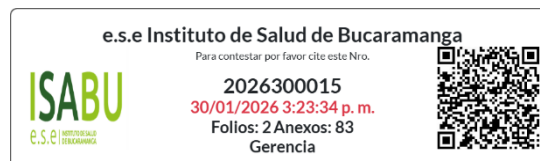


	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 1 - 2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

1100-310-10

CI- 007

Bucaramanga, 30 de enero de 2026



Doctor
HERNÁN DARIO ZÁRATE ORTEGÓN
 Gerente
 ESE ISABU

ASUNTO: Informe de evaluación institucional por dependencias vigencia 2025 - Departamento Administrativo de la Función Pública.

Cordial saludo:


Como jefe de la Oficina de Control Interno de gestión, en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular 04 de 2005 expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, me permito presentar el Informe de Evaluación Institucional por Dependencias de I.E.S.E ISABU correspondiente a la vigencia 2025.

La evaluación se realizó a las dependencias establecidas en el organigrama institucional:

- Oficina de Control Interno
- Oficina Asesora Jurídica
- Oficina Asesora de Calidad
- Oficina Asesora de Planeación
- Subgerencia Administrativa
- Subgerencia Científica

La información analizada fue suministrada por los líderes de cada dependencia, como primera línea de defensa, en el modelo integrado de planeación y gestión (MIP) con base en el cumplimiento reportado a corte del 31 de diciembre de 2025. Estos datos están alineados con el reporte del Tablero de Control de Cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) del ISABU, herramienta liderada por la Oficina Asesora de Planeación.

A su vez, los insumos y evidencias de cumplimiento fueron entregados por los responsables de cada dependencia y reposan en el drive institucional administrado por la Oficina de Planeación, donde se encuentran organizados y disponibles para consulta.

	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 2 - 2
	VERSION: 4	REVISOR Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

Es importante resaltar que, la oficina jurídica no contó con actividades a desarrollar dentro del POA, por tanto, se tomó como referente para la evaluación de la dependencia el cumplimiento en las actividades establecidas en el Plan de Transparencia y Ética Pública.

Lo anterior para su conocimiento y fines correspondientes.

Agradezco su atención.

Cordialmente,



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: Formatos de evaluación por dependencias.

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Evaluación de la dependencia, vigencia 2025

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 21/01/2026


2. Dependencia a evaluar: **Oficina Control Interno**
Proceso de evaluación: Gestión de control interno

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:
Objetivo estratégico Plan de desarrollo 2024-2027

3. 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.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
<p>3.1.4 Elaborar y ejecutar el plan anual de auditorías internas de la ESE ISABU</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar el del Plan anual de auditorías de control interno para la vigencia 2. Realizar la aprobación a través del Comité Coordinador de Control Interno 3. Realizar medición y análisis trimestral del cumplimiento del Plan anual de auditorías 	<p align="center">100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El plan anual de auditorías para la vigencia 2025 se estructuró teniendo en cuenta las directrices dispuestas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y entes gubernamentales que rigen la gestión de las oficinas de control interno. 2. El Plan Anual de Auditorías fue aprobado por la totalidad de los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en el comité desarrollado el 31 de enero de 2025 y adoptado mediante resolución No. 0041 de 2025. El plan anual de auditorías se encuentra publicado en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/programa-anual-de-auditorias/ 3. La oficina de control interno ejecutó al 100% el plan anual de auditorías para la vigencia 2025 al cierre del año evaluado. En el primer seguimiento correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025 realizado por la oficina de Planeación Institucional se reportó un avance de 87% registrando el cumplimiento de 13 actividades cumplidas de 15 programadas. En el segundo trimestre se reportó un cumplimiento del 88% registrando el cumplimiento de 15 actividades de las 17 programadas. Para el tercer trimestre se reportó el avance de cumplimiento de 84% con 16 actividades cumplidas de 19 programadas. En el cuarto trimestre la oficina de control interno reportó el cumplimiento del 100% de las actividades programadas, es decir 15 actividades ejecutadas de 15 programadas, reportando de igual manera el cumplimiento de las actividades atrasadas así: Seguimiento SIA OBSERVA y SECOP de los meses mayo, junio, julio agosto septiembre, octubre y noviembre de 2025. <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron cumplir la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 23.1.4 Elaborar y ejecutar el plan anual de auditorías internas de la ESE ISABU, con un cumplimiento del 100% estando por encima de la meta definida para la vigencia (≥90%).</p> <p>Evidencias:</p>

	<p>1. Resolución No. 0041 del 31 de enero de 2025 – aprobación del Plan Anual de Auditorías.</p> <p>2. Acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno No. 004 del 31 de enero de 2025 y Publicación del Plan en la página web institucional.</p> <p>3. Ficha técnica del indicador Plan Anual de Auditorías I, II, III y IV trimestre de 2025.</p>
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</p> <p>La Oficina de Control Interno alcanzó el cumplimiento del 100% de las actividades previstas en el Plan Operativo Anual – POA 2025.</p> <p>Se resalta la formulación, aprobación y publicación del Plan Anual de Auditorías 2025 en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a su vez se destaca el cumplimiento del 100% del mentado plan al cierre de la vigencia, a pesar de algunos retrasos en la ejecución.</p> <p>El cumplimiento integral de todas las actividades programadas permite concluir que las metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2025 fueron alcanzadas en su totalidad.</p>	
<p>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</p> <p>Se deben establecer acciones correctivas que permitan el cumplimiento del Plan Anual de Auditorías al 100%, y que aseguren el desarrollo de las actividades a cabalidad dentro de los plazos establecidos en el cronograma. Esto obedece a que, en la evaluación de la vigencia 2026 se evidenciaron atrasos relacionados con los seguimientos al SIA Observa y SECOP II.</p> <p>En consecuencia, resulta necesario ajustar la metodología, priorizando el establecimiento de muestras de contratos en lugar del análisis del 100% de la contratación, tal como se aplicó en los últimos meses de la vigencia 2025, pero garantizando su ejecución oportuna para evitar riesgos inminentes de incumplimiento.</p> <p>Asimismo, y conforme a las recomendaciones por la Jefe de Control Interno saliente, se debe garantizar la suficiencia del talento humano de la Oficina, considerando las actividades definidas anualmente en el Plan Anual de Auditorías. Lo anterior permitirá contar con el personal requerido para asegurar el logro pleno de las metas establecidas.</p> <p>El cumplimiento integral de todas las actividades programadas permite concluir que las metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2025 fueron alcanzadas al 100%.</p>	
<p>8. Firmas:</p>  <p>Auditor (es)</p>	<p>LEIDY LORERNA MORA NIÑO Jefe Oficina de Control Interno ESE ISABU</p>

OFICINA ASESORA JURÍDICA

Evaluación de la dependencia, vigencia 2025

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno		
1. Fecha: 23 de enero de 2026		2. Dependencia a evaluar: Oficina Asesora Jurídica Proceso de apoyo: Gestión Jurídica
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo Caracterización Proceso Gestión Jurídica		
Brindar asesoría jurídica en los asuntos sometidos a consideración y en las actuaciones institucionales, realizando seguimiento a la representación judicial en las acciones en que sea parte la E.S.E ISABU y adelantando los procesos de contratación de contratistas y de bienes y servicios de conformidad a la normatividad vigente.		
Plan de Acción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Plan de trabajo de implementación del Código de integridad. (9.1.)	100%	Elaboración del plan de trabajo que contiene las actividades a desarrollar durante la Vigencia 2025. Evidencia: Plan De Trabajo Código De Integridad, código No. TH-PL-016
Dos Informes de cumplimiento al plan de implementación del Código de integridad. (10.1)	100%	Se realizaron los dos informes de cumplimiento al Plan de Trabajo del Código de Integridad, de forma semestral, en donde se logra evidenciar el desarrollo de las actividades planeadas, con las cuales se fortalece la aplicación de los valores por parte de los servidores públicos de la E.S.E ISABU y se logra impactar la población involucrada en los procesos de la entidad. Evidencias: Informe Numero 1: Detallado de las actividades desarrolladas a 30 de junio de 2025 en cumplimiento al plan de trabajo del Código de Integridad. Informe Numero 2: Detallado de las actividades ejecutadas a 31 de diciembre de 2025, en cumplimiento al plan de trabajo del Código de Integridad.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada a la Oficina Asesora Jurídica , en su Proceso de apoyo: Gestión Jurídica , la Oficina de Control Interno evaluó el cumplimiento en PTEP. El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

