79,722,339,756 | 127.57% |

Fuente Ejecución presupuestal

Como se observa en la tabla de comparativo para diciembre de 2024 la E.S.E ISABU, finaliza con equilibrio presupuestal con recaudo y reconocimiento, toda vez que los gastos comprometidos no superan el ingreso reconocido y el recaudado.




## CONTRATACIÓN CON LAS EMPRESAS RESPONSABLES DE PAGO – ERP

La base financiera del Instituto de Salud de Bucaramanga – E.S.E. ISABU nace en la contratación con las diferentes Entidades Responsables del Pago, la cual puede generarse por diferentes modalidades, de acuerdo a la normatividad vigente, sin embargo, vale la pena aclarar, que la ESE vende servicios a todas las entidades sin mediar contrato por atención de urgencias, también lo es, que la contratación modalidad cápita es la que género en promedio del 61.02% (año

2024) de los recursos de la ESE que ingresaron a la entidad por venta de servicios de salud.

En la ESE ISABU su contratación para la prestación de servicios de salud se da con las Entidades Responsables de Pago – ERP por diferentes modalidades como son: cápita, evento, convenios y se prestan servicios a entidades no contratadas por evento.

Tabla 73 Contratación con ERP

| EPS | NUMERO CONTRATO | VIGENCIA | MODALIDAD | TIPO | UPC / TARIFA | POBLACIÓN | OBJETO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COOSALUD | OTRO SI 002 SSSA2023CR1T00026628 RECUPERACIÓN DE LA SALUD | 01/01/2024 31/12/2024 | Cápita | Asistencial | 1,543.22 | 74,893 | Hospitalización adultos | FIRMADO |
| | | | | | 1,543.22 | | Hospitalización pediátrica | |
| | | | | | 2,058.48 | | Urgencias | |
| | | | | | 3,881.02 | | Medicina general | |
| | | | | | 1,032.04 | | Transporte asistencial básico | |
| | | | | | 1,029.25 | | Laboratorio clínico | |
| | | | | | 1,288.14 | | Imágenes diagnosticas-ionizantes | |
| | | | | | 1,029.25 | | Toma de muestras de laboratorio clínico | |
| | | | | | 13,404.62 | | | |
| | OTRO SI 001 SSSA2023CP1P00026627 PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD | 01/01/2024 31/12/2024 | Cápita | Promoción y prevención | 385.16 | 74,893 | Primera infancia | Firmado |
| | | | | | 274.20 | | Infancia | |
| | | | | | 516.53 | | Adolescencia | |
| | | | | | 816.25 | | Juventud | |
| | | | | | 2,524.00 | | Adultez | |
| | | | | | 637.70 | | Vejez | |
| | | | | | 548.42 | | Control prenatal | |
| | | | | | 191.31 | | Vacunación | |
| | | | | | 29.33 | | Atención preconcepcional | |
| | | | | | 29.33 | | Atención pos parto | |
| | | | | | 38.26 | | Demanda inducida | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 38.26 | | Salud publica | |
| | | | | | 6,029 | | | |
| | 68001S00130200-24 | 01/05/2024 31/12/2024 | Cápita | Medicamentos nota técnica | 3,868 | 74,722 | Medicamentos cápita de acuerdo a nota técnica | Firmado |
| | 68001S00060121-24 | 01/05/2024 30/04/2025 | Evento | Asistencial | TARIFAS PROPIAS-PAQUETES-EPISODIOS Y SOAT VIGENTE-25% | Afiliados activos en base bdua a la fecha de atención en los municipios | Prestación de servicios y tecnologías habilitados por la ese | Firmado |
| | | | | | | | | |
| NUEVA EPS | 325-2016 | 01/01/2024-31/12/2024 | Cápita | Asistencial | 20,659.00 | 57,907 | Medicina general | Acta firmada (firmado) |
| | | | | | | | Laboratorio clínico | |
| | | | | | | | Odontología general | |
| | | | | | | | Procedimientos ambulatorios | |
| | | | | | | | Urgencias | |
| | | | | | | | Traslados asistenciales básico | |
| | | | | | | | Partos | |
| | | | | | | | Hospitalización | |
| | | | | | | | Imagenología | |
| | | | | | | | Medicamentos | |
| | 325-2016 | 01/01/2024-31/12/2024 | Cápita | PYP | 7,259.00 | 57,907 | Primera infancia | |
| | | | | | | | Infancia | |
| | | | | | | | Adolescencia | |
| | | | | | | | Juventud | |
| | | | | | | | Adultez | |
| | | | | | | | Vejez | |
| | | | | | | | Atención integral en salud para la familia | |
| | | | | | | | Atención preconcepcional | |
| | | | | | | | Ruta atención materno perinatal | |
| | | | | | | | Ruta cardio cerebro metabólica | |
| | | | | | | | Ruta riesgo tuberculosis | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 00176-2018 | 29/06/2023-29/06/2024 | Evento | mediana complejidad | SOAT-25% + TARIFAS PACTADAS | 45,589 | Biopsia Cérvix<br>Paquete de cesarías<br>Paquetes de cesarías más pomeroy<br>Paquete de apendicetomía<br>Paquete de Colicestomia (urgencias)<br>Paquete de colecestomia por laparoscopia (urgencias)<br>Paquete de colecistectomia por laparotomía (urgencias)<br>Histerectoctomia (emergencia obstétrica)<br>Legrado Obstétrico<br>Hospitalización y procedimiento de II nivel que se deriven de la urgencia)<br>Cultivo de esputo<br>Toxoplasma IGG E IGM para gestantes<br>Hepatitis B para gestantes<br>Hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos<br>Microalbuminuria en pacientes de programas especiales | Firmado |
| | | | | | | | ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSNUCAL CUPS 881436-Ecografía Obstétrica + Evaluación Doppler de arterias uterinas CUPS 881360-ECOGRAFIA PERFIL BIOFÍSICO CUP 881434-Ecografía Obstétrica con evaluación Doppler de circulación placentaria o feto placentaria CUPS 882296-ECOGRAFIA OBSTÉTRICA+ CERVICOMETRIA CUPS 881432- Ultrasonografía pélvica ginecológica con histerosonografia CUPS 881410-Ecografía obstétrica con detalle anatómico – Ecografía obstétrica de tercer nivel CUPS 881437-ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DE CUELLO CUPS 882112- ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL cuello cups 882132- | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | ecografía doppler de vasos abdominales o pélvicos cups 882203- ecografía doppler de arterias renales cups 882222 - ecografía doppler de arterias iliacas cups 882262- ecografía doppler de vasos del pene cups 882272- ecografía doppler de vasos escrotales cups 882282- ecografía doppler de vasos arteriales de miembros superiores cups 882307- ecografía doppler de vasos arteriales de miembros inferiores cups 882308- ecografía doppler de vasos venosos de miembros superiores cups 882309- ecografía doppler de vasos venosos de miembro superior cups 882316- ecografia doppler de vasos venosos de miembros inferiores cups 882317- ecografia doppler de vasos venosos de miembro inferior cups 882318- ecografía testicular con análisis doppler cups 881511-fluoroscopia como guía para procedimientos cups 873501 | |
| | | | | | | | | |
| **SANITAS EPS** | IBUGCU- 1514 | 01/01/2024 31/12/2024 | Cápita | Asistencial | 22,951.00 | Población régimen subsidiado 27,806 | Medicina general, odontología, urgencias, atención del parto, internación en servicio de baja complejidad, laboratorio clínico, imagenología, procedimientos terapéuticos, prevención y promoción, traslados asistenciales básico, vacunación, consultas de especialista, medicina interna, medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatrita, nutrición y psicología | Firmado |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBUGCU-1713 | 01/11/2023 - 31/10/2024 | Evento | Asistencial | TARIFAS PROPIAS, SOAT 2023 - 25%, SOAT 2023 -30% Y SOAT 2023 -40% | Población régimen subsidiado y contributivo | Consultas especializadas, cirugías, vacunación, ecografías, apoyos diagnósticos, ambulancia, apoyos terapéuticos, laboratorios, radiografías, hospitalización, urgencias, consultas medicina general y demás servicios habilitados por la ese. | Proceso de negociación |
| | ANEXO 1 TEMPORAL | 14/09/2023 - 13/12/2023 | Evento | Asistencial-dengue | SOAT - 40% | | DENGUE ANTICUERPOS IG M CUPS 906208 - Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO CUPS 906305 | PROCESO DE NEGOCIACIÓN |
| | ANEXO 1 TEMPORAL | 14/06/2023 - 14/09/2023 | Evento | Vacunación hepatitis b | SOAT- 40% ACUERDO No 07 | Población vulnerable | Prueba rápida hepatitis b $ 83. 760-vacunacion extramural $ 9.280 - vacunación intramural $5.618 | Proceso de negociación |
| **FAMISANAR** | NA | 15/11/2020 31/12/2020 | Evento | Vacunación | TARIFA PROPIA | Población activa | Vacunación | En proceso de negociación 2024 |
| **SURA EPS** | Otro si Contrato 83325 | 01/09/2024-28/02/2025 | EVENTO | ASISTENCIAL | SOAT VIGENTE - 25%. tarifas propias. (Acuerdos 04 de 14 abril de 2021. Acuerdo 07 de julio de 2021. Acuerdo 12 de 28 septiembre 2022) PAQUETES CX ISABU Las partes no aplicaran el artículo 64 del Manual indicado que | Plan de Beneficios de Salud, Planes Complementarios, trabajadores afiliados a la administradora de Riesgos Profesionales Seguros de Riesgos Profesionales Suramericana S.A. y a los lesionados que tengan contratado con Seguros Generales | 749 toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas -748 radiología odontologica-714 -servicio farmaceutico-712 -toma de muestras de laboratorio clinico-744 imágenes diagnosticas - ionizante-740 - fonoaudiología Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE-729 - TERAPIA RESPIRATORIA - 706 -LABORATORIO CLINICO-1102 URGENCIAS-1101- ATENCION DEL PARTO - 1103 TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO - 1104 TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO-420 VACUNACION-328 MEDICINA GENERAL -334 ODONTOLOGÍA GENERAL-407 MEDICINA DEL TRABAJO MEDICINA LABORAL-312 ENFERMERIA-328 | ACTUALIZADO 1 SEPT 2024 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | establece los "CONJUNTOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA SU PAGO POR TARIFA INTEGRAL. | Suramericana S.A. el seguro de accidentes de tránsito SOAT | MEDICINA GENERAL-344 PSICOLOGIA-308 DERMATOLOGIA-301 ANESTESIA--304 CIRUGÍA GENERAL--320 GINECOBSTETRICIA-333 NUTRICIÓN Y DIETETICA-342 PEDIATRIA-129 HOSPITALIZACIÓN ADULTOS-130 HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA-329 ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA-748 RADIOLOGÍA ODONTOLOGICA-739 FISIOTERAPIA | |
| | | | | | | | | |
| **SALUD MIA** | CSA2023EVEA20004 | 15/07/2023 - 14/07/2024 | EVENTO | VACUNACIÓN | TARIFA PROPIA | USUARIOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO COMO DEL SUBSIDIADO POR MOVILIDAD | VA PAI REGULAR | RENOVACIÓN AUTOMÁTICA |
| | | | | | | | | |
| **MALLAMAS** | ACTA DE ACUERDO PORT-20226800115949 - PORT 20226800115950 | 01/02/2022 - 31/12/2022 | EVENTO | ASISTENCIAL | TARIFAS PROPIAS Y SOAT VIGENTE-5% | USUARIOS PORTABILIDAD SUBSIDIARIO Y CONTRIBUTIVO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS Y NO INCLUIDOS EN EL P.B.S | RENOVACIÓN AUTOMÁTICA |
| | | | | | | | | |
| **MAGENTA SEGUROS** | CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS | 12/17/2019 | EVENTO | ASISTENCIAL | MANUAL TARIFARIO SOAT VIGENTE | BENEFICIARIOS DE POLIZA | PRESTACIONES MEDICAS, HOSPITALARIAS, ASISTENCIALES, TRANSPORTE CONVENCIONAL Y ASISTENCIAL, MEDICAMENTOS | |
| | | | | | | | | |
| **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO** | I010/2020 | 02/01/2020 02/01/2021 | EVENTO | ASISTENCIAL | SOAT VIGENTES -10% MEDICAMENTOS TARIFAS FAR | LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS DE LAS PÓLIZAS | SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS | RENOVACIÓN AUTOMÁTICA |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | APRECIOS PLM | | | |
| | | | | | | | | |
| **SEGUROS MUNDIAL** | CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS | 11/23/2021 | EVENTO | ASISTENCIAL | MANUAL TARIFARIO SOAT VIGENTE-TARIFAS PROPIAS | BENEFICIARIOS DE POLIZA | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | INDEFINIDA |
| | | | | | | | | |
| **FOMAG** | ACUERDO DE VOLUNTADES | 01/05/2024 31/05/2025 | EVENTO | ASISTENCIAL COMPLEMENTARIO | SOAT VIGENTE | Afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y su beneficiario | Servicio de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Procedimientos, Servicios de Apoyo y Complementación Terapéutica, Servicio de Transporte Asistencial, Servicio Farmacéutico. | |
| | | | | | | | | |
| **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** | 40000074 | 01/01/2014 - 31/12/2014 | EVENTO | ASISTENCIAL | SOAT VIGENTE | ASEGURADOS PÓLIZAS DE SEGURO DE ATENCIÓN MEDICA QUIRÚRGICA Y HOSPITALARIA POR ACCIDENTES ESTUDIANTILES Y GASTOS FUNERARIOS PREMIUM | PÓLIZAS DE SEGURO DE ATENCIÓN MEDICA QUIRÚRGICA Y HOSPITALARIA POR ACCIDENTES ESTUDIANTILES Y GASTOS FUNERARIOS PREMIUM | RENOVACIÓN AUTOMÁTICA |
| | | | | | | | | |
| **UT FOSCAL** | MAG No. S-0063 | 28/02/2022 - 30/04/2024 | EVENTO | ASISTENCIAL | SOAT VIGENTE | Afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus beneficiarios | Servicio de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Procedimientos, Servicios de Apoyo y Complementación Terapéutica, Servicio de Transporte Asistencial, Servicio Farmacéutico. | circular externa 24 octubre 2023 |

Fuente Subgerencia científica

## FACTURACIÓN

### BASE DE DATOS

Las bases de datos contienen los datos de los afiliados de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, a los cuales se les prestará el servicio durante cada mes, siendo esta la base para la facturación de las actividades realizadas; sin embargo, cada EAPB cuenta con una plataforma para la verificación de derechos para las respectivas atenciones de prestación de servicios; en las bases de datos se ingresan al sistema de información Panacea (software institucional) y se remiten a los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias para la verificación de derechos.

### FACTURACIÓN POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

La facturación total acumulada del Instituto de Salud de Bucaramanga - ESE ISABU durante el año 2024 alcanzó la cifra de $75.293.832.105. Este monto corresponde a la facturación generada a través de diversas modalidades de servicio, incluyendo eventos, cápita, convenios, particulares y convenios con la Alcaldía, entre otros.

La institución ha ampliado su oferta de servicios de mediana complejidad, lo que ha impulsado un crecimiento en la facturación por evento, evidenciando un comportamiento ascendente en esta modalidad.

La principal fuente de ingresos de la E.S.E. ISABU proviene de la facturación asociada a los contratos de capitación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del régimen subsidiado, tales como Coosalud, Nueva EPS y Sanitas. Aunque Sanitas es parte del régimen contributivo, se asignaron usuarios subsidiados a través de un contrato con la ESE para la atención de dichos usuarios en la modalidad de capitación.

A continuación, se presenta la distribución de la facturación acumulada hasta diciembre de 2024, según el responsable de pago.

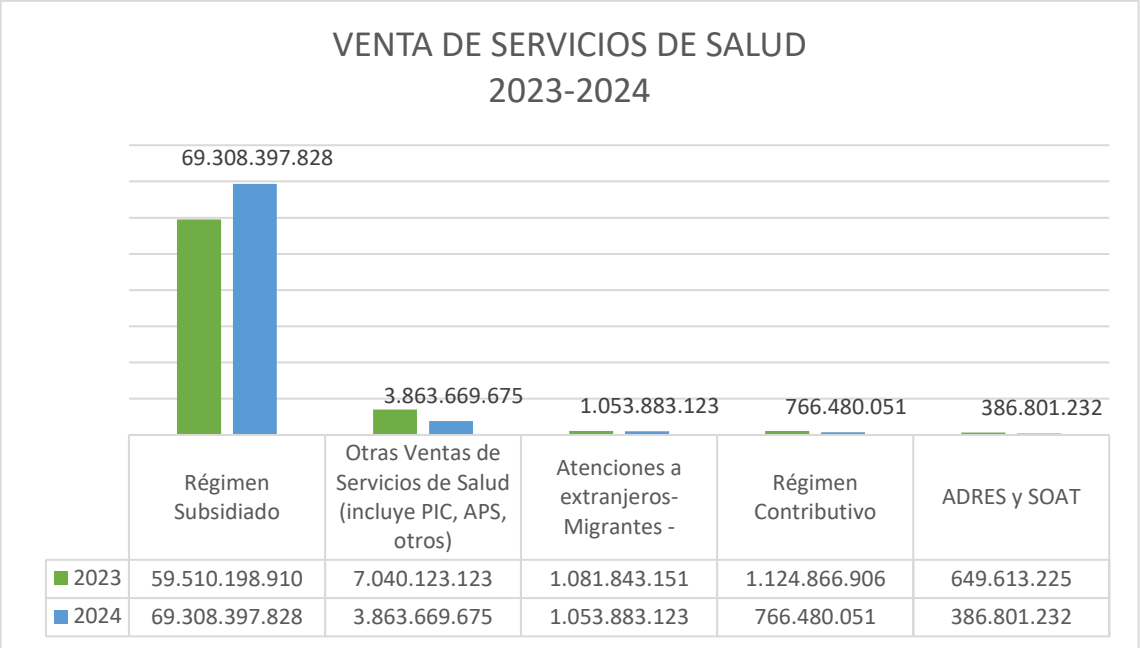
Tabla 74 Venta de servicios de salud

| AÑOS 2023-2024 | | |
|---|---|---|
| **RÉGIMEN** | **2023** | **2024** |
| Régimen Subsidiado | 59,510,198,910 | 69,308,397,828 |
| Otras Ventas de Servicios de Salud (incluye PIC, APS, otros) | 7,040,123,123 | 3,863,669,675 |
| Atenciones a extranjeros- Migrantes - | 1,081,843,151 | 1,053,883,123 |
| Régimen Contributivo | 1,124,866,906 | 766,480,051 |
| ADRES y SOAT | 649,613,225 | 386,801,232 |
| **TOTAL** | **69,406,645,315** | **75,379,231,909** |
| **% DE CRECIMIENTO** | | **8.6%** |

Fuente SIHO

Gráficamente se presentan las ventas por servicios de salud de los años 2023 y 2024, observándose que el régimen subsidiado es el mayor representando un 91.9% del total de las ventas en el 2024 y el 85.7% del total de ventas año 2023; el crecimiento total de ventas es el 8.6% y comparativamente régimen subsidiado 2024/2023 fue del 16.5%

Ilustración 31 Venta de servicios de salud por régimen




Fuente Facturación

Para el año 2024, teniendo una infraestructura física y humana fortalecida, con un equipo de negociación de contratos de venta de servicios de salud consolidado, se logró no solo mejorar las tarifas pactadas, sino que además contrataron venta de servicios de salud a afiliados de los municipios vecinos como Lebrija, tona, matanza y algunos municipios del cesar, presentando incremento del 19.21%. en las ventas de servicios frente al año 2022.