- | | | | | | |
|----|---|-------|--------------|------|-------------|
| 1. | Disponibilidad | y | organización | de | evidencias |
| | Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente adoptados, los cuales fueron remitidos mediante correo electrónico. | | | | |
| 2. | Cumplimiento | total | según | meta | establecida |
| | en PTEP, su cumplimiento fue del 100%. | | | | |

Dentro de la evaluación al proceso de gestión jurídica a su vez esta oficina de control interno identificó en los seguimientos de SIA OBSERVA y SECOP II efectuados en la vigencia 2025, cargues extemporáneos, por lo cual se recomienda implementar alertas preventivas y analizar los procedimientos de cargues en plataformas con el objetivo de generar correctivos que permitan realiza cargues oportunos de la documentación cumpliendo con los principios de publicidad y transparencia de la contratación estatal.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Se recomienda continuar con el cumplimiento de las actividades establecidas en los diferentes planes y mapas e iniciar acciones correctivas para la mitigación de riesgos en la publicación extemporánea en las plataformas de SIA OBSERVA y SECOP II.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

OFICINA ASESORA DE CALIDAD

Evaluación de la dependencia, vigencia 2025

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 30 de enero de 2026		2. Dependencia a evaluar: Oficina asesora de calidad Procesos Estratégico: Atención al usuario Sistema de Información y atención al usuario (SIAU)	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:			
Objetivos estratégicos del plan de desarrollo 2024-2027			
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. 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.			
3. 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.			
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
		5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
1.4.2 Elaborar y ejecutar el plan de acción de la estrategia de participación ciudadana de la ESEISABU		100%	1. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el Plan de Participación Ciudadana 2025, código GAL-PL-001, versión 3, avalado en el Comité CIGD No. 1 del 30 de enero de 2025. El documento fue publicado en la página web institucional y constituyó el marco orientador para la ejecución de la estrategia de participación ciudadana.
Actividades:			2. El Plan de Participación Ciudadana 2025 fue divulgado en la página web institucional el 31 de enero de 2025, garantizando su acceso público y transparencia.
1. Elaborar plan de participación ciudadana para la vigencia 2025			3. Se desarrolló el proceso de elección de representantes de los usuarios a los diferentes espacios de participación ciudadana y gestión de la atención al usuario. Mediante la Resolución 0088 del 28 de febrero de 2025 se convocó a la elección de los representantes de la Alianza de Usuarios y conformación de comités. El 2 de abril de 2025 se realizó la Asamblea Anual de la Alianza de Usuarios, en la cual se eligieron democráticamente los miembros de la Junta Directiva (presidente, secretaria, tesorero y revisor fiscal) y los representantes ante los espacios de participación (COPACO, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y Comité de Ética Hospitalaria).
2. Publicar en página web institucional y socializar el plan de Participación Ciudadana de la vigencia 2025.25.			Adicionalmente, mediante la Resolución 005 del 3 de marzo de 2025, se convocó a la elección del representante de los usuarios ante la Junta Directiva de la ESE ISABU, llevándose a cabo la asamblea de elección el 8 de mayo de 2025.
3. Realizar las actividades de elección de representantes a los diferentes espacios de participación ciudadana.			4. Durante la vigencia 2025 se ejecutaron las reuniones y capacitaciones con la Alianza de Usuarios conforme al cronograma establecido, el cual contempló doce (12) actividades programadas. Se desarrollaron encuentros y capacitaciones orientadas al fortalecimiento de la participación social, el control social y la apropiación de temas como derechos y deberes, rendición de cuentas, humanización, acceso a los servicios y seguridad social en salud, logrando el cumplimiento del 100% de las actividades programadas.
4. Ejecutar las capacitaciones y reuniones de acuerdo con el cronograma establecido			
5. Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de la estrategia de Participación Ciudadana de la vigencia 2025.			
6. Actuar frente a los resultados encontrados en el Plan de Participación ciudadana 2025			

		<p>5. Se elaboraron los cuatro (4) informes de seguimiento trimestral al Plan de Participación Ciudadana, en los cuales se registran las actividades de socialización, capacitaciones, talleres y asambleas desarrolladas durante la vigencia 2025.</p> <p>6. Se consolidó el informe final del Plan de Participación Ciudadana 2025, evidenciando la ejecución de reuniones y capacitaciones dirigidas a la Alianza de Usuarios conforme al cronograma socializado en enero de 2025. En estos espacios participaron activamente los líderes de la alianza, quienes recibieron capacitaciones en temas como rendición de cuentas como diálogo en doble vía, liderazgo y participación social, sistemas de computación para el acceso a servicios, sistema general de seguridad social en salud, política de humanización, primeros auxilios, derechos y deberes, cuotas moderadoras y copagos. En total, se ejecutaron diez (10) capacitaciones, dando cumplimiento al indicador programado.</p> <p>Adicionalmente, se realizaron dos (2) mesas de trabajo presenciales con líderes de la Alianza de Usuarios, el Gerente, las jefes de zona y el Coordinador del SIAU, y se llevaron a cabo dos (2) ejercicios de rendición de cuentas, uno dirigido a la comunidad en general y otro específico para la Alianza de Usuarios, cumpliendo el 100% del indicador establecido.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.4.2 Elaborar y ejecutar el plan de acción de la estrategia de participación ciudadana de la ESEISABU, alcanzando el 100% de las actividades programadas, cumpliendo con la meta definida para la vigencia (100%) y fortaleciendo de manera efectiva los mecanismos de participación social, control ciudadano y relacionamiento con los grupos de valor de la ESE ISABU.</p> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Publicación del Plan de Participación Ciudadana 2025 en la página web institucional. 2. Resolución 0088 del 28 de febrero de 2025 , “<i>Por medio de la cual se convoca a los residentes del municipio de Bucaramanga para elegir representantes de la alianza de usuarios y conformar sus los diferentes comités</i>” y Resolución 005 del 3 de marzo de 2025, “<i>por la cual se convoca a la elección del representante de los usuarios ante la Junta directiva del Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU</i>”. 3. Actas de asambleas y listas de asistencia (02 de abril y 08 de mayo de 2025). 4. Actas de reuniones y capacitaciones con la Alianza de Usuarios (enero a diciembre de 2025). 5. Informes de seguimiento trimestral I, II, III y IV trimestre 2025. 6. Informe final del Plan de Participación Ciudadana 2025.
<p>2.1.6 Mantener mínimo en 95% de Satisfacción Del Usuario</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar y tabular las encuestas de satisfacción en los centros de salud y unidades hospitalarias. 	95,5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se aplicaron 7.973 encuestas de satisfacción en los 22 centros de salud y las 2 unidades hospitalarias de la ESE ISABU. De los usuarios encuestados, 7.623 manifestaron estar satisfechos, calificando la atención como “buena” o “muy buena”, lo que corresponde a un resultado global del 95,5%. Estas encuestas institucionales tuvieron como propósito evaluar la percepción de la calidad de la atención, a partir de la satisfacción general del usuario y la disposición a recomendar los servicios de la ESE ISABU a familiares y amigos.

<p>2. Medir y analizar el indicador de satisfacción del usuario de forma trimestral.</p> <p>3. Socializar los derechos y deberes como una actividad de política de humanización con los usuarios.</p>		<p>2. Durante la vigencia se realizó la medición y el análisis trimestral del indicador de satisfacción del usuario, mediante la ficha técnica institucional, obteniendo un resultado consolidado del 95,5%, valor que se encuentra por encima del estándar meta definido ($\geq 90\%$). El análisis evidenció como principales fortalezas la calidad del personal médico, la cercanía de los servicios, la humanización en la atención, así como avances en accesibilidad y oportunidad en la respuesta de los servicios.</p> <p>3. De manera complementaria, durante la vigencia 2025 la ESE ISABU ejecutó de forma continua la socialización de derechos y deberes de los usuarios, en el marco del Programa de Humanización, articulando acciones con la Oficina de Atención al Usuario y la Alianza de Usuarios. En este proceso se desarrollaron capacitaciones dirigidas a 990 colaboradores, alcanzando niveles de adherencia al conocimiento superiores al 97%, lo cual evidencia una apropiación sólida de los contenidos relacionados con derechos, deberes y trato humanizado.</p> <p>Asimismo, se adelantaron procesos de socialización y medición de adherencia en usuarios mediante la aplicación de encuestas en servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, con un total de 5.883 usuarios intervenidos, obteniendo niveles de adherencia que oscilaron entre 92% y 96%. Estas acciones contribuyeron de manera directa al fortalecimiento de la cultura institucional de atención humanizada y a la mejora de la experiencia del usuario.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 2.1.6 “Mantener mínimo en 95% la satisfacción del usuario”, alcanzando un resultado del 95,5%, lo cual evidencia el cumplimiento de la meta definida para la vigencia ($\geq 95\%$) y refleja una gestión orientada a la calidad, la humanización y la mejora continua de los servicios de salud.</p> <p>Evidencias</p> <p>1. Informes de resultados de encuestas de satisfacción – I, II, III y IV trimestre de 2025.</p> <p>2. Fichas técnicas del indicador de satisfacción – I, II, III y IV trimestre de 2025.</p> <p>3. Informes de socialización de derechos y deberes – I, II, III y IV trimestre de 2025.</p>
<p>2.4.1 Elaborar e implementar un plan de acción del manual de enfoque diferencial y atención preferencial en la ESE ISABU</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Elaborar el plan de acción del manual de Enfoque diferencial vigencia 2025.</p> <p>2. Definir cronograma de implementación del plan de acción de enfoque diferencial 2025.</p> <p>3. Presentar informes de avances de cumplimiento del plan de acción de Enfoque diferencial.</p>	<p>100%</p>	<p>1. En la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el Plan de Acción de Enfoque Diferencial, el cual incluye diagnóstico institucional, ejes estratégicos, objetivos, responsables, indicadores, metas y cronograma para su ejecución. El plan fue avalado en el Comité CIGD No. 1 de 2025 y cuenta con la estructura requerida para garantizar la planeación e implementación de las acciones proyectadas.</p> <p>2. Se definió el Cronograma del Plan de Enfoque Diferencial vigencia 2025, que contempló 8 actividades para el año distribuidas en diferentes periodos, especificando responsables, indicadores y mecanismos de seguimiento.</p> <p>3. Se ejecutó en un 100% el plan de acción, evidenciándose un impacto satisfactorio en el proceso de atención brindado por los colaboradores en el despliegue del Manual de Enfoque Diferencial enfocado a un:</p> <p>Taller teórico-práctico dirigido a la atención prioritaria de población objeto de enfoque diferencial, se realizaron convocatorias en tres fechas dirigidas a todos los profesionales (Médico general, Enfermera profesional, odontólogos, fisioterapeutas) de los centros de salud, así como a los profesionales (Médico general, Enfermera profesional, fonoaudiología, fisioterapeutas) de Unidades Hospitalarias, como</p>

<p>4. Generar informe final del cumplimiento de la ejecución del plan de acción de Enfoque diferencial 2025.</p>		<p>resultado se logró la participación de 107 profesionales a los cuales se aplicó test de conocimiento, obteniendo un cumplimiento del 98.5% siendo un resultado satisfactorio. Así mismo la medición de adherencia del personal al Manual de enfoque diferencial a través de seguimiento a las PQRS en el ámbito de la humanización – Enfoque diferencial constituye un proceso estratégico indispensable para la institución, en la medida en que permite identificar y comprender las percepciones, necesidades e inconformidades de los usuarios frente al trato recibido. Durante el periodo se interpusieron 163 PQRSF de las cuales se evidencia: un total de 8 quejas relacionadas con enfoque diferencial correspondiente a un 4,9%, lo que refleja una proporción baja frente a la totalidad de las quejas recibidas. La disminución tanto en el número absoluto de quejas como en el porcentaje registrado en noviembre evidencia un impacto positivo de las acciones implementadas.</p> <p>4. Se cumplió al 100% el plan de acción de Enfoque Diferencia definido para la vigencia 2025, fortaleciendo las competencias del personal en atención humanizada, inclusiva y sin discriminación por medio del desarrollo de talleres dirigidos a los colaboradores, orientados a la sensibilización, junto con la adecuada implementación de los procesos de PQRS con enfoque diferencial y atención humanizada, constituyen pilares fundamentales para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron cumplir la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto de 2.4.1 Elaborar e implementar un plan de acción del manual de enfoque diferencial y atención preferencial en la ESE ISABU, evidenciado en el indicador definido para la vigencia del 100% y logrando la ejecución el 100%.</p> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Acción de Enfoque Diferencial 2025 – Código GAL-PL-001. 2. Cronograma del Plan de Enfoque Diferencial 2025. 3. Informe de avances del plan de acción de enfoque diferencial correspondientes al II- III y IV trimestre 2025. 5. Informe de adherencia del personal al Manual de enfoque diferencial a través de seguimiento a las PQRS 2025.
<p>3.4.1 Realizar la gestión oportuna de PQRD (Petición, Quejas, Reclamos, Denuncias)</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar oportunamente las PQRSF en el tiempo establecido por la normatividad vigente. 2. Realizar el informe de análisis trimestral del comportamiento de las PQRS en la institución 	<p>100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025, la ESE ISABU gestionó y dio respuesta oportuna a un total de 1.042 PQRS, recibidas a través de los diferentes canales de atención. De estas, 696 PQRS correspondieron a atención presencial y buzón, y 346 PQRS fueron recibidas por medios virtuales y electrónicos (página web, correo institucional y teléfono). <p>La tipificación de las PQRS fue la siguiente: 43 peticiones (4%), 596 quejas (57%), 31 reclamos (3%), 73 sugerencias (7%) y 296 felicitaciones (29%), todas atendidas dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente.</p> <p>A partir del análisis de las PQRS, se elaboraron planes de mejora orientados a incrementar la satisfacción del usuario y fortalecer la calidad y oportunidad en la prestación del servicio. Las principales causas identificadas correspondieron a la demora en la asignación de citas y la demora en la atención de citas de medicina general y especializada, frente a lo cual se implementaron estrategias institucionales,</p>

		<p>entre ellas el mejoramiento de la cobertura del Call Center, con el fin de optimizar los tiempos de respuesta y atención al usuario.</p> <p>2. Durante la vigencia 2025, la Oficina del SIAU elaboró los informes trimestrales de PQRS, consolidando la información correspondiente a los cuatro trimestres del año. En estos informes se evidenció la gestión del 100% de las PQRS interpuestas por los usuarios, manteniendo una metodología analítica homogénea que permitió identificar tendencias, causas recurrentes y oportunidades de mejora, las cuales orientaron la formulación y seguimiento de acciones de mejoramiento institucional.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.4.1 "Realizar la gestión oportuna de PQRD (Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias)", alcanzando el 100% de las actividades programadas y cumpliendo con la meta definida para la vigencia (100%), evidenciando una gestión eficiente, oportuna y orientada a la mejora continua del servicio al usuario.</p> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Base de datos en Excel de las PQRS gestionadas entre enero y diciembre de 2025. 2. Informes de PQRS correspondientes a los trimestres I, II, III y IV de 2025, publicados en la página web institucional: https://isabu.gov.co/transparencia/informes-trimestrales-sobre-acceso-a-informacion-quejas-y-reclamos/
--	--	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada al Proceso Estratégico: Atención al usuario, Sistema de Información y atención al usuario (SIAU), a cargo de la oficina asesora de calidad, la Oficina de Control Interno evaluó cuatro proyectos, incorporados en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias
Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.
2. Cumplimiento total según meta establecida
Los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento equivalente al 100%, de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.

De acuerdo con lo anterior, se logra evidenciar que, el proceso de Procesos Estratégico: Atención al usuario E.S.E ISABU, logra una calificación general del 100% en el cumplimiento de los proyectos del POA y se insta continuar con el cumplimiento y refuerzo de las actividades establecidas en cada uno de los planes.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento del 100%, sin embargo, desde la Oficina de Control Interno se recomienda que, los documentos soporte sean cargados con su respectiva fecha de elaboración, con los logos institucionales establecidos y, en el caso de los informes, cuenten con la revisión y validación formal del responsable de la dependencia, dado que estos elementos son indispensables para garantizar la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información que soporta la toma de decisiones institucionales.

Asimismo, se recomienda estandarizar un formato institucional de cronograma, adoptado a través del Sistema de Gestión de la Calidad, que garantice la trazabilidad de cada actualización. Contar con un formato único y estandarizado fortalece la organización del proceso y facilita su revisión y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno y los entes de control.