La mayor fuente de ingresos de la ESE ISABU corresponde a la contratación régimen subsidiado modalidad capitación, sin embargo, como se mencionó anteriormente se vienen desarrollando convenios con el ente territorial – Municipio, En territorio, Medical Tems, OIM, Samaritans Purse, y ventas por evento a las EAPB y particulares que nos permiten llegar a las metas propuestas.

Se detallan las 10 entidades más representativas en ventas, de las respectivas vigencias.

Tabla 75 Venta servicios de salud - Entidades más representativas

| ENTIDAD | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| COOSALUD EPS | 26,035,428,501 | 33,027,474,993 |
| NUEVA EPS | 21,170,732,640 | 26,882,285,568 |
| SANITAS EPS | 7,015,555,060 | 8,560,339,021 |
| OTROS DEUDORES | 2,256,549,147 | 3,020,073,227 |
| OTRAS ENTIDADES | 6,441,916,166 | 1,531,743,062 |
| PPNA DPTO | 1,355,515,966 | 1,097,385,940 |
| PPNA MPAL | 5,370,707,509 | 691,112,919 |
| SOAT | 650,561,574 | 374,567,300 |
| PARTICULARES | 12,738,648 | 52,544,221 |
| RÉGIMEN ESPECIAL | 9,253,605 | 14,768,419 |

Fuente Facturación

## CARTERA

El proceso de cartera es la continuación del proceso de facturación de los servicios prestados, que comienza con la radicación de las cuentas por cobrar en las entidades responsables de pago ERP y termina con la cancelación y liquidación de estas.

Este proceso le permite a la institución evaluar el comportamiento de la cartera y el impacto que tiene sobre sus finanzas y su operatividad. Además, es una herramienta indispensable para la toma de decisiones de acuerdo con las novedades que se registren en cada una de ellas como resultado de la gestión de cobro y de los compromisos adquiridos y suscritos.

Es fundamental para la ESE el cobro de los servicios prestados en los tiempos necesarios para que se genere el ingreso del recurso al Flujo de caja para atender los costos y gastos de la ESE ISABU.

## RADICACIÓN

En el 2024, la ESE ISABU radicó antes las Entidades Responsables de pago (ERP) la suma de $75.473.263.076 por servicios de salud prestados como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 76 Relación de facturación radicada

| MES RADICACIÓN | VIGENCIA 2023 | VIGENCIA 2024 |
|---|---|---|
| Enero | 5.893.353.952 | 5.170.462.013 |
| Febrero | 4.665.369.543 | 5.505.878.472 |
| Marzo | 5.988.733.343 | 6.061.187.572 |
| Abril | 5.037.024.316 | 5.325.217.785 |
| Mayo | 5.152.832.001 | 6.384.897.792 |
| Junio | 5.477.402.528 | 6.175.100.900 |

| | | |
|---|---|---|
| Julio | 5.412.191.553 | 6.215.539.386 |
| Agosto | 7.488.736.311 | 7.354.405.082 |
| Septiembre | 6.155.904.940 | 6.264.707.659 |
| Octubre | 6.554.564.665 | 6.111.206.249 |
| Noviembre | 6.019.490.644 | 6.805.696.803 |
| Diciembre | 7.788.421.971 | 8.098.963.363 |
| **TOTAL** | **71.634.025.767** | **75.473.263.076** |

Fuente Facturación

Para poder identificar la tendencia en la venta de servicios, en cuanto a la radicación de la misma, se realiza un comparativo entre la facturación radicada de enero a diciembre de 2024 y la facturación radicada en este mismo periodo, lo que permite identificar un incremento correspondiente al 2.9%, entre las dos vigencias objeto de valoración.

## RECAUDO

Es satisfactorio para la ESE ISABU, haber incrementado el recaudo a pesar de las dificultades que se han tenido con las entidades responsables de pago, situación que ha hecho que se refuerce la gestión de cobro de cuentas por cobrar a los responsables de pago en salud cuyos frutos se vieron reflejados en el aumento del flujo de efectivo de la ESE.

El total de recaudo recibido año 2022-2023 se presenta a continuación:

Tabla 77 Recaudo discriminado por vigencias

| VIGENCIA | INGRESOS VIGENCIA ACTUAL | INGRESOS VIGENCIA ANTERIOR | TOTAL | % DE VARIACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 2023 | 54,206,270,293 | 12,325,016,837 | 66,531,287,130 | 0.24% |
| 2024 | 59,119,460,566 | 7,249,490,838 | 66,368,951,404 | |

Fuente Cartera

El incremento o variación entre el año 2023-2024 fue positivo en un 0.24% mayor en la vigencia 2024, lo que le ha permitido estar estable financieramente y con un flujo de caja optimo que permite cumplir con los compromisos adquiridos por la entidad.

De igual forma se recibieron recursos importantes para la ejecución de equipos básicos en salud y la adquisición de Ambulancias para la vigencia 2024 que, aunque no corresponden a venta de Servicios de salud ayudaron a la solidez financiera y estructural de la ESE.

Tabla 78 Otros recaudos diferentes a venta de servicios de salud

| VIGENCIA | INGRESOS VIGENCIA ACTUAL | INGRESOS VIGENCIA ANTERIOR | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 2023 | 4,939,008,939 | - | 4,939,008,939 |
| 2024 | 7,167,054,013 | - | 7,167,054,013 |

Fuente Cartera

## GESTIÓN DE COBRO

En cuanto la gestión de cobro de la cartera es de aclarar que se han utilizado varias estrategias con el fin de crear o generar un enlace con las diferentes ERP que permitan incrementar los valores reconocidos por parte de dichas entidades, entre las cuales tenemos:

## ACUERDOS DE PAGO

Como resultado de mesas de trabajo con la secretaria de salud departamental, Super Salud y demás estrategias utilizadas como compra de cartera, cesiones de crédito y contratos de transacción, cada año para el cobro de los recursos, se logró recaudo de efectivo a través de acuerdos de pago así:

Tabla 79 Acuerdos de pago 2023-2024

| ENTIDAD | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | - | 189,441,213 |
| ASMET SALUD EPS | 1,901,467,609 | - |
| COOSALUD | 4,711,108,267 | 4,838,746,458 |
| SALUD TOTAL | - | 33,543,093 |
| SAVIA SALUD | 10,048,554 | 6,127,389 |
| CAPRESOCA | - | 10,361,743 |
| S.S. SANTANDER | 294,736,313 | - |
| CAJACOPI | - | 154,836,833 |
| DUSAKAWI | - | 20,349,467 |
| FAMISANAR | - | 9,037,388 |
| SANITAS | - | 101,518,219 |
| SECRETARIA DE BOLÍVAR | - | 5,938,776 |
| **VALOR TOTAL** | **6,917,360,743** | **5,369,900,579** |

Fuente Cartera

## PRESTACIÓN DE ACREENCIAS

Se presenta resumen de todas las actuaciones presentadas en virtud de la reclamación de valores adeudados por las diferentes ERP que entraron en proceso de intervención para la liquidación de la entidad año 2023-2024.

Tabla 80 Acreencias

| ENTIDAD | SALDO FACTURA | NUMERO DE RADICADO DE LA ACREENCIA | FECHA PRESENTACION ACREENCIA | VALOR RECLAMADO |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| COMFAGUAJIRA | 5,325,625 | 746 | 1/3/2023 | 5,352,625 |
| ECOOPSOS | 70,584,749 | 1,430 | 6/2/2023 | 70,584,749 |
| | **75,910,374** | | | **75,937,374** |

Fuente Cartera

En el año 2024 no se presentaron acreencias, el gobierno nacional por medio de la Superintendencia de Salud no liquido ninguna EPS, se presentaron fue intervenciones.

## ESTADOS FINANCIEROS

Los estados contables reflejan el resultado de los hechos económicos y financieros con corte a un período determinado. En particular y a diferencia del presupuesto registra los ingresos (operacionales o no) así como los gastos, así como la provisión de los gastos que no se evidencian en el flujo de caja, tales como el deterioro de las cuentas, la depreciación entre otros.

## ESTADO SITUACIONAL FINANCIERO

### 3.1.1.3 Activos

Tabla 81 Estado de situación financiera

| Estado de Situación Financiera | | | |
|---|---|---|---|
| A 31 de diciembre de 2024 | | | |
| **ACTIVO** | **31-dic-24** | **31-dic-23** | **Variación** |
| **Activo Corriente** | | | |
| Efectivo y Equivalente de Efectivo | 23.232.176.718 | 14.380.393.260 | 8.851.783.458 |
| Cuentas por Cobrar | 18.918.353.736 | 14.082.182.097 | 4.836.171.639 |
| Inventarios | 1.863.182.587 | 1.185.800.473 | 677.382.114 |
| Otros Activos | 640.505.926 | 222.945.311 | 417.560.615 |
| **Total, Activo Corriente** | **44.654.218.967** | **29.871.321.141** | **14.782.897.826** |
| **Activo No Corriente** | | | |
| Cuentas por Cobrar | 13.101.499.646 | 11.691.569.298 | 1.409.930.348 |
| Deterioro De Cuentas Por Cobrar (Cr) | -12.186.540.722 | -10.107.011.215 | -2.079.529.507 |
| Propiedades, Planta y equipo | 27.043.732.248 | 26.861.505.098 | 182.227.151 |
| Otros Activos | 41.189.793 | 41.189.793 | 0 |
| Intangibles | 127.202.619 | 170.528.372 | -43.325.753 |
| **Total, Activo No corriente** | **28.127.083.584** | **28.657.781.346** | **-530.697.762** |
| **Total, Activo** | **72.781.302.551** | **58.529.102.487** | **14.252.200.063** |

Fuente Área contable

**Análisis Estado De Situación Financiera**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Efectivo y Equivalente de Efectivo | 23.232.176.718 | 14.380.393.260 | 8.851.783.458 | 62% |

El efectivo a equivalente del efectivo a diciembre aumento en un 62% con respecto a diciembre de 2023

La variación de los saldos en bancos está representada en la recuperación de cartera, incremento en las ventas de servicios de salud y en los recursos recibidos para financiar programas específicos por parte del Ministerio de Salud como son Equipos Básicos de Salud, compra de vehículos y por parte de la Alcaldía de Bucaramanga compra de vehículos y otros anticipos.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas por Cobrar | 32.019.853.382 | 25.773.751.396 | 6.246.101.986 | 24% |
| Deterioro De Cuentas Por Cobrar (Cr) | -12.186.540.722 | -10.107.011.215 | -2.079.529.507 | 21% |

Las cuentas por cobrar a diciembre 2024 aumentaron en un 24% en comparación a diciembre de 2023

El incremento de la cartera se presentó principalmente por Nueva EPS, entidad que entro en intervención en el mes de abril de 2024. Y que presenta unos pagos pendientes por legalizar al cierre del 2024 por 2.933 millones lo que permitirá disminuir la cartera favorablemente en el 2025.

Por otra parte, la ESE ISABU viene prestando servicios a la población Migrante la cual es facturada a la Gobernación de Santander, pero no se ha recibido recurso que permita disminuir esta cartera.

Sanitas incumplió con el pago de la cápita del mes de diciembre de 2024, situación q elevo la cartera al cierre del año, este recurso se espera recuperar en el primer trimestre del 2025.

Para la vigencia 2024 se presenta una aplicación considerable de deterioro por valor de $ 2,079,529,507 incrementado se con respecto al 2023, por las intervenciones por partes del gobierno nacional de las entidades Nueva EPS, Sanitas, y Coosalud situación que dificulta la recuperación de la cartera por los lineamientos que establecen los agentes interventores para el pago de la misma.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Inventarios | 1.863.182.587 | 1.185.800.473 | 677.382.114 | 57% |

Los inventarios existentes reflejan los inventarios físicos desarrollados en la última semana del mes de diciembre de la vigencia 2024 y que están soportados por las diferentes actas firmadas por los responsables de las unidades encargadas de suministrarlos, para la atención de los usuarios.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Propiedades, Planta y equipo | 27.043.732.248 | 26.861.505.098 | 182.227.151 | 1% |

La propiedad planta y equipo aumento en un 1% a diciembre 2024 comparado con diciembre del 2023 por la compra de equipos biomédicos.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Otros Activos | 681.695.719 | 264.135.104 | 417.560.615 | 158% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Intangibles | 127.202.619 | 170.528.372 | -43.325.753 | -25% |

Los otros activos están representados en el fondo de cesantías retroactivas y aumento en un 158% en comparación con el año anterior por el fortalecimiento del fondo para respaldar las cesantías retroactivas.

Los intangibles El valor neto de la amortización en el resultado del periodo corriente es de $ 43.325.753 en comparación con la vigencia anterior que fue de $93.188.163 Parte de las licencias, antivirus terminaron su vida útil durante el periodo 2024. No se han adquiridos intangibles por medio de subvenciones ni se tienen elementos intangibles con restricción de uso o que garanticen algún pasivo de la entidad, así mismo no se han realizado inversiones o pagos en investigación y desarrollo. Los intangibles que la entidad mantiene actualmente son: Licencia panacea 36 meses por amortizar.

#### 3.1.1.4 Pasivos y Patrimonio

Tabla 82 Relación Pasivos y Patrimonio

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PASIVO** | | | |
| **Pasivo Corriente** | | | |
| Cuentas por Pagar | 8.088.137.409 | 4.917.932.589 | 3.170.204.819 |
| Beneficiosa Los Empleados a Corto Plazo | 3.493.722.449 | 3.377.918.014 | 115.804.435 |
| Otros Pasivos | 9.570.985.303 | 1.240.959.750 | 8.330.025.553 |
| **Total, Pasivo Corriente** | **21.152.845.161** | **9.536.810.354** | **11.616.034.808** |
| **Pasivo No Corriente** | | | |
| Otras Provisiones | 5.617.696.945 | 4.634.125.454 | 983.571.491 |
| Beneficios a Los Empleados a largo Plazo | 6.907.845.781 | 7.181.616.026 | -273.770.245 |
| **Total, Pasivo No Corriente** | **12.525.542.725** | **11.815.741.480** | **709.801.245** |
| **Total, Pasivo** | **33.678.387.887** | **21.352.551.834** | **12.325.836.053** |
| **PATRIMONIO** | | | |
| **Capital Social** | **15.629.653.591** | **15.629.653.591** | **0** |
| Ganancia en el Resultado | **1.798.963.286** | **11.495.390.573** | **-9.696.427.288** |
| Perdidas actuariales por planes de beneficios pos empleo | -2.578.351.215 | -2.705.751.940 | 127.400.725 |
| Resultados de ejercicios anteriores | 24.252.649.003 | **12.757.258.429** | 11.495.390.574 |
| **Total, Patrimonio** | **39.102.914.664** | **37.176.550.654** | **1.926.364.011** |
| **Total, Pasivo más Patrimonio** | **72.781.302.551** | **58.529.102.487** | **14.252.200.064** |

Fuente Área Contable

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas por Pagar | 8.088.137.409 | 4.917.932.589 | 3.170.204.819 | 64% |

Las cuentas por pagar que la entidad posee son obligaciones de deuda interna (residentes en Colombia). Todas las obligaciones de cuentas por pagar están pactadas a corto plazo (menor a 1 año), a la fecha la ESE mantiene una cuenta que no ha sido resuelta por los acreedores según las condiciones establecidas por la entidad, encontrándose a la fecha con más de un año de antigüedad por valor de 15,396,146 correspondiente al proveedor: Trienergy S.A.

Desde el área de contabilidad se reconocieron obligaciones a título de provisión de cuentas por pagar que no llegaron oportunamente a tesorería para que fueran causadas por valor de $ 3.750.579.286 a nombre de la ESE ISABU por servicios prestados de la vigencia actual, $1,103,470,295 de entradas de almacén sin el reconocimiento de la cuenta por pagar por motivo de falta de oportunidad de la radicación de las cuentas por parte del proveedor y el supervisor, y el valor de 952, 699,048 a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga que se encuentran en conciliación de vigencias 2017, 2018 y 2019 por prestación de servicios a la población vinculada a la institución.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Beneficiosa Los Empleados a Corto Plazo | 3.493.722.449 | 3.377.918.014 | 115.804.435 | 3% |

Los beneficios a los empleados a corto plazo aumentaron en un 3% por las prestaciones sociales que se provisionan y se pagan en el 2025.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Otros Pasivos | 9.570.985.303 | 1.240.959.750 | 8.330.025.553 | 671% |

Los otros pasivos aumentaron en un 671% en comparación a diciembre del 2023 por los recursos recibidos por parte de la Alcaldía de Bucaramanga por el valor de $524,350,525 Contrato interadministrativo prestación de servicios para la ejecución de las acciones contempladas en el plan de intervenciones colectivas (PIC) $274.000.000 convenio interadministrativo para la adquisición de vehículos de transporte básico asistencial para la empresa social del estado Instituto de Salud de Bucaramanga.

Recursos recibidos por el Ministerio de Salud $8.736.634.778 Corresponde al giro del ministerio de salud bajo, la resolución 2296 del 2020 recurso que fueron otorgados para el fortalecimiento de las acciones frente a la atención de los pacientes con el SARS COV 2, resolución 763 de 2024 de apoyo para la adquisición de vehículos de transporte básico asistencial, resolución 1212 de 2024 Equipos Básicos en salud y también corresponde a giros para el programa de PAPSIVI.

Recursos recibidos de Medical Teams International $36.000.000 Corresponde a giro para fortalecimiento de la atención en sala de partos

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Otras Provisiones | 5.617.696.945 | 4.634.125.454 | 983.571.491 | 21% |

Las otras provisiones están representadas como su nombre los dice en provisión de las demandas en contra de la institución que están catalogadas en alto riesgo de perderse. Para el año 2024 aumentaron en un 21% en comparación con el año 2023 debido a que los fallos de riesgo medio pasaron a riesgo alto

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Beneficiosa Los Empleados a Largo Plazo | 6.907.845.781 | 7.181.616.026 | -273.770.245 | -4% |

Los beneficios a los empleados a largo plazo corresponden a las cesantías de carácter retroactivo y al cálculo actuarial de los pensionados a cargo de la institución, se observa que disminuyeron en un 4% debido a que funcionarios se pensionaron y se retiraron de la institución y se les pago las cesantías retroactivas y cuanto a pensiones una persona fue retirada de la institución y transferida a Colpensiones por ende se reverso la provisión que se tenía para ese pensionado.

Tabla 83 Estado de Resultado Integral

| Estado de Resultado Integral | | | |
|---|---|---|---|
| Del 1 de enero a 31 de diciembre de 2024 | | | |
| | **31-dic-24** | **31-dic-23** | **Variación** |
| Ingresos de Actividades Ordinarias | 75.293.832.105 | 69.292.538.963 | 6.001.293.142 |
| Glosas, Devoluciones, Descuentos y Rebajas | 0 | 0 | 0 |
| Costo de Ventas | **-44.986.585.966** | **-40.240.975.514** | **-4.745.610.452** |
| **Utilidad Bruto en Ventas** | **30.307.246.139** | **29.051.563.449** | 1.255.682.690 |
| Gastos de Administración | -23.502.170.734 | -14.457.866.313 | -9.044.304.421 |
| **Utilidad EBITDA** | **6.805.075.405** | **14.593.697.136** | **-7.788.621.731** |
| Costo por depreciación | 0 | 0 | 0 |
| Gastos de Depreciación, Provisiones y Deterioro | -6.364.746.188 | -5.969.209.486 | -395.536.702 |
| **Utilidad Operacional** | **440.329.217** | **8.624.487.650** | **-8.184.158.433** |
| Gastos Financieros | -784.249.962 | -751.769.810 | -32.480.151 |
| Otros Gastos | -321.781.983 | -4.858.566.613 | 4.536.784.630 |
| Ingresos Financieros | 1.432.754.046 | 735.182.587 | 697.571.459 |
| Ingresos por Subvenciones | 711.304.925 | 5.955.290.107 | -5.243.985.182 |
| Otros Ingresos | **320.607.042** | **1.790.766.652** | **-1.470.159.611** |
| **Utilidad del Ejercicio** | **1.798.963.286** | **11.495.390.573** | -9.696.427.288 |
| **Otro resultado Integral** | | | |
| Perdidas actuariales por planes de beneficios pos empleo | 127.400.725 | -2.515.649.746 | 2.643.050.471 |
| **Perdida en el Otro Resultado Integral** | **127.400.725** | **-2.515.649.746** | **2.643.050.471** |

Fuente Área Contable

**Análisis Estado De Resultado Integral**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos de Actividades Ordinarias | 75.293.832.105 | 69.292.538.963 | 6.001.293.142 | 9% |

Los ingresos a diciembre del 2024 aumentaron en un 9% en comparación con el periodo de diciembre de la vigencia anterior por los nuevos servicios que la institución ofreció y una mejor contratación de servicios de salud.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Costo de Ventas | -44.986.585.966 | -40.240.975.514 | -4.745.610.452 | 12% |

Los costos aumentaron en relación con los ingresos, a mayores servicios prestados mayores costos.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de Administración | -23.502.170.734 | -14.457.866.313 | -9.044.304.421 | 63% |

El aumento de los gastos administrativos corresponde al incremento salarial decretado en la vigencia 2024 y al incremento de la planta de personal.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos Financieros | 1.432.754.046 | 735.182.587 | 697.571.459 | 95% |

El aumento de Los ingresos por rendimientos financieros obedece a que la institución tiene los recursos en entidades financieras que generan los rendimientos a una mejor tasa que la vigencia anterior.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por Subvenciones | 711.304.925 | 5.955.290.107 | -5.243.985.182 | -88% |

Los ingresos por subvenciones disminuyeron en un 88% en comparación a la vigencia anterior, esto se debe a que no se han ejecutado los diferentes convenios.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Utilidad del Ejercicio | 1.798.963.286 | 11.495.390.573 | -9.696.427.288 | -84% |

## TRANSFORMACIÓN DE LA UTILIDAD

La información financiera presentada en este documento de rendición de cuentas ha sido extraída de los extractos bancarios y de los informes generados por el sistema de información financiera de la entidad. Estos datos han sido verificados y validados según los procedimientos internos de control y gestión financiera, garantizando su confiabilidad y precisión.

- PDF. Conciliaciones bancarias al 31 de diciembre del 2023 y 2024
- Extractos Bancarios de las cuentas de ahorros y corrientes de la ESE ISABU del mes de diciembre 2023 y 2024.
- PDF. Estados financieros del 2024, publicados en la página web https://isabu.gov.co/
- PDF. Resolución de gerencia 0029 del 15 enero 2024 de constitución de cuentas por pagar, y Resolución 0012 del 15 de enero 2025.
- PDF. Certificado de Disponibilidad inicial del 2023 y 2024, emitido por la tesorería general de la ESE ISABU.

### 3.1.1.5 Gestión de Tesorería

La gestión de la tesorería en una la ESE ISABU se encarga del manejo eficiente de los recursos financieros, asegurando que haya liquidez suficiente para cumplir con las obligaciones de pago y optimizar el uso de los recursos públicos. Administración de los recursos revisión, registro y procesamiento de pagos a proveedores, Supervisión de cuentas bancarias, conciliaciones y control de flujos de efectivo.

Durante el año 2023, las cuentas bancarias de la entidad registraron una tasa de rentabilidad promedio del 5,00% EA. Gracias a la optimización de la gestión financiera de la Tesorería, en 2024 estas tasas mejoraron significativamente, alcanzando niveles del 7,00%, 8,25% y hasta el 9,00% EA con las diferentes entidades bancarias con las que la ESE ISABU tiene productos.

Como resultado de esta mejora en las tasas de rentabilidad, el rendimiento financiero al cierre de 2023 fue de $735.182.587, mientras que para el cierre de 2024 se registró un aumento considerable, alcanzando los $1.432.754.046. Esto representa un incremento del 50% en los ingresos financieros en comparación con el año anterior. Tal como se refleja en los estados financieros de la ESE ISABU del 2024.

Por otro lado, los ingresos derivados de las cuentas bancarias también evidenciaron un crecimiento significativo. En 2024, el recaudo total ascendió a $23.231.922.818, superando en un 61% el valor registrado en 2023, que cerró con $14.378.883.883. Este incremento fue posible gracias a la gestión estratégica del gerente, enfocada en la recuperación de cartera y el fortalecimiento de los ingresos facturados mediante la celebración y optimización de convenios y contratos con las entidades responsables de pago.

#### 3.1.1.6 Cuentas por Pagar

Durante el período 2023-2024, la gestión de tesorería se enfocó en optimizar el manejo de las cuentas por pagar, garantizando el cumplimiento oportuno de las obligaciones financieras, garantizando el lleno de requisitos de las cuentas de cobro y fortaleciendo la liquidez de la entidad.

Al cierre de 2023, el saldo de cuentas por pagar se compone de tres categorías principales:

- Obligaciones laborales: Incluyen cesantías, intereses sobre cesantías, vacaciones, bonificaciones y otros beneficios para los empleados.
- Cuentas de cobro: Corresponden a obligaciones debidamente legalizadas y radicadas ante Tesorería.
- Compromisos contractuales: Comprenden obligaciones pendientes de cobro y ejecución.

En 2023, el total de cuentas por pagar ascendió a $2.283.139.218,49, mientras que los compromisos contractuales alcanzaron los $2.648.738.562,96.

Para el cierre de 2024, estos valores presentan un incremento significativo, registrando $2.656.848.588,65 en cuentas por pagar y $8.023.714.969,41 en compromisos contractuales pendientes de cobro y ejecución.

El aumento en los compromisos contractuales se debe principalmente a la implementación del programa del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la Resolución 1212 de 2024. Esta resolución asigna recursos para el fortalecimiento del nivel primario de atención en salud, en el marco de la Ley 100 de 1993, mediante la conformación y operación de equipos básicos de salud asignando a la ESE ISABU recursos por valor de $ 7.417.628.100 para cobro y ejecución en el 2025.

Entre las principales estrategias implementadas para optimizar las cuentas por pagar se destacan:

- Negociación de plazos y condiciones con proveedores, permitiendo mejorar los términos de pago sin afectar la operatividad de la entidad.
- Priorización de pagos estratégicos, enfocada en obligaciones críticas y proveedores esenciales para garantizar

la continuidad de los servicios.

- Optimización del flujo de caja, a través de una gestión eficiente de ingresos y egresos, asegurando la disponibilidad de recursos para cubrir las obligaciones en los plazos establecidos.

Gracias a estas acciones, se logró mejorar la estabilidad financiera de la entidad, asegurando una gestión responsable y eficiente de los recursos.

#### 3.1.1.7 Disponibilidad Inicial

La disponibilidad inicial de recursos en tesorería hace referencia al saldo de liquidez con el que cuenta la ESE ISABU al inicio del período, considerando los fondos en caja, saldos de cuentas bancarias y otras fuentes de recursos de financiamiento.

Para el período 2024, la disponibilidad inicial de recursos se determinó con base en los saldos de los extractos bancarios de donde la entidad tiene productos financieros. Este monto es fundamental para garantizar el cumplimiento oportuno de las obligaciones, incluyendo el pago de cuentas por pagar, compromisos contractuales y demás erogaciones operativas.

La disponibilidad inicial con la que cerró 2023 para la ejecución del 2024 fue de $14.603.249.909,83, de los cuales $12.938.269.181,21 correspondieron a recursos propios.

Para el cierre de 2024, con ejecución en 2025, la disponibilidad alcanzó un total de $22.626.886.913,07, de los cuales $17.298.488.829,46 provienen de recursos propios.
Este incremento refleja una mayor capacidad financiera para afrontar compromisos pendientes de cobro y/o ejecución y optimizar la gestión de tesorería en el nuevo período.

#### 3.1.1.8 Saldos Bancarios

Los saldos bancarios representan los fondos disponibles en las cuentas bancarias de la entidad, reflejando su liquidez inmediata para cubrir obligaciones los cuales se utilizan para la ejecución de compromisos contractuales, pago de cuentas por pagar y demás obligaciones financieras.

En 2023, los saldos bancarios de la ESE ISABU, de las diferentes entidades financieras a través de cuentas de ahorro y corrientes, alcanzaban los $14.314.924.071,98. Para 2024, este monto se ha incrementado a $25.682.655.968,49, reflejando un crecimiento significativo en los recursos disponibles de las cuentas.

#### 3.1.1.9 Conciliaciones Bancarias

Son un proceso fundamental en la gestión de tesorería, ya que garantizan la precisión, transparencia y control sobre los recursos de la ESE ISABU. Su correcta ejecución permite identificar discrepancias entre los registros contables internos y los estados de cuenta bancarios, evitando errores, fraudes o inconsistencias.

De acuerdo con las conciliaciones bancarias al cierre de 2023, la diferencia entre los saldos bancarios y los registros

contables fue por valor de $63.957.811,34, correspondiente a valores en canje.

Para 2024, las conciliaciones bancarias evidencian una diferencia significativamente mayor, alcanzando $2.450.733.150,35. La variación con respecto al año anterior se debe a pagos mediante cheques, este valor corresponde a cheques girados y pendientes de cobro al cierre del año fiscal. Son transacciones que, aunque registradas en los libros contables, aún no se han reflejado en los estados de cuenta bancarios debido a los tiempos de procesamiento de las entidades financieras y el cobro de los cheques a los proveedores fue en el nuevo año fiscal del 2025.

#### 3.1.1.10 Análisis De Flujo De Caja

El flujo de caja neto es el resultado de los ingresos y egresos de efectivo en un período determinado. Se obtiene a partir del flujo de caja operativo y refleja la variación de la liquidez para la entidad.

Análisis de liquidez y capacidad financiera de la ESE ISABU se fundamenta en su capacidad para generar y administrar eficientemente el efectivo, garantizando el cumplimiento de sus obligaciones y la continuidad de sus operaciones.

Para el año 2024, la entidad dispone de un saldo en efectivo y equivalentes de efectivo de $23.232.176.718, mientras que sus obligaciones financieras, representadas en cuentas por pagar y compromisos pendientes de ejecución, ascienden a $10.680.563.558, este nivel de endeudamiento equivale al 45% del efectivo disponible, lo que indica que la ESE ISABU cuenta con la liquidez necesaria para cubrir sus compromisos sin riesgo de iliquidez. En términos financieros, este margen positivo le otorga capacidad operativa y flexibilidad para atender pagos inmediatos, gestionar contingencias y planificar inversiones estratégicas en equipamiento y mejoramiento en los servicios de salud.

Además, el superávit de efectivo del 55% respecto a sus obligaciones pendientes permite fortalecer la estabilidad financiera de la institución, asegurando que su flujo de caja se mantenga saludable y alineado con sus necesidades operativas. Una gestión prudente de estos recursos será clave para optimizar la rentabilidad del efectivo y garantizar la sostenibilidad a largo plazo.

#### 3.1.1.11 Gestión De Costos

La E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) presenta este análisis financiero en los costos-gastos generales con fundamento en la información de los periodos entre el 2023 a 2024, estos costos son comparados y analizados con la producción en servicio de salud para los mismos periodos junto con indicador de las unidades de valor relativo (UVR, que asocia producción con costos). De acuerdo al promedio mensual de los costos y gastos de la entidad (sin incluir depreciaciones, deterioros y ajustes contables por glosas) para cada uno de los años, se presenta a continuación los datos.

Tabla 84 Gestión de costos

| Costos y gastos | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| **Promedio mensual** | 4,620,884,302 | 5,772,750,555 |
| Variación | 14.40% | 24.93% |

Fuente Área contable

La variación año 2022-2023 fue de 14.40% y la de 2023-2024 24.93%.

Un comparativo en pesos (precios corrientes) con la actividad en ingresos reconocidos presenta una favorabilidad financiera, representada en un incremento importante entre el año 2023-2024 frente al 2022-2023 de 8.66% y 19.57% respectivamente y el incremento en los costos gastos fue del 24.93 y 14.40% (comparativo entre periodos de gestión). El comportamiento de los ingresos mensuales promedio 2022-2023 y 2023-2024 se registra a continuación:

Tabla 85 Ingresos

| Ingresos Operativos | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| **Promedio mensual** | 5,774,378,247 | 6,274,486,009 |
| Variación | 19.57% | 8.66% |

Fuente Área Contable

## 3.2 GESTIÓN JURÍDICA

### COMPRAS Y CONTRATACIÓN

Modalidades de contratación ejecutadas durante la vigencia 2024 realizando comparación con la vigencia 2023, en los siguientes términos:

- En la vigencia 2023 se celebraron 1335 contratos por un valor de treinta y siete mil quinientos setenta y un millones treinta y ocho mil cuatrocientos setenta y un pesos ($37.571.038.471) M/cte.
- En la vigencia 2024 se celebraron 1467 contratos por un valor de cuarenta y siete mil novecientos cincuenta y cinco millones setecientos cuarenta mil trescientos setenta pesos ($47.955.740.370) M/cte.

A continuación, se presenta el comparativo de contratación adelantada de acuerdo a la modalidad de selección:

Tabla 86 Comparativo Contratación 2023 vs 2024

| MODALIDAD | | 2023 | | 2024 | | | VARIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | CANT. DE CONTRATOS | VALOR | CANT. DE CONTRATOS | VALOR | | VALOR |
| CONTRATACIÓN DIRECTA | CON SOLICITUD DE COTIZACIÓN | 1256 | $ 27.815.246.500 | 21 | $ 14.415.539.833 | $ 36.095.918.945 | 30% |
| | CPS | | | 1353 | $ 21.680.379.112 | | |
| OTROS | | 79 | $ 9.755.791.971 | 93 | $ 11.859.821.425 | | 22% |
| **TOTAL** | | **1335** | **$ 37.571.038.471** | **1467** | **$ 47.955.740.370** | | **28%** |

Fuente Área Juridica

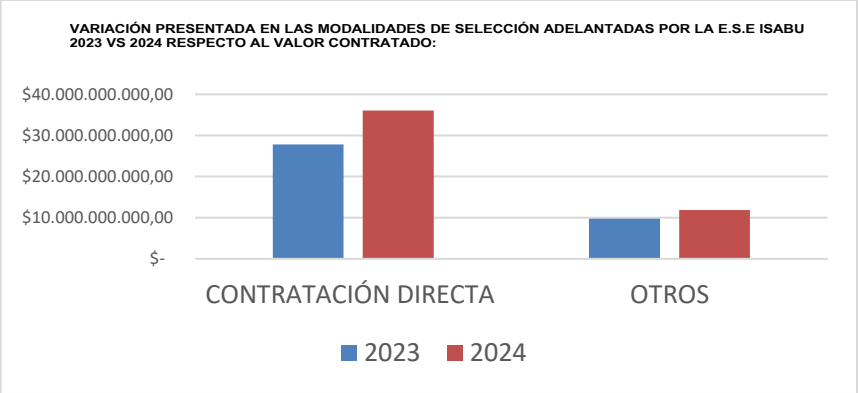
**Variación presentada en las modalidades de selección adelantadas por la E.S.E ISABU 2023 vs 2024 respecto al valor contratado:**

Variación de valor contratado de acuerdo con la modalidad de selección.