8. Firmas:



Auditor (es)

LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 30 de enero de 2026	2. Dependencia a evaluar: Oficina asesora de calidad Proceso estratégico: Gestión da Calidad Subprocesos: Seguridad del Paciente- Gestión Ambiental- Auditoria de calidad	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:		
Objetivos estratégicos del plan de desarrollo 2024-2027		
<div><div>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.</div><div>2. 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.</div><div>3. 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.</div></div>		
5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
1.2.1 Elaborar Y ejecutar el plan de gestión integral de residuos de la atención en salud y otras actividades – PGIRASA	100%	<div><div>1. Durante la vigencia 2025 se realizó la actualización del Plan de Gestión Integral de Residuos de Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA) de la E.S.E. ISABU, correspondiente a la versión 6, Código GAM-PL-001, quedando formalmente actualizado para la vigencia. El documento fue radicado ante la Secretaría de Salud Municipal y ante la Corporación Autónoma Regional CDMB, dando cumplimiento a los requerimientos de la normatividad ambiental y sanitaria vigente.</div><div>2. Se efectuó la entrega formal del PGIRASA actualizado a las autoridades competentes, mediante radicado interno No. 0001373 del 30 de abril de 2025 ante la CDMB y mediante plataforma https://pgirh.bucaramanga.gov.co/login se radicó ante la Secretaría de Salud Municipal el 30 de abril de 2025 asimismo la CDM emitió respuesta mediante radicado No. 09194 del 13 donde manifiesta que el plan es acorde al componente de la gestión interna y externa de junio de 2025.</div><div>3. Se desarrolló los 4 Comités de Gestión Sanitaria y Ambiental programados, en los cuales se abordaron temas relacionados con el avance del PGIRASA, indicadores de desempeño ambiental, gestión de residuos hospitalarios y campañas institucionales. Estos espacios permitieron evaluar el cumplimiento del plan, realizar seguimiento a cronogramas y fortalecer la toma de decisiones frente a la gestión ambiental institucional.</div><div>4. Se elaboraron los 2 cronograma de lavado de tanques y fumigaciones por semestres de todas las sedes de la E.S.E. ISABU durante la vigencia, realizando las actividades programadas y consolidando las actas de ejecución correspondientes, garantizando condiciones sanitarias adecuadas en las instalaciones.</div><div>5. Se elaboró el informe de ejecución de los lavados de tanques y fumigaciones, en el cual se consolidaron las actividades realizadas en las diferentes sedes de la E.S.E. ISABU, permitiendo evidenciar el cumplimiento del cronograma y el control de las acciones sanitarias ejecutadas.</div><div>6. Se realizó el reporte al IDEAM de 24 informes de cierre de generadores de residuos peligrosos – RESPEL, correspondientes a las sedes de la E.S.E. ISABU, cumpliendo con las obligaciones de reporte ambiental y fortaleciendo la trazabilidad en la gestión de residuos peligrosos.</div></div>
Actividades:		
1. Actualizar del PGIRASA de la entidad		
2. Enviar el PGIRASA actualizado a la autoridad ambiental CDMB y la Secretaria de Salud Municipal para la aprobación		
3. Realizar el Comité Gestión Ambiental de acuerdo con el cronograma de comités normativos		
4. Realizar cronograma semestral de fumigación y lavado de Tanques para la vigencia 2025.		

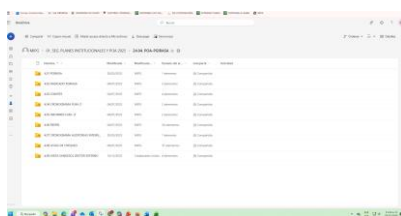
5. Ejecutar el cronograma de fumigación y lavado de tanque de la vigencia 2025
6. Realizar el registro de Generadores Residuos Peligrosos - RESPEL ante el IDEAM
7. Elaborar el cronograma de auditorías internas en las sedes de la entidad para la vigencia 2025
8. Ejecutar las auditorías internas de acuerdo al cronograma de auditorías Internas de Habilitación y PGIRASA 2025
9. Realizar Auditoria al Gestor Externo de Residuos Peligrosos

7. Se elaboró el cronograma de auditorías internas del PGIRASA para la vigencia 2025, programando un total de 38 auditorías en las diferentes sedes y servicios de la E.S.E. SABU, sin embargo, se realizó un ajuste al cronograma mediante acta de fecha 02 de julio de 2025 que por cierre de servicios (radiología-partos UIMIST) reportado ante el REPS, quedando un total de **36** auditorías, como mecanismo de control, seguimiento y mejora continua del plan.

8. Se ejecutaron las auditorías internas en sedes y servicios de la E.S.E. ISABU, de acuerdo con el cronograma interno modificado para los 22 centros de salud y las dos unidades hospitalarias (UIMIST y Hospital local del norte) verificando el cumplimiento de los programas de segregación de residuos, almacenamiento temporal, plan de contingencia y demás lineamientos del PGIRASA, con consolidación de los informes de auditoría correspondientes.

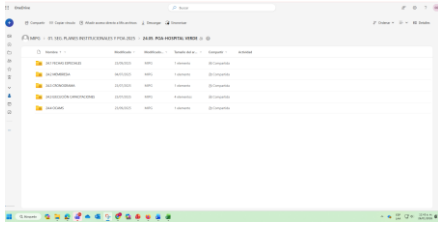
9. Se ejecutó la auditoría al gestor externo de residuos peligrosos SANDESOL S.A. E.S.P, como acción de control y verificación del cumplimiento del PGIRASA. La auditoría se realizó mediante visita técnica y revisión documental en la planta de tratamiento ubicada en el kilómetro 6.5 vía Palenque–Café, evaluando el cumplimiento de los requisitos normativos, técnicos y operativos para la gestión integral de residuos peligrosos. La verificación se efectuó utilizando la Lista de Chequeo de Gestión de Residuos Peligrosos y el Formato Informe de Visita, abarcando los procesos de recolección y transporte, almacenamiento, tratamiento, disposición final, licencias ambientales y condiciones del personal. Como resultado, se evidenció el cumplimiento integral de los criterios evaluados, concluyendo que el gestor externo cuenta con la capacidad técnica, operativa y normativa para la adecuada gestión de los residuos peligrosos generados por la ESE ISABU, sin identificarse hallazgos críticos.

La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto “1.2.1 Elaborar Y ejecutar el plan de gestión integral de residuos de la atención en salud y otras actividades – PGIRASA”, alcanzando el 100% de las actividades programadas, cumpliendo la meta definida para la vigencia (100%). evidenciando una gestión integral, controlada y conforme a la normatividad ambiental y sanitaria vigente en la E.S.E. ISABU.

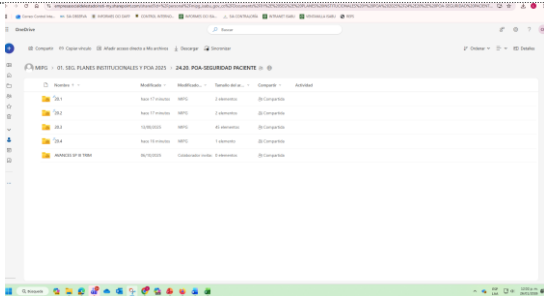


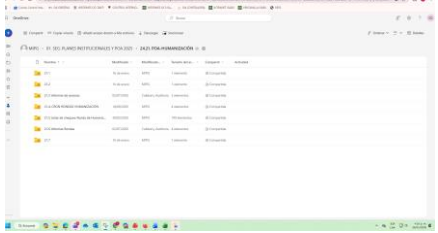
Evidencias

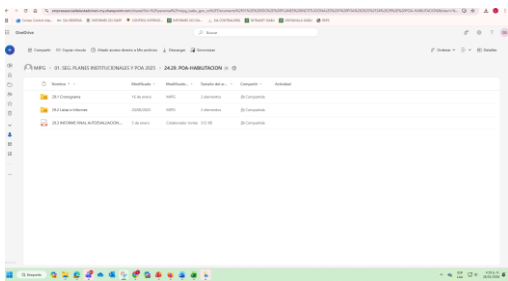
1. Documento PGIRASA versión 6 – Código GAM-PL-001 actualizado al 31 de marzo de 2025.
2. Radicados ante Secretaría de Salud Municipal (30/04/2025) y CDMB (03/06/2025).
3. Actas de Comité de Gestión Sanitaria y Ambiental del 26/02/2025, 28/05/2025, 27/08/2025 y 26/11/2025.
4. Cronograma del I y II semestre de lavados de tanques y fumigaciones vigencia 2025 y actas de ejecución.
5. Informe de ejecución de fumigaciones y lavados de tanques – I y II semestre 2025.
6. 24 reportes de cierre de generadores de residuos peligrosos – RESPEL remitidos al IDEAM.
7. Cronograma de auditorías internas PGIRASA vigencia 2025.
8. Treinta y seis (36) Informes de auditorías internas realizadas en sedes y servicios durante la vigencia 2025 y acta modificatoria del cronograma del 02 de julio de 2025.