Tabla 87 Variación contratación

| MODALIDAD | | 2023 | 2024 | | VARIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | VALOR | VALOR | | VALOR |
| CONTRATACIÓN DIRECTA | CON SOLICITUD DE COTIZACIÓN | $ 27.815.246.500 | $14.415.539.833 | $36.095.918.945 | 30% |
| | CPS | | $21.680.379.112 | | |
| OTROS | | $ 9.755.791.971 | $11.859.821.425 | | 22% |
| **TOTAL** | | **$ 37.571.038.471** | **$47.955.740.370** | | **28%** |

Fuente Área Juridica




Fuente Área Juridica

## DEFENSA JURÍDICA

Para la Oficina Asesora Jurídica es importante destacar en el presente informe lo concerniente a los 94 procesos judiciales que se adelantan en contra de la entidad con el fin de visualizar el panorama presupuestal frente a la probabilidad de condena:

Tabla 88 Procesos de reparación directa

| PROBABILIDAD DE PERDIDA PROCESOS JUDICIALES CONTRA LA E.S.E. ISABU | | |
|---|---|---|
| REPARACIÓN DIRECTA | | |
| ALTA | MEDIA | BAJA |
| 10 | 23 | 11 |

Fuente Area Juridica

Tabla 89 Procesos Nulidad y Restablecimiento del Derecho - Ordinario Laboral

| PROBABILIDAD DE PERDIDA PROCESOS JUDICIALES CONTRA LA E.S.E. ISABU | | |
|---|---|---|
| NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO - ORDINARIO LABORAL | | |
| ALTA | MEDIA | BAJA |
| 21 | 10 | 17 |

Fuente Area Juridica

Tabla 90 Procesos Ejecutivos Administrativos

| PROBABILIDAD DE PERDIDA PROCESOS JUDICIALES CONTRA LA E.S.E. ISABU | | |
|---|---|---|
| EJECUTIVO ADMINISTRATIVO | | |
| ALTA | MEDIA | BAJA |
| 0 | 1 | 0 |

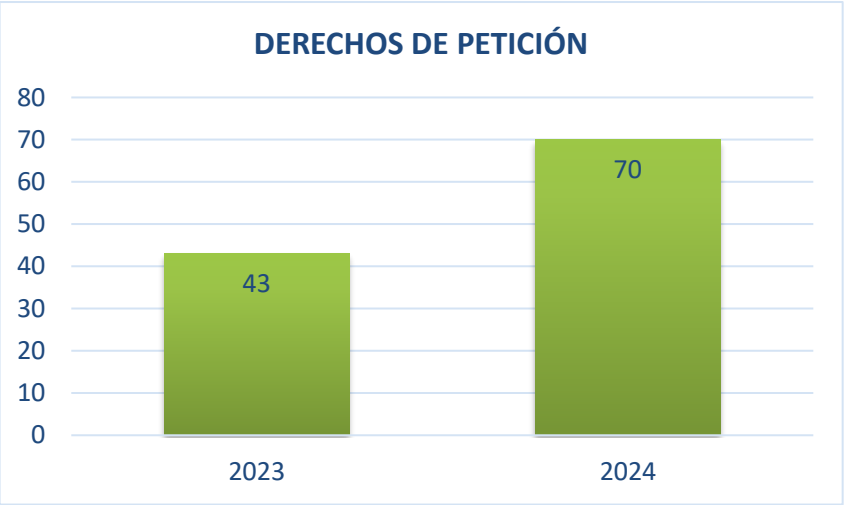
Fuente Área Juridica

Durante el periodo de enero a diciembre del 2024 fueron radicas mediante correspondencia ante la Oficina Asesora Jurídica 70 peticiones, las cuales fueron atendidas dentro del término de ley. Teniendo en cuenta que para el año 2023 se recibieron 43 peticiones, la entidad continúa cumpliendo con la respuesta oportuna a las solicitudes.

Tabla 91 Derecho de Petición

| | 2023 | 2024 | VARIACIÓN |
|---|---|---|---|
| DERECHOS DE PETICIÓN | 43 | 70 | 62,79% |

Fuente Área Juridica




Acciones de Tutela durante la vigencia 2024 realizando comparación con la vigencia 2023, en los siguientes términos:

En la vigencia 2023 nos notificaron 110 Acciones de Tutela, donde la E.S.E. ISABU actuó como accionado y/o vinculado.
En la vigencia 2024 nos notificaron 151 Acciones de Tutela, donde la E.S.E. ISABU actuó como accionado y/o vinculado.

A continuación, se presenta el comparativo de las Acciones de Tutela vigencia 2023 vs 2024:

Tabla 92 Acciones de Tutela

| | 2023 | 2024 | VARIACIÓN |
|---|---|---|---|
| ACCIONES DE TUTELA | 110 | 151 | 37,27% |

Fuente Área Juridica

Es importante resaltar que las acciones de tutela corresponden en su mayoría a vinculaciones realizadas por orden judicial, toda vez que lo requerido por los accionantes obedece a procedimientos que deben ser tramitados por las EPS a las cuales se encuentran adscritos.

## 3.3 GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

### MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA

El objetivo de este macro proceso es garantizar la disponibilidad de los recursos físicos para la prestación de servicios de salud humanos y seguros. Para ello durante el año se planificó, ejecutó y realizó seguimiento al plan de mantenimiento de infraestructura, que se realizaron y fueron ejecutados en los años 2023-2024.

Para los años 2023-2024 el área de infraestructura se encargó de mantenimientos preventivos y correctivos en los 22 centros de salud y las 2 unidades operativas de la ESE ISABU cumpliendo con los cronogramas estipulados para esta área por las personas idóneas.

Se realizaron actividades como:

- Limpieza de canales

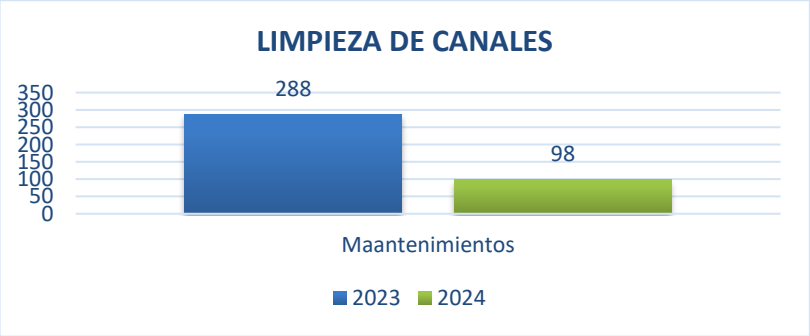



Tabla 93 Indicador cumplimiento mantenimiento programados limpieza canales

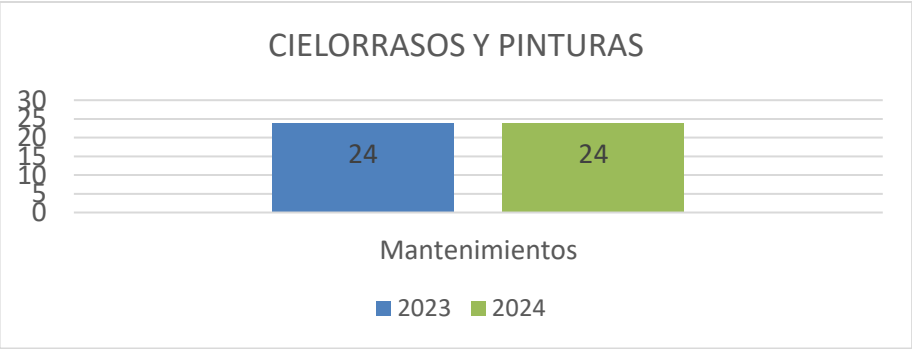
| 2023. Frecuencia mensual | 2024. Frecuencia mensual |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Limpieza de canales placas: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados}}{\text{Numero de mantenimientos programados}}$ Limpieza de canales y placas= $\frac{288}{288}$= 100.00% | Limpieza de canales placas: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados}}{\text{Numero de mantenimientos programados}}$ Limpieza de canales y placas= $\frac{98}{98}$ = 100.00% |

Fuente 4 Almacén - mantenimiento

- Cielorrasos y pinturas

Tabla 94 Mantenimientos cielorrasos y pinturas



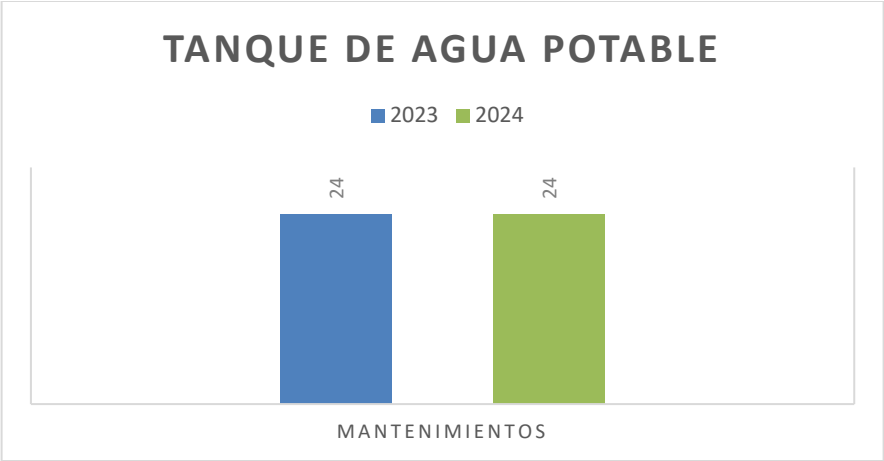

Fuente Almacén - Mantenimiento

Tabla 95 Indicador cumplimiento mantenimientos programados

| 2023. Frecuencia anual | 2024. Frecuencia anual |
|---|---|
| Inspección de cielorraso: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Limpieza de canales y placas= $\frac{24}{24}$= 100.00% | Inspección de cielorraso: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Limpieza de canales y placas= $\frac{24}{24}$= 100.00% |

Fuente Almacén - Mantenimiento

- Inspección de tanque de agua potable.

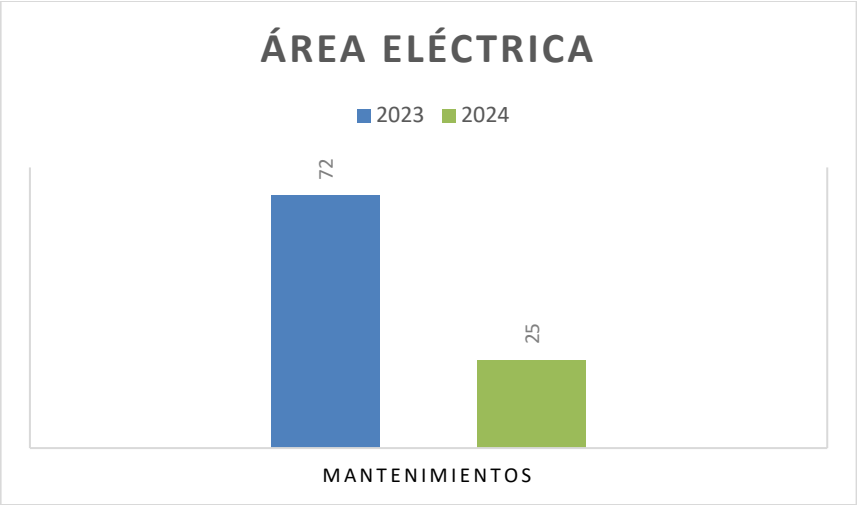



Fuente Almacén Mantenimientos

Tabla 96 Indicador cumplimiento mantenimientos tanques

| 2023. Frecuencia anual | 2024. Frecuencia anual |
|---|---|
| Inspección tanques de agua: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Limpieza de canales y placas=$\frac{24}{24}$= 100.00% | Inspección tanques de agua: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Limpieza de canales y placas=$\frac{24}{24}$= 100.00% |

- Inspección de aparatos eléctricos, iluminación y comunicaciones.




Fuente Almacén Mantenimiento

Tabla 97 Indicador cumplimiento mantenimientos programados aparatos eléctricos

| 2023. Frecuencia semestral | 2024. Frecuencia cuatrimestral |
|---|---|
| Inspección actividades eléctricas: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ <br> Inspección de actividades eléctricas=$\frac{72}{72}$= 100.00% | Inspección actividades eléctricas: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ <br> Inspección de actividades eléctricas=$\frac{25}{25}$= 100.00% |

Fuente Almacén Mantenimiento

- Inspección y mantenimiento de aparatos sanitarios

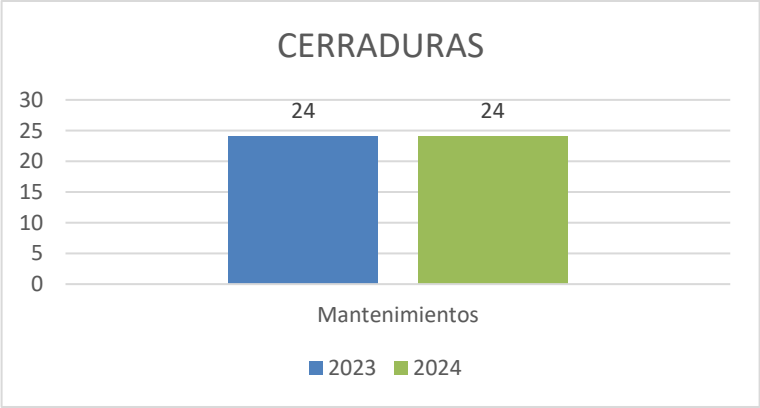
Fuente Almacén Mantenimiento

Tabla 98 Indicador cumplimiento mantenimientos programados aparatos sanitarios

| 2023. Frecuencia anual | 2024. Frecuencia anual |
|---|---|
| Inspección actividades hidráulicas y sanitarias: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Inspección actividades hidráulicas y sanitarias $=\frac{24}{24}=$ 100.00% | Inspección actividades hidráulicas y sanitarias: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Inspección actividades hidráulicas y sanitarias $=\frac{24}{24}=$ 100.00% |

Fuente Almacén Mantenimiento

- Inspección y reparación de cerraduras deterioradas - instalación de cerraduras faltantes




Fuente Almacen Mantenimiento

Tabla 99 Indicador cumplimiento mantenimientos programados cerraduras

| 2023. Frecuencia anual | 2024. Frecuencia anual |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Inspección cerraduras: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Inspección de cerraduras=$\frac{24}{24}$= 100.00% | Inspección cerraduras: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Inspección de cerraduras=$\frac{24}{24}$= 100.00% |

- Inspección ventanearía, puertas, portones y rejas

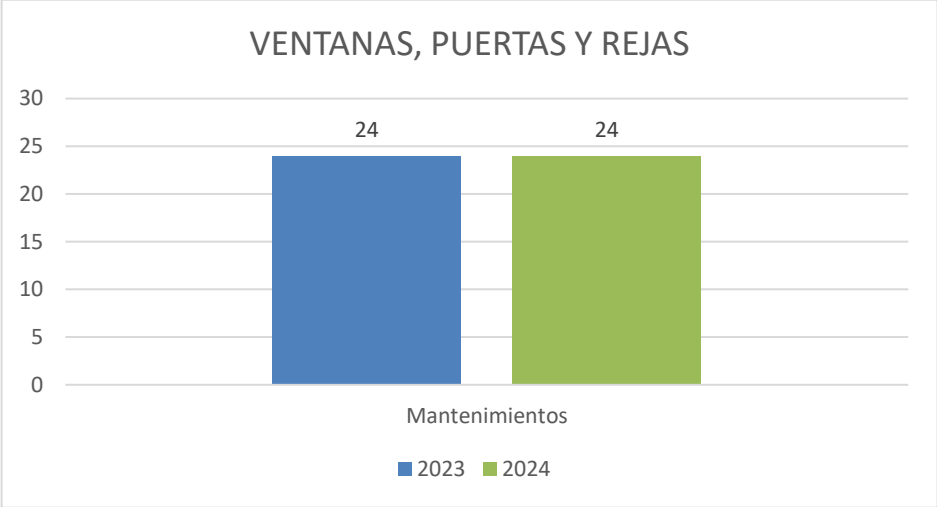



Tabla 100 Indicador cumplimiento mantenimientos programados ventaneria, puertas, etc.

| 2023. Frecuencia anual | 2024. Frecuencia anual |
|---|---|
| Inspección de puertas y ventanas: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Inspección puertas y ventanas=$\frac{24}{24}$= 100.00% | Inspección de puertas y ventanas: $\frac{\text{Numero de mantenimientos realizados acumulados}}{\text{Numero de mantenimientos programados anual}}$ Inspección puertas y ventanas=$\frac{24}{24}$= 100.00% |

Fuente Almacén, Mantenimiento

En el periodo del 2024, se realizaron los siguientes mantenimientos, adecuaciones e intervenciones:

- Se realiza sondeo de tubería de desagüe del cuarto de bombas por taponamiento, retiro y cambio de sifón, actividades de resane del piso e instalación de rejillas para mitigar futuros taponamientos en sótano del Hospital Local del Norte.

- Se realiza la adecuación de tramo de tubería PVC en cuarto de bombas que presentaba fuga de agua; actividades de excavación, cortes y soldadura de tubo en el Hospital Local del Norte.

- Se realiza a la intervención del área de lavandería, ropa sucia, ropa limpia y bodega de farmacias para adecuación de los espacios donde se va a ubicar por completo la bodega de farmacia en sótano del Hospital Local del Norte; actividades de demolición, retiro de piso, construcción de muros en mampostería y montura de cubierta nueva como parte del avance realizado a corte de este primer trimestre de 2024.

- Se realiza adecuación de cielo raso en cuarto para pacientes de pediatría por presencia de comején en cielo raso antiguo. Se realiza actividades de demolición de cielo raso, retiro de placa inferior agrietada por seguridad y adecuación de cielo raso en drywall para posterior pintura en UIMIST.

- Se realiza impermeabilización de tornillería en cubiertas y marcos de ventanas de cubierta para mitigar presencia de filtraciones de agua con resina acrílica en el Hospital Local del Norte.

- Se realiza impermeabilización de tornillería en cubiertas y marcos de ventanas de cubierta para mitigar presencia de filtraciones de agua con resina acrílica en el Hospital Local del Norte.

- Se realiza demolición de contrapiso en salida de emergencia del área externa de farmacia para realizar nivelación de terreno, ajuste de placa y enchapado en tablón rojo y gravilla para el embellecimiento y correcto funcionamiento del área intervenida en el Hospital Local del Norte.

- Se realiza limpieza de caja de inspección, retiro de arena y se procedió a realizar reparación de borde de caja para mitigar ingreso de residuos en el parqueadero de UIMIST.

- Se realiza levantamiento de tres sanitarios de baño de facturación y baños de funcionarios del primer piso, para realizar retiro de doble sifón y poder garantizar el uso adecuado de los mismo; actividades de cortes, resanes, relleno y sentado nuevamente del baño para su correcto funcionamiento en el Centro de Salud Girardot.

- Se realiza actividades de pintura en muros y en techo a lo largo de todo el centro de salud, pintura de vinilo para las áreas comunes y pintura en acrílico de alta asepsia para los consultorios médicos y áreas de procedimiento como vacunación, toma de muestras, odontología y demás en el centro de salud Gaitán.