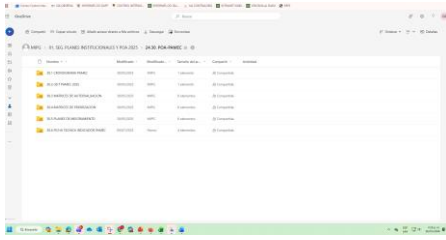
		9. Informe de Auditoría al Gestor Externo SANDESOL S.A. E.S.P – Vigencia 2025, de fecha 07 de noviembre de 2025- Formato Informe de Visita – Código CAL-F-095 y Lista de Chequeo Gestión de Residuos Peligrosos – Código GAM-F-074, versión 4.
<p>1.2.2 Elaborar e implementar un plan de trabajo de cumplimiento de requisitos como hospital verde y saludable en el hospital local del norte de la ESE ISABU</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Celebrar las fechas especiales del área ambiental (día de la Tierra, día del Agua, día del medio ambiente)</p> <p>2. Actualizar de la membresía como miembros activos de la red global de hospitales verdes y saludables</p> <p>3. Elaborar el cronograma de capacitaciones en correcto uso de los recursos y temas ambientales</p> <p>4. Ejecutar el cronograma de capacitaciones en correcto uso de los recursos y temas ambientales</p> <p>5. Revisar el Programa OCAMS con la CDMB - Fases a implementar</p>	100%	<p>1. Se elaboró el informe de conmemoración de fechas ambientales especiales durante la vigencia, aprovechando espacios estratégicos para la sensibilización, educación y movilización de usuarios y colaboradores frente al cuidado del medio ambiente. En este marco, se desarrollaron nueve (9) piezas publicitarias asociadas a fechas como el Día Nacional del Reciclador, Día Mundial del Agua, La Hora del Planeta, Día Mundial del Medio Ambiente, entre otras.</p> <p>2. Se realizó la actualización de la documentación requerida y se gestionó exitosamente la membresía a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, la cual fue otorgada al Hospital Local del Norte, fortaleciendo el compromiso institucional con la sostenibilidad ambiental.</p> <p>3. Se elaboró el cronograma de capacitaciones ambientales de la vigencia, el cual fue incorporado al Plan Institucional de Capacitación, priorizando cuatro temas estratégicos: socialización del PGIRASA, manejo del formato RH1, gestión de insumos y limpieza y desinfección de cuartos de residuos, así como campañas ambientales institucionales.</p> <p>4. Durante la vigencia 2025 se ejecutaron las capacitaciones ambientales programadas en el marco del Proyecto Hospital Verde, orientadas al fortalecimiento de prácticas institucionales para la gestión integral de residuos y la sostenibilidad ambiental. Se capacitaron 32 colaboradores de servicios generales en diligenciamiento del formato RH1, manejo de insumos y limpieza y desinfección de cuartos de residuos. Posteriormente, se desarrolló capacitación institucional en PGIRASA, clasificación de residuos, código de colores, Hospital Verde y estrategias ambientales, con participación de 65 colaboradores. Adicionalmente, se realizaron capacitaciones específicas dirigidas a 19 colaboradores de servicios generales y a 30 colaboradores del área administrativa, enfocadas en responsabilidad social empresarial, campañas y estrategias ambientales.</p> <p>5. Se realizó la entrega del acta de reunión con la CDMB el 4 de julio de 2025, en la cual se revisaron los formatos ambientales y se definieron las actividades a desarrollar en el marco del programa Hospital Verde.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 1.2.2 “Elaborar e implementar un plan de trabajo de cumplimiento de requisitos como Hospital Verde y Saludable en el Hospital Local del Norte de la E.S.E. ISABU”, alcanzando el 100% de las actividades programadas, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$). Las acciones ejecutadas evidencian la implementación efectiva de estrategias de gestión ambiental, capacitación institucional y articulación con actores externos, fortaleciendo el enfoque de sostenibilidad ambiental de la E.S.E. ISABU.</p> <p>Evidencias</p>  <p>1. Informe de conmemoración de fechas ambientales del área ambiental.</p> <p>2. Certificado de membresía en la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables – Hospital Local del Norte.</p>

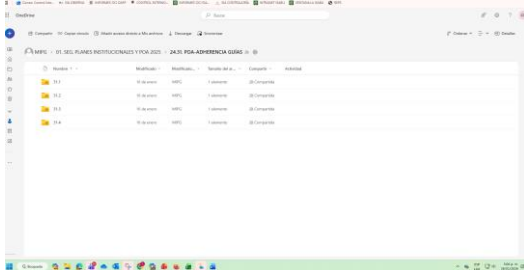
		<p>3. Cronograma de Capacitaciones Ambientales 2025.</p> <p>4. Actas de capacitación de fechas 7 de marzo, 15 de mayo, 15 de agosto y 30 de septiembre de 2025.</p> <p>5. Acta de reunión con la CDMB del 4 de julio de 2025.</p>
<p>2.2.1 Ejecutar el plan de acción anual del programa de seguridad del paciente</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Plan de acción del programa de seguridad del Paciente para la vigencia 2025 elaborado</p> <p>2. Definir cronograma de implementación del Plan de acción de seguridad del paciente 2025</p> <p>3. Presentar informes de avance de cumplimiento del plan de acción de seguridad del paciente 2025</p> <p>4. Presentar informe final de cumplimiento del Plan de acción de seguridad del paciente 2025</p>	100%	<p>1. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente, estructurado en ejes estratégicos, metas e indicadores institucionales de calidad, como instrumento orientador para la ejecución de las acciones del programa.</p> <p>2. Se definió el cronograma de implementación del plan, en el cual se programaron 37 actividades, equivalentes a 52 intervenciones para la vigencia 2025, orientadas a fortalecer la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos.</p> <p>3. Durante la vigencia se elaboraron los informes de avance del cumplimiento del Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente, evidenciando la ejecución total de las 52 actividades programadas, alcanzando un cumplimiento del 100% del Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS/PROA RAM). Las acciones desarrolladas incluyeron la socialización, evaluación y medición de adherencia a los protocolos institucionales de higiene de manos, aislamiento hospitalario, administración segura de medicamentos, prevención de caídas, manejo de catéteres y prevención de lesiones de piel; la ejecución de rondas de seguridad del paciente en los servicios asistenciales; la implementación de cursos virtuales y jornadas presenciales de capacitación; y la divulgación de material educativo dirigido al personal asistencial.</p> <p>Adicionalmente, se realizaron actividades de evaluación de conocimientos, seguimiento a la adherencia de los lineamientos institucionales y verificación de la aplicación de medidas preventivas en los servicios de hospitalización, urgencias y unidades especiales, garantizando la trazabilidad de las acciones y el cierre oportuno de los compromisos definidos en el plan.</p> <p>4. Se elaboró el Informe Final del Programa de Seguridad del Paciente 2025, en el cual se consolidaron los resultados del Plan de Acción Anual, evidenciando que las 37 actividades y 52 acciones de ejecución fueron desarrolladas en su totalidad, alcanzando un cumplimiento del 100% del Programa de Seguridad del Paciente y del componente de prevención, vigilancia y control de IAAS/PROA RAM de la ESE ISABU.</p> <p>Este resultado refleja la efectividad en la gestión del programa y el compromiso institucional con la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad, la prevención de eventos adversos y la mejora continua de la calidad en la atención en salud. Asimismo, garantiza la continuidad de los procesos de mejora y el cierre oportuno de los compromisos definidos en el plan de trabajo.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 2.2.1 “Ejecutar el plan de acción anual del Programa de Seguridad del Paciente”, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$), y evidenciando el fortalecimiento sostenido de la gestión de la seguridad del paciente en la ESE ISABU.</p>

	 <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente e infecciones 2025. 2. Cronograma de implementación del Plan de Acción 2025. 3. Informes de avance del Plan de Acción con soportes – II, III y IV trimestre de 2025. 4. Informe Final del Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente 2025.
<p>2.3.1 Ejecutar el plan de acción anual del programa de humanización</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Elaborar el plan de acción del programa de humanización vigencia 2025. 2.Definir cronograma de implementación del plan de acción programa de humanización vigencia 2025. 3.Presentar informes de avances de cumplimiento del plan de acción del Programa de Humanización. 4.Definir cronograma de Ronda de Humanización. 5.Aplicar lista de chequeo de ronda de Humanización según cronograma establecido. 6.Presentar informe de seguimiento de rondas de humanización. 7.Generar informe final del cumplimiento de la ejecución del plan de acción de Humanización y 	<p>100%</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el Plan de Acción del Programa de Humanización, Código CAL-PL-001, estructurado en ejes estratégicos, metas, actividades y mecanismos de seguimiento, alineado con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Se definió y aprobó el cronograma de implementación del plan de acción, el cual contempló las actividades institucionales de humanización a desarrollar durante la vigencia 2025, asegurando su articulación con los objetivos del programa y los lineamientos normativos vigentes. 3. Durante la vigencia 2025 se ejecutó de manera integral el Plan de Acción, alcanzando el 100% de las acciones programadas (23 actividades). Se fortalecieron las estrategias priorizadas del programa de humanización tales como “ISABU con derechos y deberes”, “ISABU en la atención en salud” e “ISABU te acompaña”, mediante capacitaciones, jornadas de sensibilización y talleres teórico-prácticos con enfoque diferencial, con la participación de 107 profesionales. <p>Como resultado, se evidenció un incremento en la adherencia al conocimiento en colaboradores del 98% y en usuarios del 96%, así como una disminución de quejas asociadas al enfoque diferencial y un indicador de satisfacción superior al 90%, reflejando un trato digno, una experiencia satisfactoria del usuario y el fortalecimiento de una cultura institucional orientada a la atención humanizada, el enfoque diferencial y la mejora continua.</p> <p>Adicionalmente, se desarrollaron ocho (8) talleres de capacitación dirigidos a 404 colaboradores, así como jornadas de sensibilización, actividades de escucha activa, visitas a pacientes hospitalizados, entrega de material audiovisual y acompañamiento psicosocial, evidenciando el cumplimiento total de las metas programadas para la vigencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Se elaboró y aprobó el Cronograma de Rondas de Humanización para la vigencia 2025, con programación mensual en sedes y servicios de la E.S.E. ISABU. Dicho cronograma fue ajustado mediante actas de la Oficina de Calidad de fechas 26 de marzo, 2 de julio y 1 de octubre de 2025, en las cuales se eliminaron rondas programadas en los servicios de internación, imagenología y partos de la sede UIMIST, debido al cierre temporal de estos servicios. Los ajustes permitieron recalibrar la programación para efectos de la medición del cumplimiento del indicador. 5-6. Durante la vigencia se dio cumplimiento al 100% del cronograma ajustado de Rondas de Humanización, realizando un total de 98 rondas, mediante la aplicación de listas de chequeo en los diferentes servicios de las sedes programadas. Estas rondas permitieron evaluar el trato humanizado, la accesibilidad y la percepción de los usuarios. <p>En las intervenciones participaron 517 usuarios y 397 colaboradores, alcanzando una adherencia del 95%. Los resultados evidenciaron el cumplimiento de las prácticas de humanización y la implementación de acciones de mejora en comunicación y acompañamiento, orientadas a fortalecer la satisfacción de los usuarios frente al trato humanizado y la calidad de la atención brindada.</p>

<p>rondas de humanización vigencia 2025.</p>		<p>7. La ejecución del Plan Anual del Programa de Humanización durante la vigencia 2025 evidenció un resultado satisfactorio en el cumplimiento del plan de acción, logrando el desarrollo efectivo de las estrategias priorizadas y el cumplimiento del 100% del cronograma establecido. Los resultados obtenidos reflejan una mejora sostenida en la adherencia al conocimiento tanto en colaboradores como en usuarios, con incrementos significativos frente a la vigencia 2024, demostrando la efectividad de las acciones de capacitación, sensibilización y acompañamiento implementadas.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 2.3.1 “Ejecutar el plan de acción anual del programa de humanización”, alcanzando el 100% de las actividades programadas, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$). Lo anterior evidencia la efectividad de las acciones de capacitación, sensibilización, acompañamiento y seguimiento, así como el fortalecimiento de la satisfacción de los usuarios frente al trato humanizado y la calidad de la atención brindada por los colaboradores de la E.S.E. ISABU.</p>  <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CAL-PL-001 Plan de Acción Programa de Humanización 2025. 2. Cronograma anual del Programa de Humanización vigencia 2025. 3. Informes de avance del Programa de Humanización correspondientes a los trimestres II, III y IV de 2025. 4. Cronograma de Rondas de Humanización 2025 y tres (3) actas de ajuste por cierre temporal de servicios. 5. 98 listas de chequeo aplicadas en los servicios de la E.S.E. ISABU durante la vigencia 2025. 6. Cuatro (4) informes de seguimiento de rondas de humanización ejecutadas (trimestres II, III y IV). 7. Informe final de cumplimiento del Plan de Acción del Programa de Humanización y Rondas de Humanización vigencia 2025.
<p>3.2.1 Elaborar y ejecutar el cronograma anual de autoevaluación de habilitación, según normatividad vigente Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar cronograma de auditoria interna. 2. Realizar autoevaluaciones y aplicación de lista de chequeo de acuerdo a la Resolución 3100 del 2019 y cronograma establecido para la vigencia 2025. 3. Realizar informe de resultados de autoevaluación del 	<p>100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025, la Oficina de Calidad elaboró el Cronograma del Plan de Auditorías Internas de Habilidadación, programando un total de 38 auditorías internas dirigidas a los centros de salud y a los servicios de las dos unidades hospitalarias (Hospital Local del Norte – HLN y UIMIST). Este cronograma permitió definir tiempos y responsables para garantizar la cobertura de todos los estándares establecidos en la Resolución 3100 de 2019. <p>Durante el tercer trimestre se realizaron ajustes al cronograma, eliminando dos (2) visitas de autoevaluación correspondientes a los servicios de imagenología y sala de partos de la sede UIMIST, debido al cierre temporal de estos servicios. En consecuencia, se ajustó la programación de las autoevaluaciones para efectos de la medición del cumplimiento del indicador.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Durante la vigencia se ejecutaron 36 visitas de autoevaluación, mediante la aplicación de listas de chequeo, dando cumplimiento al 100% de las auditorías internas programadas conforme al cronograma ajustado. En cada visita se verificaron los estándares de habilitación definidos en la Resolución 3100 de 2019, generando informes detallados por sede y servicio, en los cuales se consignaron los hallazgos identificados y las oportunidades de mejora. 3. Se elaboró el Informe Final de Resultados de la Autoevaluación de los Estándares de Habilidadación, evidenciando un cumplimiento del 100% del cronograma establecido y ajustado. El resultado institucional global de las autoevaluaciones fue del 91%, considerado favorable, dado que 5.613 ítems cumplieron frente a 6.138 estándares de habilitación evaluados. Los mayores hallazgos se concentraron en los