- Se realiza actividades de mantenimiento para el embellecimiento de las áreas internas con pintura epoxica y vinilo en áreas como odontología, pasillos comunes, cafetería y consultorios médicos; así mismo, se realiza el embellecimiento de puertas de consultorio y baños en el Centro de Salud Concordia.

- Se realizó impermeabilización de viga canal de fachada por presencia de humedad que afectada pintura en el centro de salud Toledo Plata.

- Se realizaron actividades de levantamiento de muros en mampostería con ladrillo limpio en la petar del Hospital Local del Norte, asimismo, se realizan actividades de fundir la placa con concreto mezclado in situ, se pega a ladrillo limpio y finalmente, se techa con tejas de tipo mastermil en cuarto para químicos de la petar en HLN.

- Se realiza adecuación, instalación y mantenimiento de anjeo plástico en puerta cuarto de almacenamiento central residuos reciclables, puerta del cuarto de almacenamiento central residuos ordinarios y de la ventana de las escaleras del segundo al tercer piso del Centro de Salud Villa rosa.

- Se realizó cambio de llave de lavamanos en mal estado de consultorio médico y cambio de chapa en mal estado del área de odontología del Centro de Salud San Rafael.

**HLN**

**UIMIST**

**CS GIRARDOT**

**CS VILLA**

**HLN**

**CS TOLEDO**

**UIMIST**

**CS CONCORDIA**

**CS GAITÁN**

**CS GIRARDOT**

**HLN**

**CS SAN RAFAEL**

Fuente Almacén Mantenimiento

- **Actividades del plan de mantenimiento de la infraestructura 2025**

**Mantenimientos preventivos:**

Garantizar áreas físicas que permitan la funcionalidad de los servicios de la E.S.E. ISABU durante el año 2025, cumpliendo con el 100% de las actividades estipuladas en el cronograma de mantenimientos de la infraestructura física.

**Mantenimientos correctivos**

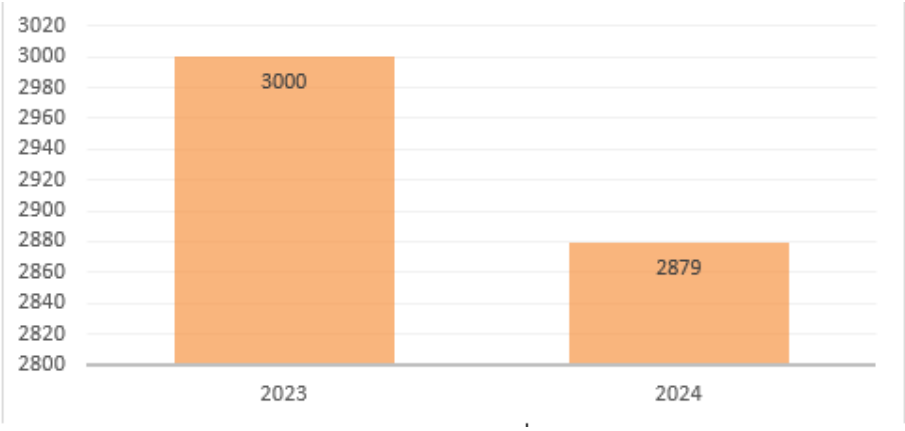
Una vez recibido el reporte de daño o falla en la infraestructura física de la institución, se procederá a realizar priorización de atención al mantenimiento correctivo, acto seguido, se llevan a cabo los procesos necesarios para atender dicha contingencia, procesos que involucra materiales, equipos, transporte y mano de obra. Es importante resaltar que estos mantenimientos, serán atendidos por priorización o importancia del servicio.
Para tal fin, se hará seguimiento cumpliendo con el 50% de las contingencias o mantenimientos correctivos solicitados durante el periodo 2024.

## MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

Para el año 2023 que se realizaron 3.000 mantenimientos a equipos biomédicos en comparación del año 2024 que se realizaron 2.879 mantenimientos a equipos biomédicos.

Debido a las 121 bajas registradas durante el año 2023, en el año 2024 se realizaron 2,879 mantenimientos preventivos, en comparación con los 3,000 llevados a cabo en el año anterior. Esta reducción en la cantidad de mantenimientos refleja el impacto directo de las bajas sobre las actividades de mantenimiento preventivo, optimizando los recursos disponibles para garantizar la continuidad operativa.

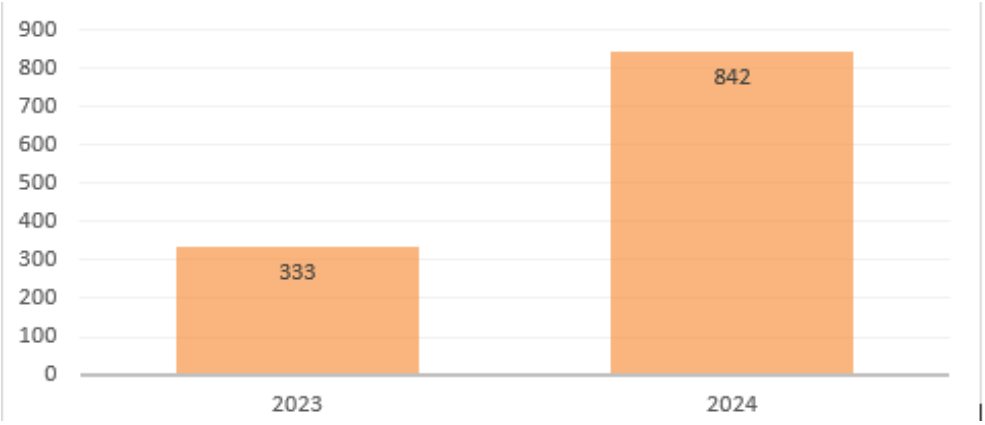
Ilustración 32 Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos




Fuente Almacén - Biomédico

Se realizaron un total de 842 mantenimientos correctivos de equipos biomédicos para el año 2024 en comparación Del año 2023 se realizaron 333 mantenimientos correctivos.

Ilustración 33 Mantenimientos correctivos de equipos biomédico




Fuente Almacén - Biomédico

Debido a la vida útil de los equipos y su continuo uso, se ha registrado un aumento significativo en la cantidad de mantenimientos correctivos, pasando de 333 en el año 2023 a 842 en el año 2024. Este incremento refleja el desgaste progresivo de los equipos y la necesidad de realizar intervenciones correctivas con mayor frecuencia para garantizar su funcionamiento óptimo y la continuidad de las operaciones.

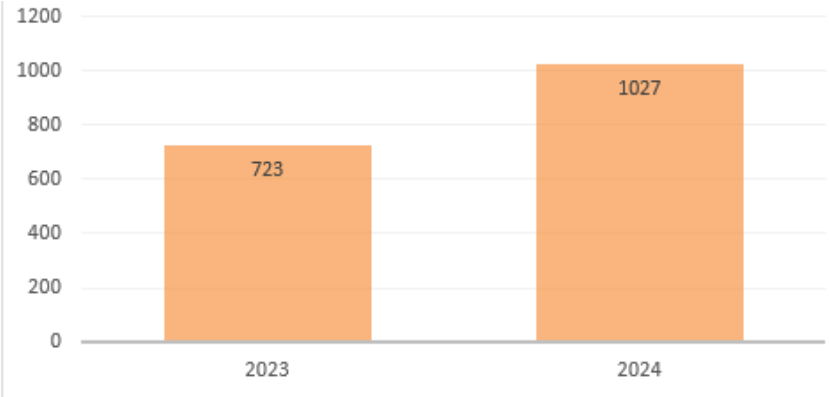
## MANTENIMIENTO DE EQUIPO INDUSTRIAL

Para el año 2024, se realizaron 1027 mantenimientos preventivos entre aires acondicionados, neveras y refrigeradores, motobombas, plantas eléctricas y ascensores en comparación del año 2023 que se realizaron 723 mantenimientos

preventivos.

Con el propósito de garantizar condiciones óptimas en las áreas de vacunación, se incrementó la periodicidad de los mantenimientos preventivos en los equipos de refrigeración industrial. Esta medida permitió asegurar el correcto funcionamiento y la conservación adecuada de los biológicos almacenados. Como resultado, el número total de mantenimientos preventivos aumentó de 723 en el año 2023 a 1,027 en el año 2024, reflejando el compromiso con la seguridad y la eficiencia en la cadena de frío.

Ilustración 34 Mantenimiento equipos refrigeración industrial

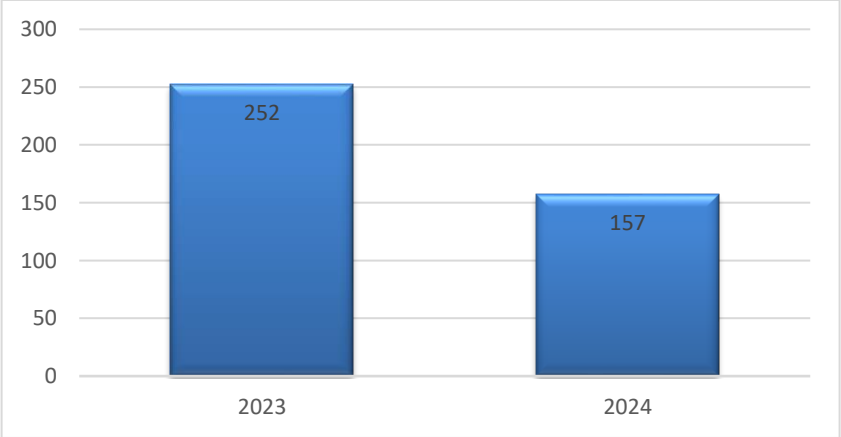



Fuente Almacén - Mantenimiento

**Mantenimiento preventivo equipos industriales**

Se realizaron un total de 157 mantenimientos correctivos de aires acondicionados, neveras y refrigeradores, motobombas, plantas eléctricas y ascensores para el año 2024 en comparación con 252 mantenimientos correctivos aproximadamente para el año 2023.

Mantenimiento correctivo equipos industriales



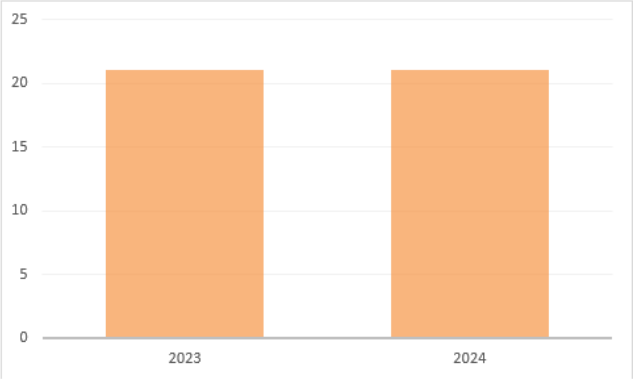

Fuente Almacén - mantenimiento

El aumento en la cantidad y la periodicidad de los mantenimientos preventivos implementados en el año 2024 ha tenido un impacto positivo en la reducción de los mantenimientos correctivos. Gracias a estas acciones proactivas, se logró disminuir las intervenciones correctivas de 252 en el año 2023 a 157 en el año 2024. Esto refleja una mejora en la eficiencia operativa y una reducción en las fallas imprevistas, optimizando así el rendimiento y la disponibilidad de los equipos.

## MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR

Para el año 2024, se realizaron 21 mantenimientos preventivos para los vehículos del parque automotor, teniendo una periodicidad para cada vehículo de tres (3) veces durante el año 2023. De la misma manera, se realizaron 21 mantenimientos preventivos para los vehículos en el año 2023.

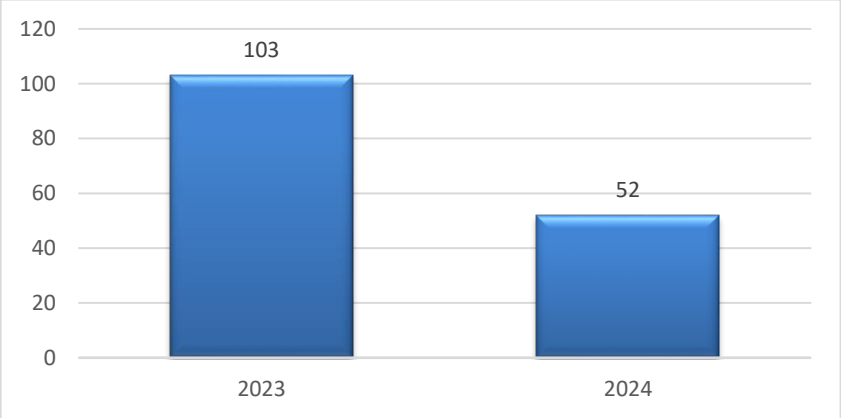
Ilustración 35 Mantenimiento preventivo parque automotor




Fuente Almacén – mantenimiento

Se realiza un total de 52 mantenimientos al parque automotor de la ESE ISABU para el año 2024 aproximadamente, en comparación con los 103 del año 2023 se puede evidenciar una disminución de 51 mantenimientos.

Ilustración 36 Mantenimiento correctivo parque automotor




Fuente Almacén - mantenimiento

## ACTIVOS FIJOS

### 3.3.1.1 Equipo Biomédico

Dado que nuestra misión es ofrecer atención en salud a la población del municipio de Bucaramanga, y entendiendo que lo más importante para nosotros es brindar un servicio humanizado y con los más altos estándares de calidad, la ESE ISABU adquirió equipos biomédicos para continuar con la dotación y mejorar el servicio a nuestros usuarios.

Todos los bienes ingresados durante la vigencia de 2024 fueron entregados conforme a las necesidades proporcionadas por las diferentes oficinas gestoras de nuestra área, y fueron asignados a las unidades operativas y centros de salud que conforman la ESE ISABU.

En cuanto a los bienes que ingresan, no contamos con cronogramas de recepción de mercancía, ya que estos no se planifican desde el almacén, sino desde las oficinas gestoras. Debido a que las entregas se realizan conforme avanza la contratación de los bienes, no tenemos metas preestablecidas, aunque sí desarrollamos esta actividad de manera continua.

### 3.3.1.2 Bienes Muebles

Se establecieron lineamientos claros que nos permitieron registrar, identificar, verificar y ejercer control sobre el ingreso, salida y traslado de los bienes muebles adquiridos por la ESE ISABU, así como de aquellos que se encuentran en uso, garantizando su adecuado funcionamiento.

Dentro de este marco, el almacén lleva a cabo el cumplimiento y seguimiento de los procesos, considerando en primer lugar la recepción de nuevos activos fijos, y, en segundo lugar, el levantamiento físico de inventarios, traslados y movimientos de bienes muebles para su control.

### 3.3.1.3 Mobiliario Y Enseres

Con el objetivo de ofrecer el mejor servicio a nuestros usuarios y colaboradores, la ESE ISABU adquirió muebles y enseres para la dotación de las diferentes unidades operativas, el Hospital Local del Norte y la Sede Administrativa ubicada en Acrópolis. Esta adquisición tuvo como fin garantizar la prestación de servicios de salud óptimos, humanos y seguros tanto para el personal asistencial como administrativo.

## INVENTARIOS

Esta actividad fue llevada a cabo por el personal prestador de servicios, encargado de realizar el trabajo de campo, que consistió en la verificación física de los bienes y elementos, confrontando las existencias reales de cada dependencia con los bienes registrados en el software de activos fijos del almacén. Esta tarea debe realizarse al menos una vez al año

Tabla 101 Distribución de inventario por centros de salud

| ZONA NORTE | | ZONA SUR | | UNIDADES HOSPITALARIAS | |
|---|---|---|---|---|---|
| CAFÉ MADRID | 965 | BUCARAMANGA | 420 | UIMIST | 1826 |
| COLORADOS | 478 | CAMPO HERMOSO | 452 | HLN | 8530 |
| IPC | 512 | CONCORDIA | 505 | | |
| KENNEDY | 446 | CRISTAL ALTO | 344 | | |
| REGADEROS | 172 | LA JOYA | 533 | | |
| SAN RAFAEL | 420 | LIBERTAD | 619 | | |
| VILLA ROSA | 522 | MUTIS | 748 | | |
| GAITÁN | 345 | PABLO VI | 444 | | |
| GIRARDOT | 741 | TOLEDO PLATA | 801 | | |
| SANTANDER | 325 | COMUNEROS | 491 | | |
| | | MORRORICO | 533 | | |
| | | ROSARIO | 878 | | |
| **TOTAL, GENERAL** | **4.926** | **TOTAL, GENERAL** | **6.768** | **TOTAL, GENERAL** | **10.356** |

Fuente Almacén – inventarios

En la toma física de inventarios de activos fijos realizada en la vigencia 2024 logramos la identificación de 26.202 activos, los cuales se encuentran ubicados en las unidades operativas, los centros de salud, el área administrativa, en uso en trabajo de campo y en bodegas. De igual manera, también contamos con 26.202 activos registrados en nuestro sistema de información, lo cual nos permite cumplir al 100% con el ingreso al sistema de todos los activos que llegan a la institución, asegurando un control y seguimiento eficiente de los mismos

## BIENES DE CONSUMO

Son bienes destinados a cubrir necesidades específicas, como artículos de papelería, material de laboratorio, herramientas de ferretería, dotación, entre otros. Cualquier bien que sea necesario para facilitar el cumplimiento de las actividades y objetivos de los colaboradores.

En las vigencias 2023-2024, los bienes de consumo fueron almacenados en la bodega de la división de Almacén e Inventarios, organizados en áreas determinadas, con estantes que cuentan con una infraestructura adecuada para su correcta clasificación y manejo. La bodega está dividida en secciones específicas según el tipo de uso de cada artículo, y se tiene asignado a un funcionario responsable de mantener actualizados los movimientos, novedades y existencias de los bienes almacenados.

Todas las dependencias que necesiten insumos o artículos de consumo deben hacer una solicitud por correo electrónico, y estos serán entregados de forma oportuna, en función de la disponibilidad en el inventario.

## MANTENIMIENTO DE MUEBLES Y ENSERES

En el transcurso de la vigencia 2024, se realizaron reparaciones a los activos que, aunque presentaban un mal estado, seguían siendo funcionales para el propósito para el que fueron adquiridos.

Fuente Almacén- mantenimiento

## METAS PROPUESTA EN RECURSOS FÍSICOS VIGENCIA 2025

- Mantener el inventario de equipos biomédicos, bienes muebles y mobiliario actualizado en el sistema Panacea, con revisiones periódicas y en tiempo real.
- Capacitar al personal responsable de la gestión de inventarios y mantenimiento de bienes, para asegurar que estén al tanto de las mejores prácticas y tecnologías emergentes en la gestión de recursos físicos
- Mejorar el proceso de asignación de bienes de consumo y equipos biomédicos a las unidades operativas y centros de salud, asegurando que cada dependencia reciba los recursos necesarios según sus requerimientos específicos de manera oportuna.
- Asegurar que todos los bienes de consumo solicitados sean entregados de manera oportuna, con base en un inventario más preciso y actualizado.