<p>sistema único de habilitación de la ESE ISABU</p>		<p>componentes de infraestructura y dotación, por lo cual se identificó la necesidad de definir e implementar planes de mejoramiento orientados al cierre de dichas brechas.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 3.2.1 “Elaborar y ejecutar el cronograma anual de autoevaluación de habilitación, según normatividad vigente”. El indicador definido para la vigencia, correspondiente a la elaboración de informes consolidados de las condiciones del Sistema Único de Habilitación en la ESE ISABU, alcanzó un cumplimiento del 100%, evidenciado en la realización de la autoevaluación de habilitación en todas las sedes y servicios habilitados y en la generación del informe consolidado de resultados para la vigencia evaluada.</p> <div data-bbox="548 667 1052 945">  </div> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cronograma del Plan de Auditorías Internas de Habilitación 2025 y acta de ajuste del cronograma (02 de julio de 2025). 2. 36 Listas de chequeo e informes de autoevaluación aplicados en las sedes y servicios habilitados. 3. Informe final de resultados de la autoevaluación del Sistema Único de Habilitación de la E.S.E. ISABU.
<p>3.2.2 Medir la efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar cronograma de implementación de la ruta crítica del PAMEC-2025. 2. Elaborar el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC-2025 3. Realizar autoevaluación de estándares de acreditación 4. Realizar priorización de de la autoevaluación de estándares oportunidades de mejora derivadas de acreditación 	<p>100%</p>	<p>Durante la vigencia 2025, la ESE ISABU implementó el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, desarrollando de manera integral las etapas definidas en la ruta crítica del programa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se elaboró el cronograma de implementación de la ruta crítica del PAMEC, estableciendo las actividades, responsables y tiempos para su ejecución durante la vigencia. 2. Se actualizó el documento institucional del PAMEC para la vigencia 2025, soportado en el procedimiento CAL-PG-001 PAMEC 2025, versión 9, el cual define los lineamientos, etapas y responsabilidades del programa, garantizando su correcta aplicación institucional. 3. Durante los meses de enero y febrero de 2025 se realizó la autoevaluación de los ocho (8) grupos de estándares de acreditación, correspondientes a: direccionamiento, gerencia, talento humano, gerencia de la información, mejoramiento continuo, ambiente físico, gestión de la tecnología y cliente asistencial. 4. Con base en los resultados de las autoevaluaciones, se llevó a cabo la priorización de las oportunidades de mejoramiento, ejercicio realizado por los líderes de servicio y proceso, permitiendo focalizar las acciones de mejora según el nivel de impacto y criticidad. 5. A partir de la priorización realizada, se elaboraron los ocho (8) planes de mejoramiento por grupo de estándar, estructurados bajo el ciclo PHVA, consolidando un total de 269 acciones de mejora, las cuales fueron incorporadas en el Plan PAMEC 2025, asegurando su trazabilidad y seguimiento. 6. Se efectuó la medición y análisis trimestral del indicador de efectividad del mejoramiento continuo de la calidad, obteniendo los siguientes resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ I Trimestre: 65 acciones ejecutadas / 65 programadas (100%) ○ II Trimestre: 46 acciones ejecutadas / 46 programadas (100%) ○ III Trimestre: 88 acciones ejecutadas / 88 programadas (100%) ○ IV Trimestre: 70 acciones ejecutadas / 70 programadas (100%)

<p>5. Realizar planes de mejoramiento de acuerdo a los estándares de acreditación priorizados</p> <p>6. Realizar medición y análisis trimestral del indicador de Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.</p> <p>7. Elaborar informe final de la ejecución del PAMEC para la vigencia 2025</p>		<p>Para un total de 269 acciones de mejora ejecutadas, alcanzando un cumplimiento del 100% del PAMEC durante la vigencia 2025.</p> <p>7. Se elaboró el informe final del PAMEC de la vigencia 2025, consolidando los resultados, análisis y conclusiones del programa.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 3.2.2 “Medir la efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud”, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$), y evidenciando el fortalecimiento del mejoramiento continuo y la calidad en la prestación de los servicios de salud de la ESE ISABU.</p> <div data-bbox="548 703 990 940">  </div> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cronograma PAMEC 2025. 2. Documento PAMEC vigencia 2025, Código CAL-PG-001 PAMEC 2025 V9. 3. Ocho (8) autoevaluaciones de estándares de acreditación. 4. Ocho (8) matrices de priorización de estándares. 5. Ocho (8) planes de mejoramiento por estándar. 6. Ficha técnica del indicador de efectividad de la auditoría con medición del I, II, III y IV trimestre de 2025.
<p>3.2.3 Medir la adherencia a las guías de práctica clínica en el personal médico</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar cronograma de medición de adherencia a guías de práctica clínica para la vigencia 2025. 2. Realizar medición de adherencia a las guías de práctica clínica de acuerdo con cronograma 3. Presentar informe de resultados de la medición de adherencia a las guías de práctica clínica 4. Retroalimentar a los médicos el resultado de la medición de adherencia a las guías de práctica clínica 	<p>82,3%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el cronograma de actividades para la adopción, socialización y medición de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC), priorizando las siguientes guías: <ol style="list-style-type: none"> a) Hemorragias del tercer trimestre del embarazo, b) Trastornos hipertensivos en el embarazo, c) Dolor abdominal, y d) Cólico renal. <p>De manera complementaria, se realizó la socialización de la metodología de medición de adherencia con el personal médico asistencial involucrado en la atención de estas patologías.</p> 2. Se efectuó la medición de adherencia mediante instrumentos específicos ajustados a cada guía priorizada, aplicando la ficha técnica institucional para la evaluación de la adherencia a las GPC. Como resultado, se realizó la medición y análisis individual de las guías de hemorragias del tercer trimestre, trastornos hipertensivos del embarazo, dolor abdominal y cólico renal. 3. Se elaboraron informes individuales por cada GPC evaluada y un informe consolidado institucional, en el cual se integraron los principales hallazgos, análisis y recomendaciones. Los resultados evidenciaron que las guías de dolor abdominal, trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias del tercer trimestre alcanzaron porcentajes de adherencia superiores a la meta institucional del 75%, mientras que la guía de cólico renal presentó un porcentaje inferior, identificándose oportunidades de mejora en criterios específicos. <p>El análisis global del indicador de adherencia arrojó un resultado institucional del 82,3%, evidenciando un desempeño favorable y el cumplimiento del 100% de la medición de las guías priorizadas, conforme al cronograma establecido.</p>

		<p>4. Se desarrolló un proceso de retroalimentación y socialización de resultados dirigido al personal médico asistencial, en el cual se expusieron los hallazgos de la medición, las brechas identificadas y las recomendaciones de mejora. En las guías obstétricas se evidenciaron altos niveles de cumplimiento, con oportunidades puntuales de estandarización de conductas clínicas; en la guía de cólico renal se identificó mayor variabilidad en la adherencia, lo que orienta acciones de fortalecimiento en la aplicación homogénea de las recomendaciones clínicas. Este ejercicio promovió la participación del talento humano en salud y fortaleció la cultura de mejora continua en el uso de las Guías de Práctica Clínica institucionales.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.2.3 Medir la adherencia a las guías de práctica clínica en el personal médico, alcanzando el 100% de las guías priorizadas evaluadas y un resultado global de adherencia del 82,3%, superando la meta mínima institucional del 75%. Estos resultados evidencian una adecuada apropiación de los lineamientos clínicos y orientan acciones de mejora continua para el fortalecimiento de la calidad y seguridad en la atención en salud de la ESE ISABU.</p>  <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cronograma de medición de adherencia a Guías de Práctica Clínica – vigencia 2025. 2. Fichas técnicas de medición de adherencia a las GPC de hemorragias del tercer trimestre, trastornos hipertensivos del embarazo, dolor abdominal, cólico renal y medición global institucional. 3. Informe consolidado de medición de adherencia a Guías de Práctica Clínica – vigencia 2025. 4. Acta de socialización de los resultados de la medición de adherencia a GPC – vigencia 2025.
RIESGOS		Revisar análisis

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada al Proceso Gestión Calidad y sus Subproceso Seguridad del Paciente y Gestión Ambiental-Auditoria de calidad, a cargo de la oficina asesora de calidad, la Oficina de Control Interno evaluó siete proyectos, incorporados en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias
Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.
2. Cumplimiento total según meta establecida
Los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento equivalente al 100%, de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.

De acuerdo con lo anterior, se logra evidenciar que, el proceso de Proceso Gestión Calidad E.S.E ISABU, logra una calificación general del 100% en el cumplimiento de los proyectos del POA y se insta continuar con el cumplimiento y refuerzo de las actividades establecidas en cada uno de los planes.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Si bien los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento del 100%, la Oficina de Control Interno recomienda que, los documentos soporte sean cargados con su respectiva fecha de elaboración, con los logos institucionales establecidos y, en el caso de los informes, cuenten con la revisión y validación formal del responsable de la dependencia, dado que estos elementos son indispensables para garantizar la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información que soporta la toma de decisiones institucionales.