## 3.4 GESTIÓN DE LAS TICS

### SISTEMA DE INFORMACIÓN

Durante el año 2024, se llevó a cabo un seguimiento y soporte continuo al Sistema de Información Institucional PANACEA, identificando diversas oportunidades de mejora y fomentando una estrecha colaboración entre el proveedor del software, CNT, y el equipo de Sistemas de Información de la ESE ISABU.

El objetivo fue implementar soluciones que optimizaran la eficiencia y productividad operativa de la institución mediante configuración, instalación y aplicación de parches a la versión del sistema y de esta forma permitir aprovechar las nuevas funcionalidades, correcciones de errores y mejoras de rendimiento integradas en el sistema. Este enfoque no solo optimizó la seguridad, sino que también resolvió los inconvenientes previamente reportados al proveedor.

### INVENTARIO SOFTWARE Y HARDWARE

En referencia al inventario de software y hardware de la ESE ISABU, se ha llevado a cabo un proceso de recopilación y documentación de todos los elementos tecnológicos presentes en cada uno de los centros de salud y unidades hospitalarias. En términos generales, a la vigencia actual se cuenta con un total de 519 equipos de cómputo, todos ellos activos con su respectiva licencia de Microsoft Windows. Asimismo, se dispone de 237 licencias de Office activas, distribuidas entre 89 de Office 365, 75 de Office 2021 y 73 de Office 2013; además se cuenta con 1 Licencia de Windows SQL Server, 1 de Microsoft server 2022, 1 de Power BI.

Este registro ofrece un panorama completo de los activos tecnológicos, abarcando sus especificaciones técnicas, versiones de software y fechas de adquisición. La recopilación de esta información tiene como propósito brindar una herramienta fundamental para la planificación estratégica, la gestión de actualizaciones y el mantenimiento optimizado de nuestra infraestructura tecnológica.

Durante la vigencia del 2024, se realizaron mejoras significativas en la infraestructura tecnológica, se destacaron las siguientes:

- Se llevó a cabo la contratación del cableado estructurado en la sede administrativa, junto con la provisión del servicio de internet y la adquisición de todos los dispositivos de red esenciales (Firewall, mikrotik). Esta infraestructura ha sido implementada con el objetivo de garantizar un esquema de conectividad robusto y eficiente, permitiendo la centralización y optimización de las operaciones de todas las áreas administrativas, mejorando así la comunicación, la gestión de datos y la continuidad operativa.
- Se implementó un sistema de comunicación de alta velocidad entre los servidores, operando a 10 Gbps, con el objetivo de optimizar el rendimiento y agilizar la transmisión de datos. Esta mejora permite una interconexión más eficiente entre los servidores y los equipos del clúster, reduciendo la latencia y mejorando la capacidad de respuesta en los procesos críticos.
- Se implementó un servidor propio de soporte remoto, basado en RustDesk y bajo licencia GNU/GPL, con el objetivo de fortalecer la gestión de asistencia técnica, proporcionando una solución eficiente, segura y de código abierto para

la administración y control de los dispositivos dentro de la organización.

- Se configuró el sistema de telefonía IP para que, en determinados horarios, las llamadas dirigidas a SIAU sean redireccionadas al teléfono de la caja de facturación después de las 5:00 p.m. Esta medida garantiza la continuidad en la atención al ciudadano a través de esta línea de contacto, optimizando la disponibilidad del servicio fuera del horario regular.

## PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN - PETI

Para la vigencia 2024 el PETI se trabajó de acuerdo a las estrategias aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño - CIGD de acuerdo a la hoja de ruta para el año 2024 la cual se basó en el eje estratégico avanza seguro en infraestructura hospitalaria y el objetivo estratégico fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E ISABU que permita la construcción de servicios modernos, sostenibles, seguros y con calidad para usuarios, colaboradores y comunidad y en consecuencia se implementaron estas 3 estrategias inmersas al PETI 2020-2023 para ejecución 2024.

Tabla 102 Estrategias TI, inmersas al PETI 2020-2023, para ejecución 2024

| OBJETIVO ESPECIFICO | PROYECTO | ESTRATEGIA 2024 |
|---|---|---|
| Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E. ISABU | Realizar mantenimiento de la infraestructura tecnológica de la E.S.E. ISABU | Mantenimiento preventivo |
| Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E. ISABU | Realizar la renovación y adquisición de equipos tecnológicos | Fortalecimiento de infraestructura tecnológica identificación de necesidades:<br><br>servidor de almacenamiento, escáner, ups para equipos de cómputo, equipos biomédicos y 1 ups de 10kva |
| Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E. ISABU | Adecuación, mejoramiento e implementación del software de gestión integral | Ejecutar instalaciones de nuevas versiones y parches de seguridad para el sistema de informacion panacea, según normativa. |

Fuente TIC

Según lo anterior para dar cumplimiento a las 3 estrategias se implementaron 6 actividades durante el año 2024 con un cumplimiento del 100% de lo programado.

La oficina de gestión de las TIC elaboró el PETI 2024-2027 en el segundo semestre de 2024, incorporando las estrategias planteadas en la hoja de ruta para la vigencia 2024, PETI fue aprobado en el comité CIGD del 12 de diciembre de 2024, de acuerdo con las estrategias definidas se ejecutó en el 2024:

- Planeación y ejecución de los mantenimientos preventivos de equipos de cómputo, redes y sistemas de la vigencia 2024, donde se programó a través de cronogramas 2 mantenimientos preventivos de 519 equipos de cómputo, un mantenimiento preventivo para servidores y dispositivos de red, cabe decir que durante la vigencia 2023 se realizaban 3 mantenimientos preventivos, sin embargó, con la renovación de los equipos de cómputo los mantenimientos fueron reducidos a 2 en el año.
- Adquisición de 75 UPS para equipos de cómputo y 5 UPS de equipos biomédicos.
- Repotenciación del servidor de almacenamiento QNAP, mediante orden de compra 029/2024, con la empresa Ingevida S.A.S,
- Diagnóstico, mantenimiento correctivo y suministro de repuestos a 6 UPS industriales de la ESA ISABU
- Actualizaciones y mejoras del software Panacea, con la finalidad de asegurar la continuidad de la aplicación y las mejoras instaladas (versiones completas o parches) las cuales fueron entregadas por el proveedor (CNT) para actualizar el sistema de información.

## PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL SOFTWARE Y HARDWARE

Durante el desarrollo de mantenimiento preventivo y de software y hardware del año 2024, se llevó a cabo un proceso de repotenciación y reubicación de equipos, optimizando el uso de los recursos tecnológicos disponibles. Esta estrategia permitió mejorar el rendimiento de los dispositivos, garantizando que cada usuario cuente con los recursos adecuados para el desarrollo eficiente de sus actividades. Con esta acción, se maximiza la vida útil de los equipos, se optimiza la distribución de hardware y se mejora la productividad en las distintas áreas de la organización.

Además, se realizaron mejoras significativas en la infraestructura tecnológica, de las cuales se pueden resaltar la siguientes:

❖ Se llevó a cabo el reemplazo de los switches de borde en el Hospital Local del Norte y en varios centros de salud, con el propósito de modernizar la infraestructura de red y garantizar un mayor rendimiento, estabilidad y eficiencia en la conectividad. Esta actualización se realizó para minimizar el riesgo de interrupciones del servicio, evitando fallos derivados del desgaste y obsolescencia de los dispositivos.

❖ Se ejecutó la reorganización de los usuarios en el Directorio Activo, estructurándolos por sedes y dependencias, con el objetivo de optimizar la administración, mejorar el control de accesos y facilitar la gestión de permisos y recursos dentro de la organización.

❖ Se llevó a cabo la segmentación de la red en la UIMIST, estableciendo tres VLAN para mejorar la seguridad, el rendimiento y la gestión del tráfico de datos:

· VLAN 23: Laboratorio
· VLAN 35: Áreas asistenciales y administrativas
· VLAN 36: Call Center

Esta implementación optimiza la conectividad y el control de los recursos de red, garantizando una infraestructura más eficiente y segura. Todo el proceso fue liderado por el ingeniero de infraestructura y el ingeniero especializado, asegurando una correcta planificación y ejecución.

Proyección de proyectos más relevantes para 2025:

❖ Adquisición de Servidor de Almacenamiento Masivo (SAN)

Se ha planificado la adquisición de un servidor de almacenamiento masivo (SAN) con el objetivo de fortalecer la infraestructura tecnológica de la institución, garantizando un hardware robusto que permita la custodia, integridad y disponibilidad de los archivos y bases de datos.

Esta solución facilitará la implementación de copias de seguridad para las diferentes áreas de la organización, asegurando una mejor gestión de la información y minimizando el riesgo de pérdida de datos.

Adicionalmente, en caso de contar con un servidor adicional, se evaluará la posibilidad de implementar un clúster en alta disponibilidad, permitiendo almacenar y gestionar de manera eficiente las máquinas virtuales de la plataforma Proxmox en esta unidad de almacenamiento. Esta configuración garantizaría mayor redundancia, tolerancia a fallos y optimización del rendimiento de la infraestructura de virtualización.

❖ Adquisición de Software de Backup como Complemento de la SAN

Se ha planificado la adquisición de un software de backup empresarial como complemento a la infraestructura de almacenamiento SAN, con el objetivo de automatizar, optimizar y fortalecer la gestión de copias de seguridad de la institución.

Este software permitirá la programación y ejecución de respaldos automatizados en distintos niveles, garantizando la protección integral de los datos y la posibilidad de restauraciones rápidas y seguras en caso de fallos, pérdidas de información o ataques cibernéticos. La implementación de este software fortalecerá la estrategia de continuidad operativa y recuperación ante desastres (DRP), asegurando que los sistemas críticos de la institución permanezcan protegidos frente a fallos de hardware, errores humanos y ataques cibernéticos.

❖ Implementación de Software de Gestión Centralizada para Redes Wi-Fi

Se llevará a cabo la implementación de un software de gestión centralizada para la administración de las antenas Wi-Fi en todas las sedes de la institución. Esta solución permitirá un control eficiente de los SSID (Service Set Identifier), facilitando la configuración, monitoreo y optimización del servicio de conectividad inalámbrica desde una única plataforma.

## Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital y Privacidad de la Información

Desde el proceso de Gestión tic en la vigencia 2024 en el plan de tratamiento de riesgos de seguridad digital y privacidad de la información ha experimentado un crecimiento significativo en la implementación de las medidas en un 80% de las actividades planteadas en comparación al año 2023 alineándose con la norma ISO 27001:2022, y la ley 1581 del 2012 garantizando la seguridad de la información y la protección de los datos personales, fortaleciendo el cumplimiento regulatorio.

**Principales actividades implementadas en el 2024**

- Documentación y actualización de la política de tratamiento y protección de datos, concientización, educación y formación en seguridad de la información, plan de continuidad de negocio, seguimiento a antivirus y firewall, registro de incidentes de seguridad, cumplimiento a la ley 1581 del 2012,

## Plan De Seguridad y Privacidad de la Información

Desde el proceso de gestión tic en la vigencia del 2024 en el plan de seguridad y privacidad de la información muestra un incremento del 71% en las actividades realizadas en comparación al año 2023 de las acciones implementadas. Este crecimiento refleja un fortalecimiento de las estrategias de seguridad y un compromiso con la mejora continua en la protección de la información.
Para la implementación de estas mejoras nos basamos en los controles de la norma ISO 27001:2022 asegurando el cumplimiento de estándares internacionales de seguridad de la información. Además, contamos con el acompañamiento de un profesional especializado en seguridad de la información quien supervisa la correcta aplicación de las medidas adoptadas.

Principales actividades implementadas en el 2024:

- Actualización de las políticas de seguridad de la información, sensibilización sobre políticas de seguridad, ejecución de simulacros, seguimiento al firewall, informe anual de riesgos y el monitoreo de seguridad de la información.

## Plan de Aseguramiento de la Calidad del Sistema de Información

Durante el año 2024, se llevó a cabo la configuración de las dos versiones del sistema, así como la aplicación de las mejoras proporcionadas por el proveedor mediante parches de seguridad. Se procedió a la instalación de la edición más reciente y completa del Sistema de Información PANACEA, lo que permitió aprovechar las nuevas funcionalidades, correcciones de errores y mejoras de rendimiento integradas en el sistema. Este enfoque no solo optimizó la seguridad, sino que también resolvió los inconvenientes previamente reportados al proveedor.
Además del mantenimiento y actualización continua del software, se brindó soporte en la generación de informes en áreas clave, como facturación, cartera, notas de crédito, admisiones abiertas y cerradas, nóminas, entre otros. Este respaldo resultó fundamental para asegurar que la institución dispusiera de la información precisa y oportuna para la toma de decisiones estratégicas y efectivas.

En comparación con el año 2023. Se implementaron soluciones adicionales que contribuyeron a mejorar aún más la eficiencia y productividad operativa. Asimismo, se trabajó en la gestión de capacidades del sistema, estableciendo una metodología robusta para el control de cambios y la gestión de actualizaciones
.
En cuanto a la seguridad, se realizó un trabajo constante en la validación de usuarios y la asignación de perfiles, con el fin de minimizar la posibilidad de accesos no autorizados. Además, se avanzó en la preparación ante posibles contingencias, mediante la creación de entornos de prueba. La actualización continua del software, aprovechando las versiones más recientes y mejoras proporcionadas por el proveedor, fue una prioridad. De esta manera, se mantuvo la institución beneficiada de las últimas funcionalidades, correcciones de errores y mejoras de rendimiento, asegurando la operatividad

y la seguridad del sistema.

## METAS PROPUESTA EN GESTIÓN TICS VIGENCIA 2025

- Ejecución del Plan de mantenimiento preventivo a los sistemas de información
- Ejecución del Plan de Reposición y Adquisición de Equipos Tecnológicos
- Mejorar la conectividad WIFI por medio de nuevas tecnologías en todas las sedes de la institución
- Adquirir, actualizar y/o contratar el servicio de un software para la ESE ISABU, que permitan una mejor prestación en los servicios y mejores condiciones de seguridad, privacidad y confiabilidad en la información de la entidad
- Adquisición de licencias de software requeridos por la ESE ISABU
- Adecuación, mejoramiento e implementación del software de gestión integral
- Ejecución del plan de aseguramiento de la calidad y seguridad del sistema de información
- Ejecución del plan de acción tratamiento de riesgos de seguridad digital
- Ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información

## 3.5 GESTIÓN DOCUMENTAL

## ORGANIZACIÓN DE LOS ARCHIVOS

En 2024 se continuó con la Organización, Producción, Apertura, Identificación, Orden, Foliación, Depuración, Unificación, Búsqueda, Préstamo, Reserva, Conservación, Custodia y elaboración de Inventarios Documentales como resultado final del PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL y de la organización de los Archivos en sus fases de Gestión, Central e Histórico y el Archivo Central de Historias Clínicas de la Institución de acuerdo al Proceso y Procedimientos, función archivística establecidos en la Institución en el Manual de GD que hacen parte del PGD, dando cumplimiento a la normatividad vigente. Proceso continuo. La Organización de los Archivos de la Institución se encuentra en sus tres fases:

**ARCHIVO DE GESTIÓN**: Se continúa con la Organización y aplicación de la función Archivística en cada dependencia en carpetas virtuales.

ARCHIVO CENTRAL: Se continúa con el Proceso de Organización, Orden, Foliación, Depuración, Acceso o Préstamo, Conservación, Custodia, Elaboración de Inventarios Documentales y Aplicación de la norma y función Archivística de los Documentos Institucionales en medios de conservación carpetas legajo, cajas, rotulación, búsqueda de documentos,

préstamo y entrega de Información de acuerdo al Procedimiento de Acceso de Documentos para las diferentes dependencias, entidades, entes de Control, usuarios etc. Una vez aprobadas la TVD, Se deben implementar en el Archivo Central de la Institución

ARCHIVO DE HISTORIAS LABORALES: Se continúa con la organización Historias Laborales del Archivo de Gestión de acuerdo con la función archivística. Elaboración de Inventario Documental de Historias Laborales.

**ACTIVIDADES REALIZADAS ORGANIZACIÓN CONTINUA ARCHIVO CENTRAL HISTORIAS CLÍNICAS:**

Se continúa con la Aplicación de la Función Archivística, Organización, Depuración, Conservación, Custodia, Orden por Número de documento de Identificación, Organización carpeta o expediente en Orden Cronológico.
Búsqueda de Documento de Historias Clínicas e Información dando respuesta a los diferentes requerimientos de los Usuarios y Entidades externas.
Aplicación del procedimiento de Acceso a Documentos e Información.
Registro del Formato de Acceso a Documentos e Información.
Aplicación del Procedimiento de Inventarios Documentales y Elaboración de Inventarios Documentales
Registro del Formato de Inventarios Documentales.

## Traslado de documentos correspondientes al archivo de gestión

- ❖ En la vigencia se realizó el traslado de 48 unidades de conservación documental (cajas), de los Centros de Salud de la Zona Norte a la Bodega Ruta 196, las cuales contenían Consentimientos de Procedimiento de Odontología General y Especializada.

## Transferencias documentales

Se estableció el cronograma de transferencias del año 2024 que va desde el mes de febrero hasta el mes de noviembre de la siguiente manera:

Ilustración 37 Cronograma transferencias documentales

E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga

**CRONOGRAMA DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES- (2024)**

| DEPENDENCIA | OFICINA PRODUCTORA | MES | ENERO | | | | FEBRERO | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SEMANA | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | Programado | | | | | | | |■| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | |■| | | | | | | | | | | | | | | | |
| GERENCIA | GERENCIA | Programado | | | | | | | | | | | |■| | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | |■| | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA CIENTIFICA | CIRUGIA | Programado | | | | | | | | | | | | | | | |■| | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | |■| | | | | | | | |
| SUBGERENCIA CIENTIFICA | DIRECCIÓN HLN | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |■| | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | |■| | | | | | |
| SUBGERENCIA CIENTIFICA | CONVENIOS | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |■|
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |■|
| ATENCIÓN AL USUARIO | SIAU | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | PRESUPUESTO | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | CARTERA | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |■|
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | ALMACEN | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ (verde) | | Programado | OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■ (amarillo) | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DEPENDENCIA | OFICINA PRODUCTORA | MES | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | | DICIEMBRE | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SEMANA | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GERENCIA | GERENCIA | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA CIENTIFICA | CIRUGIA | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA CIENTIFICA | DIRECCIÓN HLN | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA CIENTIFICA | CONVENIOS | Programado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATENCIÓN AL USUARIO | SIAU | Programado | | | |■| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado |■| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | PRESUPUESTO | Programado | | | | | | | |■| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | |■| | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | CARTERA | Programado | | | | | | | | | | | |■| | | | | | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | |■| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA | ALMACEN | Programado | | | | | | | | | | | | | | | |■| | | | | | | | |
| | | Ejecutado | | | | | | | | | | | | | |■| | | | | | | | | | |

Fuente Gestion documental

En dicho rango de fechas se conformaron reuniones entre oficinas productoras y los técnicos escogidos para esta función con el propósito de orientar, concertar y decidir acerca de espacio, procedimientos, organización e inventario y demás temas relacionados con la trasferencia documental, con el fin de tener claro conceptos para la ejecución efectiva de este, resultando el cumplimiento al cronograma de transferencias de la siguiente manera:

- Las Unidades de Conservación (cajas) de cada una de las oficinas que realizo la entrega formal de sus Acervos Documentales como se habían solicitado inicialmente se ubicaron en el Archivo Central del sótano del Hospital Local del Norte y en el Archivo de la Bodega No. 9 Vía Chimita. Así mismo, se actualizo el inventario con esta nueva documentación que ingreso al archivo para tener el control y acceso a la información de una forma eficaz.

- Se tenían programadas nueve (9) transferencias documentales, pero, se recibieron en el archivo central la totalidad de las diez (10) transferencias, el motivo fue el volumen documental de la oficina de Cartera, se requirió dividir la entrega en dos partes. Se da el 100% de cumplimiento para el Plan de Transferencias Documentales. Como constancia de estas transferencias se levantó un acta firmada por las oficinas intervinientes y se adjuntó el inventario detallado, de conformidad con las normas expedidas por el Archivo General de la Nación.

La ESE-ISABU para garantizar que las políticas institucionales con relación a la Gestión Documental sean cumplidas y se apliquen adecuadamente, debe seguir contando con recurso humano con formación profesional o técnica que brinden acompañamiento a través de asesorías a cada una de las áreas encargadas de los archivos de gestión, con el apoyo de sus representantes, que apoyen cada actividad. Así mismo garantizar que las políticas institucionales sean cumplidas, deben evitar generar Archivos Descentralizados.

## Diagnóstico integral de archivo

Se elaboró el Plan Institucional de Archivos- PINAR 2024 -2027 de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga- ESE ISABU garantizando, así, la gestión, administración y conservación de sus documentos de archivo indistintamente de su soporte.

Se utilizaron los instrumentos archivísticos como herramientas que contribuyen al correcto desarrollo e implementación del proceso de gestión documental en la entidad facilitando el manejo, clasificación, categorización, verificación, ordenamiento y consulta interna de la documentación. La Empresa Social del Estado Instituto de Salud Bucaramanga- ESE ISABU ha desarrollado los siguientes instrumentos archivísticos dentro de su proceso de Gestión Documental:

- Tablas de Retención Documental- TRD
- Tablas de Valoración Documental- TVD
- Cuadro de Clasificación Documental- CCD
- Programa de Gestión Documental- PGD
- Programa de Reprografía
- Inventario Documental
- Modelo de Requisitos para la Implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos - SGDEA

- Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo- SGDEA
- Banco Terminológicos de tipos, series y subseries documentales.
- Mapas de procesos, flujos documentales y la descripción de las funciones de las unidades administrativas de la entidad.
- Tablas de Control de Acceso- TCA para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso aplicables a los documentos
- Sistema Integrado de Conservación- SIC
- Plan de Transferencias Documentales Primarias
- Política de Gestión Documental
- Política Cero Papel
- Diagnóstico Integral de Archivo
- Manual de Comunicaciones Oficiales
- Normograma
- Registro de Activos de Información
- Índice de Información Clasificada y Reservada
- Esquema de Publicación Institucional

Se identificaron los aspectos críticos que afecta la función archivística en la entidad como se expone a continuación:

Ilustración 38 Aspectos críticos de gestión documental

| ASPECTO CRÍTICO | RIESGO |
|---|---|
| Espacio insuficiente para la recepción de las transferencias documentales primarias. | Inadecuada conservación de los documentos de archivo.<br>Imposibilidad de implementar los tiempos de retención y la disposición final de acuerdo con lo establecido en las Tablas de Retención Documental- TRD. |
| Espacios inadecuados para la conservación de los documentos de archivo (condiciones locativas, ambientales y de seguridad). | Deterioro y perdida de información vital para la entidad.<br>Incumplimiento de la normativa archivística.<br>Afectación a la salud el personal de archivo. |
| No implementación de procesos archivísticos en el archivo de gestión. | Desorganización del archivo de gestión.<br>Dificultad para la consulta y acceso a los documentos de archivo en la etapa de gestión.<br>Perdida de los valores primarios de los documentos de archivo en su etapa de gestión (integridad, fiabilidad, autenticidad, fiabilidad). |
| Implementación Tablas de Valoración Documental | Imposibilidad de implementar los tiempos de retención y la disposición final de acuerdo con lo establecido en las Tablas de Retención Documental- TRD y en las Tablas de Valoración Documental- TVD.<br>Sobreocupación de los espacios del archivo central. |
| Ausencia de lineamientos y herramientas para la gestión y conservación de los documentos electrónicos de archivo. | Deterioro y perdida de información vital para la entidad en soporte electrónico.<br>Incumplimiento de la normativa archivística en materia de gestión de documentos electrónicos. |
| No se han implementado mecanismos que garanticen los valores primarios de los documentos electrónicos de archivo (integridad, fiabilidad, autenticidad, fiabilidad). | Perdida de los valores primarios de los documentos electrónicos de archivo (integridad, fiabilidad, autenticidad, fiabilidad). |
| Fondos acumulados de documentos electrónicos. | Deterioro y perdida de información vital para la entidad en soporte electrónico.<br>Incumplimiento de la normativa archivística en materia de gestión de documentos electrónicos. |
| Falta de sensibilización de los funcionarios y/o contratistas con relación a los procesos de gestión y conservación documental de los documentos de archivo en soporte físico y electrónico. | Inadecuado tratamiento y conservación de los documentos de archivo en su etapa de gestión.<br>Desorganización del archivo de gestión.<br>Desconocimiento e incumplimiento de la normativa relacionada con la organización y conservación del archivo de gestión. |

Fuente 5 Gestion Documental PINAR

Se priorización los aspectos críticos consiste en “determinar, a través de una evaluación, el nivel de impacto de los aspectos críticos frente a los ejes articuladores que representan la función archivística, de acuerdo al artículo 4 de la Ley 594 de 2000”10 y su objetivo es definir una base para la estructuración de la visión estratégica. De acuerdo con esto se realiza la priorización de aspectos críticos tomando como guía los ejes articuladores y el puntaje propuesto en el Manual de Formulación del Plan Institucional de Archivos- PINAR del Archivo General de la Nación.

Se realiza un mapa de ruta para la implementación del PINAR para la vigencia 2024-2027, se debe tener presente que como parte integrante del Plan de Acción de la entidad esta abarca el periodo de las vigencias 2020 a 2023, para esta última vigencia se plantearon actividades específicas. Sin embargo, la implementación de los planes, programas y proyectos se visualizan a un plazo mayor teniendo en cuenta que se debe proyectar su desarrollo continuo como parte de la función archivística.

Se programaron las siguientes actividades para el Plan Institucional de Archivos- PINAR 2024-2027:

Tabla 103 PINAR 2024-2027

| No. | Actividad | Descripción de la actividad | Responsable | Meta 2024 | Meta 2025 | Meta 2026 | Meta 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Actualizar el Plan Institucional de Archivo vigencia 2024-2027. | Actualizar el Plan Institucional de Archivos vigencia 2024- 2027. | Subgerencia Administrativa Gestión Documental | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | Socializar el Plan Institucional de Archivo vigencia 2024-2027. | Socializar el Plan Institucional de Archivo vigencia 2024-2027 actualizado con el grupo de trabajo de Gestión Documental. | Gestión Documental | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de la ejecución de los cronogramas de actividades establecidas en los Planes de: Conservación documental, Preservación Digital a largo plazo y Transferencias Documentales primarias por vigencias. | Elaborar un informe trimestral evidenciando los resultados obtenidos en el Plan de Conservación Documental, Plan de Preservación Digital a largo plazo y Transferencias Documentales primarias de cada vigencia. | Gestión Documenta | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 4 | Identificar los documentos objeto de eliminación en el formato Único de Inventario Documental. | Elaborar inventario de documentos que hayan cumplido sus tiempos de retención y cuya disposición final sea la eliminación. | Gestión Documental | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | Disponer de una herramienta digital y/o software de ventanilla única de correspondencia con los lineamientos técnicos de su aplicación. | Disponer de una herramienta digital y/o software para ventanilla única de correspondencia, elaboración de lineamientos técnicos de su implementación como herramienta administradora de documentos de la entidad. | Subgerencia Administrativa Gestión Documental | 0 | 30% | 70% | 0 |
| 6 | Disponer un espacio suficiente y adecuado para recibir las transferencias primarias. | Disponer un lugar adecuado y suficiente con las condiciones que exige el Archivo General de la Nación para ubicar los documentos de las transferencias primarias. | Subgerencia Administrativa Gestión Documental | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | Diseñar un Sistema de Gestión de documentos electrónicos de archivo. | Diseñar e implementar el sistema de gestión y conservación de documentos electrónicos para el proceso financiero. | Subgerencia Administrativa Contabilidad y cartera Gestión Documental | 0 | 50% | 50% | 0 |
| 8 | Sensibilizar a los funcionarios y/o contratistas sobre procesos de gestión y conservación documental de los documentos de archivo en soporte físico y electrónico. | Realizar capacitaciones periódicas a los funcionarios y/o contratistas sobre gestión y conservación documental. | Gestión Documental. | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fuente Gestión documental

## PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO – PINAR

En la vigencia 2024 se desarrollaron las siguientes actividades:

- PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Dentro de este programa se elaboró un Cronograma con seis (06) capacitaciones de los siguientes temas:

Tabla 104 Capacitaciones 2024

| | |
|---|---|
| 1 | Puesta en marcha del cronograma de transferencias documentales 2024 de acuerdo con el plan de transferencias y el procedimiento de transferencias documentales primarias |
| 2 | Instructivo limpieza de documentos - instructivo manejo de documentos con Biodeterioro - instructivo prevención de emergencias y atención de desastres en archivos. |
| 3 | Metodología para la conservación y custodia del archivo de gestión |
| 4 | Criterios básicos para la clasificación, ordenación y descripción de archivos digitales y físicos |
| 5 | Conceptualización sobre la responsabilidad de funcionarios y contratistas en la conservación del archivo de gestión |
| 6 | Normatividad archivística en relación con la política de gestión documental |

Fuente Gestión Documental

En este sentido, se han venido ejecutando las capacitaciones de acuerdo con los periodos estipulados por cronograma, de esta manera se desarrolló el 29 de noviembre de 2024, la capacitación en normatividad archivística en relación con la política de gestión documental al personal de archivo de la institución. Se evidencio que pudieron comprender los conceptos de la normatividad.

Finalmente, se puede evidenciar que se ha cumplido satisfactoriamente con lo establecido en cronograma de capacitaciones el cual este articulado con el plan institucional de capacitaciones el cual lo lleva a cabo la oficina de talento humano.

Estas capacitaciones permiten fortalecer los conocimientos, habilidades y buenas prácticas en materia de gestión documental, mejorar la administración de los archivos de Gestión, Central e histórico, así como conocer y comprender el entorno normativo, legal y técnico, que regula la gestión de los documentos públicos.

Este programa cumplió el 100% de las actividades programadas.

- PROGRAMA DE INSPECCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO E INSTALACIONES FÍSICAS

El objetivo de este programa es cotejar y/o verificar cada uno de los mantenimientos llevados a cabo, proporcionando control y mejores condiciones. El Programa de inspección de sistemas de almacenamiento e instalaciones físicas, esta estrategia busca aplicar mecanismos y sistemas para el control de las instalaciones en particular de las áreas de manejo documental, debido a la existencia de espacios inadecuados para el depósito de los archivos.

En los últimos seis meses se solicitaron mantenimientos al área de almacén para minimizar riesgos dentro de los espacios de Gestión Documental. El cual se realizaron satisfactoriamente; una vez realizado el respectivo análisis de los mantenimientos se puede concluir que:

- ✓ Se subsano y optimizo las condiciones físicas que presentaban problemas en el funcionamiento normal de las actividades diarias en los archivos del Instituto de Salud de Bucaramanga.
- ✓ Se fortaleció la eficiencia en el mantenimiento continúo y preventivo de las instalaciones físicas destinadas a las áreas de archivo de la entidad.
- ✓ Los procesos de verificación de los sistemas de seguridad con los que cuentan las áreas de archivo permitirán que los espacios sean adecuados y seguros para la custodia de los archivos.
- ✓ La conservación como función archivística dentro de la entidad debe de concebirse de manera integral seguir involucrando no solamente a los documentos sino también las instalaciones con que cuenta el archivo y comprende todas las actuaciones preventivas y correctivas para mantener el buen estado de los unos y de las otras.

Este programa cumplió el 100% de las actividades programadas.

| ***Estantería anclada a la pared*** | ***Arreglo de chapa – puerta del archivo central*** |
|---|---|
| | |
| ***Arreglo del aire acondiciona oficina archivo y correspondencia*** | ***Traslado de cajas del HLN a la Bodega para evitar deterioro documental*** |
| | |

Fuente Gestión Documental

- PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL: LIMPIEZA DESINFECCIÓN, DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN.

El programa se orientó en definir las estrategias de limpieza, desinfección, desratización y desinsectación de los archivos

y áreas de almacenamiento documental de la E.S.E ISABU, con el fin de preservar la información previniendo el deterioro de los documentos y así mismo, generando buenas prácticas de bioseguridad en el personal que manipula o tiene contacto con los documentos de archivo.

Las cargas incontrolables de polvo se encuentran presentes en los ambientes relacionados con la suciedad y en muchos casos con escasas rutinas de limpieza, por ende, es el principal causante de daños en los soportes, debido a que existen pequeñas partículas minerales que poseen actividad cortante y abrasiva.

Así las cosas, la Oficina de Gestión Documental en cumplimento con lo estipulado en la Ley 594 de 2000. Ley General de Archivos, a través de su Título XI. “Conservación de Documentos”, con el cual pretende establecer estrategias que, aplicadas en forma correcta y sistemática, previenen los elementos contaminantes en áreas de depósito, aplicando medidas preventivas, que permitan una mayor conservación de los documentos generados por la entidad y contribuir a salvaguardar el patrimonio documental de la nación.

Este programa cumplió el 100% de las actividades programadas.

| ***Archivo Central Historias Clínicas – Bodega Chimitá*** | |
|---|---|
| | |
| ***Archivo Central – Hospital Local del Norte*** | |
| | |
| ***Archivo Histórico – Hospital Local del Norte*** | |

| | |
|---|---|
| | |

Fuente Gestión Documental

- Programa de monitoreo y control de condiciones ambientales

Este programa permite identificar el comportamiento de las condiciones de temperatura y porcentaje de humedad relativa de las áreas de almacenamiento documental, de tal forma que cuando se realicen ajuste y mejoras estas se hagan evidentes, hasta llegar al objetivo que es lograr ambientes estables y adecuados para la conservación documental y que cumplan con el Acuerdo 001 de 2024 expedido por el Archivo General de la Nación.

Se realizó registro mensual en un Excel; se debe habilitar algún sistema de deshumidificación (equipo electrónico deshumidificador), o también puede ser con ventilación natural o artificial especialmente en temporadas secas o a ciertas horas del día, entre otras medidas que coadyuve a bajar los índices de humedad relativa a los niveles recomendados.

Con el propósito de obtener un en cuanto a la temperatura, se reflejó los datos con variaciones normales lo que significa que se tiene un ambiente mínimamente controlado.

Este programa cumplió el 100% de las actividades programadas.

- Programa de almacenamiento y realmacenamiento

Este programa busco establecer las unidades de almacenamiento y conservación para el material documentales acordes a los formatos y técnicas de la documentación que garanticen protección y resistencia, por eso, se proyectó realizar tres informes con el propósito de mostrar las acciones ejecutadas en la organización (clasificación, preparación física, depuración, ordenación, foliación, rotulación, levantamiento de inventario y almacenamiento); ya se elaboró el tercer informe que se tenía programado para el tercer trimestre de la vigencia 2024. En este sentido se realizó el respectivo cambio de unidades conservación (cajas) las cuales corresponden a:

| ALMACENAMIENTO | REALMACENAMIENTO |
|---|---|
| 50 CAJAS | 120 CAJAS |
| Total 120 cajas empleadas para el III trimestre | |

Fuente: Oficina de Gestión Documental

- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y ATENCIÓN DE DESASTRES.

Con el fin de brindar acciones a ejecutar en circunstancias de emergencias relacionadas con los documentos, manejo y disposición de la información que puede estar afectada por factores naturales. Se implementó este programa de prevención de emergencias y atención de desastres, las actividades que se planearon corresponden a:

- Organizar un simulacro de emergencias aplicado al material de archivo que se llevó a cabo en el mes de junio a los colaboradores de gestión documental, esta fue impartida en grupo primario el 28 del mes mencionado.

## Plan de conservación documental

Para la vigencia 2024 se realizaron actividades en pro de garantizar la preservación a largo plazo de los documentos electrónicos.

- Programa de identificación y análisis de documentos electrónicos a preservar (documentos electrónicos de archivo y medios de almacenamiento).

En el programa de identificación y análisis de documentos electrónicos a preservar se implementó con el fin de desarrollar actividades orientadas a conocer la estructura general de la entidad y a determinar la necesidad de información desde lo organizacional, tecnológico y documental.

- Programa de articulación de la preservación digital con los instrumentos de gestión documental.

Dentro de este programa se logró la integración del concepto de Preservación Digital a los instrumentos archivísticos, la instrumentalización de la gestión y preservación de los documentos electrónicos de archivo y la actualización de los instrumentos archivísticos.

- Programa de estrategias y técnicas de preservación digital.

En este programa se implementaron los mecanismos que garantizaron la preservación digital de los documentos electrónicos de archivo, así como los recursos y herramientas necesarias para hacerlos efectivos.
Durante el cuarto trimestre no se ejecutaron actividades relacionadas con este programa ya que se ejecutaron al 100% en el segundo trimestre.

- Programa de almacenamiento de los documentos electrónicos de archivo

En el programa de almacenamiento de los documentos electrónicos se proyectó la elaboración de un informe donde reconoce los pasos para una posible implementación de una herramienta tecnológica que integre todo lo que la Guía de Implementación de un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo SGDEA del Archivo General de la Nación solicita.

En el mes de abril se actualizo el inventario de series, subseries y tipologías documentales en soporte electrónico para consolidar la información de los soportes documentales que se producen y tramitan.

En el mes de junio se actualizo el inventario de medios y/o dispositivos de almacenamiento de documentos electrónicos con los que cuenta la entidad.

- Programa de inclusión de la preservación digital con la política de seguridad y privacidad de la información

El Programa integro la preservación digital dentro de la política de seguridad y privacidad de la información de la entidad logrando así que las estrategias y acciones establecidas dentro de la preservación digital cumplan con lo dispuesto en la política de seguridad y privacidad de la información y se garantice la correcta preservación de los documentos electrónicos de archivo de acuerdo con la familia de normas ISO27000 y demás normativa relacionada.

## Plan de preservación digital a largo plazo

Se elaboró el Plan de Transferencias Documentales Primarias con el objetivo de establecer los lineamientos y recomendaciones técnicas para llevar a cabo las transferencias documentales primarias realizadas por las diferentes dependencias de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga – ESE ISABU de acuerdo a lo establecido en las Tablas de Retención Documental – TRD.

Se establecieron las siguientes actividades dando un cumplimiento del 100%:

- Actualizar Plan de Transferencias Documentales Primarias 2024.
- Publicar en página web institucional y socializar con los líderes de proceso el Plan de Transferencias Documentales Primarias vigencia 2024.
- Elaborar el cronograma de transferencias anual con las oficinas productoras.
- Recibir transferencias documentales primarias de acuerdo al cronograma de la vigencia 2024.

## Plan de transferencias documentales primarias

En el programa de identificación y análisis de documentos electrónicos a preservar se implementó con el fin de desarrollar actividades orientadas a conocer la estructura general de la entidad y a determinar la necesidad de información desde lo organizacional, tecnológico y documental. Cada uno de estos análisis se puede desarrollar en paralelo porque uno no influye sobre el otro, sin embargo, si se complementan.

El resultado de esta fase contribuye a la comprensión de los requerimientos del SGDEA y determina las actividades y estrategias de implementación en términos de sus unidades organizacionales, funciones, procesos, elementos de información y arquitectura TI.

Esta etapa es esencial, pues establece con precisión qué es lo que tiene la entidad y que necesita para implementar. En este marco de ideas, se desarrollaron las siguientes actividades:

- En el mes de abril se actualizo el inventario de series, subseries y tipologías documentales en soporte electrónico para consolidar la información de los soportes documentales que se producen y tramitan.
- En el mes de junio se actualizo el inventario de medios y/o dispositivos de almacenamiento de documentos electrónicos con los que cuenta la entidad.
- En julio se actualizo el Diagnóstico de Documentos Electrónicos de Archivos.

## Programa de identificación y análisis de documentos electrónicos a preservar (documentos electrónicos de archivo y medios de almacenamiento).

Dentro de este programa se busca lograr la integración del concepto de Preservación Digital a los instrumentos archivísticos, logrando, así, la instrumentalización de la gestión y preservación de los documentos electrónicos de archivo, de este modo, se tiene proyectado la ejecución de acciones, sin embargo; durante el segundo trimestre se proyectó la elaboración y aprobación del Manual de Correspondencia, esta actividad fue elaborada y se realiza la entrega en un borrador para posteriormente ser aprobada y codificada por la oficina de calidad en el trimestre siguiente.

La oficina de Gestión Documental se restringió solo al punto de ser elaborada puesto que, se presentaron diferentes factores que impidieron su aprobación los cuales fueron:

- Se tiene propuesto un cambio de sede de la ventanilla única la cual en el manual se debe citar su ubicación los horarios que se prestara el servicio.
- Se tiene dispuesto la implementación de un software de ventanilla única a que, el que se cuenta esta obsoleto.

Una vez, subsanado estos factores, se entregará el manual aprobado y entregado para su conocimiento. Dentro de este programa se busca lograr la integración del concepto de Preservación Digital a los instrumentos archivísticos, logrando, así, la instrumentalización de la gestión y preservación de los documentos electrónicos de archivo, de este modo se actualizaron los siguientes instrumentos archivísticos:

- Se actualizo el banco terminológico de las series y subseries del área de gestión documental.
- Se elaboró Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos de archivo.

## Programa de articulación de la preservación digital con los instrumentos de gestión documental

Dentro de este programa se busca lograr la integración del concepto de Preservación Digital a los instrumentos archivísticos, logrando, así, la instrumentalización de la gestión y preservación de los documentos electrónicos de archivo, de este modo, se tiene proyectado la ejecución de acciones, sin embargo; durante el segundo trimestre se proyectó la elaboración y aprobación del Manual de Correspondencia, esta actividad fue elaborada y se realiza la entrega en un borrador para posteriormente ser aprobada y codificada por la oficina de calidad en el trimestre siguiente.

La oficina de Gestión Documental se restringió solo al punto de ser elaborada puesto que, se presentaron diferentes factores que impidieron su aprobación los cuales fueron:

- Se tiene propuesto un cambio de sede de la ventanilla única la cual en el manual se debe citar su ubicación los horarios que se prestara el servicio.
- Se tiene dispuesto la implementación de un software de ventanilla única a que, el que se cuenta esta obsoleto.

Una vez, subsanado estos factores, se entregará el manual aprobado y entregado para su conocimiento. Dentro de este programa se busca lograr la integración del concepto de Preservación Digital a los instrumentos archivísticos, logrando, así, la instrumentalización de la gestión y preservación de los documentos electrónicos de archivo, de este modo se actualizaron los siguientes instrumentos archivísticos:

- Se actualizo el banco terminológico de las series y subseries del área de gestión documental.
- Se elaboró Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos de archivo.

## Programa de inclusión de la preservación digital con la política de seguridad y privacidad de la información

La preservación digital con la política de seguridad y privacidad de la información es una herramienta fundamental para la conservación y preservación de los documentos electrónicos de la entidad. Por esto se priorizo las actividades durante el primer trimestre y se cumplió satisfactoriamente

En el mes de febrero se socializó la política de seguridad y privacidad de la información mostrando la importancia y su propósito de ser implementada en la E.S.E ISABU. Así mismo se socializó la Política de Preservación Digital en el mes de marzo.

## Procedimiento de eliminación de documentos

Se implementó el procedimiento de eliminación de documentos de las series y subseries como: Contratos, Comunicaciones externas, Cuentas mensuales, Control de chuspas, Buzón de sugerencias, Informes de Gestión y Resultados; se llevó al Comité Institucional de Gestión de Desempeño- CIGD el inventario de las series y subseries a eliminar, seleccionar y eliminar; digitalizar y eliminar.

Se explicó que al realizar el procedimiento de eliminación se libera espacio en almacenamientos físicos, para dar entrada a las posteriores transferencias documentales, también se contribuye a la actualización de la información y se da cumplimiento a las normas emitidas por el Archivo General de la Nación en cuanto a la disposición final de los documentos, en el Acuerdo 001 del 2024 del Archivo General de la Nación en el Artículo 4.5.4. Eliminación Documental.

Los miembros del comité aprueban por unanimidad la eliminación de los documentos de las series documentales presentadas, digitalizando los contratos de suministros y compraventa con la finalidad de consulta, digitalización que se realizará con el personal de gestión documental.

Se continuó con la depuración de la información a digitalizar, escaneando 36 carpetas y seleccionando para digitalizar y eliminar 272 tomos, de las 3.499 carpetas y tomos que se encuentran en el inventario de eliminación.

**Metas propuestas en gestión documental vigencia 2025**

Para el año 2025, Gestión Documental proyecta la siguiente metas y propuestas:

- Para garantizar la gestión y conservación de los documentos de archivo en soporte físico se proyecta mejorar las condiciones de las áreas destinadas a la disposición de los documentos de archivo institucionales dando cumplimiento a lo establecido en el Plan de Conservación Documental. De igual forma, se dará continuidad al proceso de organización documental en las diferentes fases del ciclo vital de los documentos (archivos de gestión, archivo central y archivo histórico).

- Seguir ejecutando lo establecido en las Tablas de Retención Documental- TRD y las Tablas de Valoración Documental- TVD por medio de la implementación de los procedimientos de Transferencia Documental y Eliminación de Documentos, con el objetivo de hacer efectivos los tiempos de retención y la disposición final de los documentos.

- Con el propósito de salvaguardar la documentación de archivo vital para la entidad, se llevarán a cabo las acciones propuestas en el Plan de Emergencias y Atención de Desastres en Archivos, en donde se contempla la implementación del procedimiento de digitalización para crear copias seguras de la documentación en soporte físico.

- En relación a la gestión y conservación de los documentos de archivo en soporte electrónico se proyecta el análisis y diseño de instrumentos archivísticos para establecer los lineamientos requeridos, así como el cumplimiento de las demás actividades contempladas en el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo las cuales se enfocaron a una etapa previa que permita la implementación de una herramienta tecnológica para garantizar la adecuada gestión y conservación de los documentos electrónicos de archivo.

- Continuar con la correcta implementación del Procedimiento de Acceso a Documentos e Información con el objetivo de garantizar el derecho de acceso a la información pública por parte de los ciudadanos y siguiendo lo establecido en la Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”.

- Continuar y fortalecer el proceso de registro y distribución de documentos (comunicaciones oficiales enviadas y recibidas) a través de la ventanilla única, garantizando su correcta gestión y trámite.

# 4 PROCESO DE EVALUACIÓN

## 4.1 GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

### Cumplimiento Plan Anual De Auditorias

La oficina de control interno proyectó el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos para la vigencia 2024, siguiendo los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública; cabe resaltar que además de las auditorias programadas, dicho plan incluyó actividades que hacen parte de los roles de las oficinas de control interno como son: Informes de Ley, seguimientos, atención a visitas de los órganos de control, asistencia a comités y capacitaciones.
El plan anual de auditorías fue presentado y aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en sesión realizada el 29 de enero de 2024, según acta de la misma fecha y Resolución No. 0063 del 30 de enero de 2024.

Finalizada la vigencia del 2024, el Plan Anual de Auditorias obtuvo un cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

Conforme al plan anual de auditorías en la vigencia 2024, se desarrollaron las siguientes actividades:

- **Auditorías regulares realizadas:**

  - **Auditoría a Inventarios:** Se presentó informe definitivo de auditoría el 7 de mayo de 2024. Se estructuró un plan de mejoramiento por parte de la unidad auditada cumpliéndose a la fecha en un 100%.
  - **Auditoría a Gestión Ambiental:** Se presentó informe definitivo de auditoría el 28 de junio de 2024. Se dio paso a la ejecución de plan de mejoramiento el cual a la fecha se cumplió en un 100%.
  - **Auditoría a Gestión Planeación:** Se presentó informe final el 13 de diciembre de 2024. El plan de mejoramiento se aprobó el 30 de diciembre de 2024 para ser ejecutado en la vigencia 2025.
  - **Auditoría a PAMEC – Calidad:** El informe final se presentó el 16 de diciembre de 2024. En esta auditoría no se identificaron hallazgos, por lo tanto, no fue necesaria la estructuración de un plan de mejoramiento.

### Presentación de Informes de Ley:

Se presentaron los siguientes informes con la periodicidad y en las fechas establecidas, tal como lo señalan las normas respectivas:

- La medición del estado de avance del modelo estándar de control interno MECI en el marco de MIPG a través de FURAG, se presentó el 16 de mayo de 2024, obteniendo un resultado satisfactorio de 90.1 en el formulario dispuesto para MECI.
- Informe de evaluación independiente del sistema de control interno correspondiente al primer y segundo semestre de 2024, publicados en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/informes-pormenorizados/.
- Informe sobre la atención prestada por la entidad por parte de la oficina de quejas, sugerencias y reclamos PQRS-

SIAU correspondiente al primer y segundo semestre 2024. Los informes fueron publicados en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/informe-de-seguimiento-a-pqrsd/.

- Informe de evaluación de control interno Contable, correspondiente a la vigencia 2023, se presentó el 22 de febrero de 2024, como resultado de la evaluación la ESE ISABU cuenta con un sistema de control interno contable EFICIENTE. El informe se encuentra publicado en la página web institucional https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/informe-gestion-control-interno/
- Informe de Evaluación a la gestión institucional por dependencias, según directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), correspondiente a la vigencia 2023 se presentó el 31 de enero de 2024 y se encuentra publicado en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2024/01/469-of-inf-y-form-ev-DAFP-2023.pdf
- Informe de seguimiento al cumplimiento de ley de software y derechos de autor, presentado ante la Dirección Nacional de Derecho de Autor-DNDA el 11 de marzo de 2024 y se encuentra publicado en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/informe-software-legal/.
- Informe de evaluación de la Audiencia pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2023, que se presentó el 27 de marzo de 2024 y se publicó en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2024/03/1423-ev-rendicion-de-cuentas-2023.pdf
- Informe de seguimiento al Comité de Conciliación – Actividad Litigiosa el 28 de noviembre de 2024.
- Seguimiento a la racionalización de trámites SUIT, rendido en la plataforma de Racionalización de trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, presentados en el mes de abril, agosto y diciembre de 2024.
- Informe de Austeridad del Gasto correspondiente al primer, segundo, tercero y cuarto trimestre vigencia, publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/informe-gestion-control-interno/.
- Se realizó rendición de cuenta electrónica a la Contraloría Municipal de Bucaramanga vigencia 2024.
- Se realizó informe de seguimiento a la Ley de cuotas el 20 de noviembre de 2024, evidenciándose que la ESE ISABU, no cumple con el porcentaje exigido en el alto nivel decisorio, pero si en lo correspondiente a otros niveles decisorios de participación de la mujer.
- Informe de seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública, correspondiente al primer, segundo y tercer cuatrimestre de 2024 que se encuentra publicado en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/seguimiento-estrategias-del-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/
- Se presentó reportes de cumplimiento de actividades del plan de acción de la oficina de control interno.
- Informe a Gerencia para el Concejo Municipal de Bucaramanga correspondiente al primer, segundo, tercer y cuarto trimestre de 2024.

**Seguimientos Realizados:**

- El seguimiento al cumplimiento de la Ley de Transparencia con la publicación del ITA en la Procuraduría General de la Nación se presentó en el marco de la auditoría realizada a la Gestión Planeación.
- Informes de seguimiento a las cajas menores, se realizaron tres (3) arqueos sorpresivos a las 5 cajas menores de la entidad (marzo, julio, noviembre 2024).
- Informe de seguimientos al mapa de riesgos operacionales correspondiente al primer, segundo, tercer y cuarto

trimestre vigencia 2024. Publicados en la página web institucional link https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/informe-de-seguimiento-mapa-de-riesgos-de-gestion/

- Se realizó seguimiento a planes de mejoramiento internos vigentes según Plan Anual de Auditorías, de los cuales se puede dar un parte positivo con el cierre por cumplimiento de metas al 100% de todos los planes de mejoramiento vigentes al 2024, se encuentran publicados en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/seguimiento-a-planes-de-mejoramiento/
- Informes de seguimiento al Plan de Acción MECI, (4 seguimientos).
- Informes mensuales de seguimiento a la publicación de contratos en el SECOP II Y SIA OBSERVA correspondiente a la vigencia 2024.
- Se realizó seguimiento al Código de Integridad Institucional el 21 de mayo de 2024.
- Se realizaron tres seguimientos a la publicación en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II, en los meses de marzo, septiembre y diciembre de 2024.
- Se realizó seguimiento al cumplimiento de normas de carrera administrativa el 30 de diciembre de 2024.
- Se realizó seguimiento a los planes institucionales de talento humano de la E.S.E ISABU el 8 de marzo de 2024.
- Se realizó informe de gestión de la oficina de Control Interno 2020-2024, con el fin de apoyar el proceso de empalme de la gerencia saliente y entrante de la ESE ISABU.
- Seguimiento al Plan de Acción MIPG evidenciándose cumplimiento al 100% de las actividades programadas.

## Cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de auditorías internas realizadas por la oficina de control interno de la ESE ISABU.

**Planes de mejoramientos internos:**

Como resultado al seguimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de control interno, tenemos:

- Plan de mejoramiento de la Gestión Contractual (2023)
- Pan de mejoramiento de la Gestión de Control Disciplinario Interno (2023)
- Plan de mejoramiento de Gestión Ambiental (2024)
- Plan de mejoramiento a Inventarios- Almacén (2024)

La oficina de control interno realizó seguimiento de las actividades ejecutadas al cumplimiento de las acciones programadas en los planes de mejoramiento de conformidad con las fechas propuestas para ello. En el mes de septiembre de 2024 con corte a 31 de agosto de 2024 se dio cierre al plan de mejoramiento de Gestión Contractual con un 100% del cumplimiento de las actividades contenidas en el plan de mejora, en el mes de diciembre de 2024, se dio cierre a los planes de mejoramiento internos de control disciplinario interno, Gestión ambiental e inventarios-almacén, con cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

Cumpliendo con ellos con las fechas estipuladas, los planes de mejoramiento alcanzaron una efectividad optima que respalda la mejora continua de cada uno de los procesos auditados.

El resultado del seguimiento se publicó en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/seguimiento-a-planes-de-mejoramiento/.

## Cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la auditoría realizada por la Contraloría Municipal de Bucaramanga

En la vigencia 2024, la Contraloría Municipal de Bucaramanga llevó a cabo la Auditoria Financiera y de Gestión No. AF-006-2024 Vigencia 2023 al Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, en el cual de acuerdo con el informe final de la auditoria no se establecieron hallazgos que generaran un plan de mejoramiento con el ente de control.

**Metas propuestas en gestión de control interno vigencia 2025**

- Continuar con las actividades de seguimiento y evaluación independiente establecidos normativamente en los roles para las oficinas de control interno como son: Liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención evaluación de la gestión de riesgo, evaluación y seguimiento y relación con los entes de control.

- Agregar valor de manera independiente, mediante la presentación de los diferentes informes, manejo de información estratégica y alertas oportunas que puedan retardar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

- Cumplir con el 100% del plan anual de auditorías basado en riesgos vigencia 2025.

**HERNÁN DARÍO ZARATE ORTEGÓN**
Gerente

Reviso: Olga Lucia Mantilla – Planeación