Asimismo, se recomienda estandarizar un formato institucional de cronograma, adoptado a través del Sistema de Gestión de la Calidad, que garantice la trazabilidad de cada actualización. Contar con un formato único y estandarizado fortalece la organización del proceso y facilita su revisión y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno y los entes de control.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN


Evaluación de la dependencia, vigencia 2025

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 14 de enero de 2026		2. Dependencia a evaluar: Oficina asesora de Planeación Proceso estratégico: Gestión de Planeación Institucional	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:			
Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo 2024 – 2027			
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.			
3. 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.			
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Proyecto: 1.1.1 Realizar la formulación de proyectos para el mejoramiento de los servicios del ESE ISABU.	100%	1. Durante la vigencia 2025, la ESE ISABU formuló y estructuró proyectos de inversión orientados al mejoramiento y adecuaciones locativas de la infraestructura de la red de centros de salud y unidades hospitalarias. Dentro de esta gestión se formuló el proyecto de elaboración de estudios y diseños por un valor total de \$1.056.000.000, con meta de \$600.000.000 para la vigencia, se estructuraron nueve (9) proyectos de adecuación menor financiados con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social – Gestión General, por un valor total de \$3.109.652.439, distribuidos así: CS Gaitán (\$276.263.326), CS Mutis (\$608.805.929), CS Villa Rosa (\$581.607.193), CS San Rafael (\$147.015.657), CS Bucaramanga (\$253.709.587), CS Girardot (\$358.659.299), CS Kennedy (\$152.478.728), CS Libertad (\$456.490.587) y CS Campo Hermoso (\$274.622.133), y el proyecto denominado Adecuación de la infraestructura física de la unidad hospitalaria UIMIST de ESE Instituto de Salud de Bucaramanga del Municipio de Bucaramanga, el cual tiene un valor total de (\$515,820,106), fortaleciendo de manera integral la infraestructura de prestación de servicios de salud.	
Actividades:		2. Durante la vigencia 2025, se elaboró Estudio Médico Técnico para: el Análisis de estudio de oferta y demanda para el proyecto Reposición de la infraestructura del centro de salud el Rosario. Documento que fue viabilizado mediante radicado No. 2025231002275971 del 21 de agosto de 2025 y para el proyecto Adecuación de la infraestructura física de la unidad hospitalaria UIMIST de ESE Instituto de Salud de Bucaramanga del Municipio de Bucaramanga se entregó viabilidad, los demás proyectos no son requerida la elaboración de Estudio Médico Técnico, dado que la naturaleza de los proyectos formulados no exigía este requisito previo para su presentación, viabilización y financiación ante las instancias correspondientes.	
1. Elaborar de la necesidad del proyecto de inversión		3. Como resultado de la gestión institucional, se obtuvo la certificación BPIN No. 2024680010238 por valor de \$500.000.000 para el proyecto de estudios y diseños. Adicionalmente, se logró la asignación y viabilización de recursos para proyectos de	
2. Estructurar y presentar el estudio médico - técnico con sus anexos para viabilidad por ente de control.			
3. Realizar radicación en la Secretaría de Planeación Municipal los documentos de formulación del proyecto para su respectiva certificación y generación del código BPIN.			
4. Celebrar de convenio interadministrativo para la transferencia de los recursos requeridos por el proyecto.			

		<p>adecuación menor mediante las Resoluciones No. 0474 del 25 de marzo de 2025, No. 0616 del 7 de abril de 2025 y No. 0941 del 20 de mayo de 2025, consolidando la financiación y viabilidad técnica de los proyectos formulados durante la vigencia.</p> <p>4. Durante la vigencia 2025, la ESE ISABU gestionó y suscribió convenios interadministrativos orientados al fortalecimiento de la infraestructura en salud. En este marco, se suscribió el Convenio Interadministrativo No. 115 de 2025, por valor de \$500.000.000, para la elaboración de estudios y diseños de reposición del Centro de Salud El Rosario, así como el Convenio Interadministrativo No. 239 de 2025, fortaleciendo la articulación interinstitucional y la capacidad de gestión de proyectos de inversión.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron cumplir la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto de 1.1.1 Realizar la formulación de proyectos para el mejoramiento de los servicios del ESE ISABU, evidenciado en el indicador definido para la vigencia era un proyecto formulados para el mejoramiento de los servicios de la ESE ISABU, donde se gestionó 11 proyectos el cual refleja el fortalecimiento de la capacidad institucional para estructurar, viabilizar y gestionar proyectos de inversión y convenios interadministrativos.</p> <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Documentos de necesidad y MGA de los proyectos de estudios y diseños y de adecuaciones menores en los centros de salud Gaitán, Mutis, Villa Rosa, San Rafael, Bucaramanga, Girardot, Kennedy, Libertad y Campo Hermoso. 2. Estudio Médico Técnico Análisis de estudio de oferta y demanda para el proyecto REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD EL ROSARIO y la Capacidad Instalada aprobada y Viabilidad del proyecto Adecuación de la infraestructura física de la unidad hospitalaria UIMIST de ESE Instituto de Salud de Bucaramanga del Municipio de Bucaramanga. 3. Certificado BPIN No. 2024680010238 del 03 de marzo de 2025. Resoluciones No. 0474 del 25 de marzo de 2025, No. 0616 del 07 de abril de 2025 y No. 0941 del 20 de mayo de 2025. 4. Convenio Interadministrativo No. 115 de 2025 y Convenio Interadministrativo No. 239 de 2025.
<p>Proyecto: 3.1.1 Elaborar e implementar una herramienta de seguimiento y control de los planes estratégicos institucionales para la Planeación y Direccionamiento Estratégico.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar la herramienta "Cronograma institucional" con la información de planes, comités, riesgos 2025. 	100%	<p>Se realizó la unificación de la matriz para el seguimiento de los Planes Estratégicos Institucionales y el Plan Operativo Anual (POA) de la vigencia 2025, consolidando una herramienta que permite el seguimiento y control permanente por parte de los líderes de proceso y la Alta Dirección.</p> <p>Así mismo, la Oficina Asesora de Planeación elaboró en el mes de enero de 2025 el cronograma de comités institucionales, articulando en un único instrumento todos los comités normativos de la entidad. Durante el segundo semestre de la vigencia se inició el seguimiento sistemático a la realización de los comités y a la gestión de los compromisos adquiridos, mediante la implementación de la matriz de seguimiento, proceso liderado por la Oficina Asesora de Planeación.</p>

		<p>Adicionalmente, se actualizaron, consolidaron y publicaron los riesgos por procesos, implementando los subsistemas de gestión del riesgo definidos en la Política de Administración del Riesgo institucional, correspondientes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsistema de Riesgos SICOF 2025 • Subsistema de Riesgos SARLAFT 2025 • Subsistema de Riesgos Reputacionales 2025 • Subsistema de Riesgos Operacionales 2025 • Subsistema de Riesgos Actuariales 2025 • Subsistema de Riesgos de Liquidez 2025 <p>Los riesgos fueron publicados en la página web institucional, garantizando la transparencia y el acceso a la información por parte de la ciudadanía, en el enlace: https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta definida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.1.1 Elaborar e implementar una herramienta de seguimiento y control de los planes estratégicos institucionales para la Planeación y el Direccionamiento Estratégico, alcanzando un cumplimiento del 100% de la meta programada, lo cual refleja el fortalecimiento de la gestión institucional orientada al mejoramiento continuo de los servicios de la ESE ISABU.</p> <p>Evidencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta en Excel articulada con los Planes Estratégicos Institucionales y el POA 2025. • Cronograma de comités normativos institucionales vigencia 2025. • Matriz de riesgos por cada subsistema y enlace de publicación en la página web institucional: https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/
<p>Proyecto: 3.1.6 Elaborar un manual de la estrategia de rendición de cuentas para la ESE ISABU.</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Elaborar el manual de rendición de cuentas de la institución.</p>	100%	<p>Durante la vigencia 2025, se elaboró y aprobó el Manual Único para la Rendición de Cuentas de la E.S.E. ISABU, con código PLA-M-004, versión 1, del 10 de septiembre de 2025, por la Oficina de Planeación.</p> <p>El manual constituye un instrumento normativo y operativo que orienta la gestión institucional hacia la transparencia, participación ciudadana y control social, en cumplimiento de la Ley 1757 de 2015, la Ley 1712 de 2014, la Ley 489 de 1998 y las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública.</p> <p>El documento detalla de manera estructurada las cinco etapas del proceso de rendición de cuentas – aprestamiento, diseño, preparación, ejecución y seguimiento y evaluación e incorpora las actividades, responsables y formatos institucionales (CAL-F-027, CAL-F-095, PLA-F-034, PLA-F-035, entre otros) necesarios para su aplicación. Además, incluye la identificación de grupos de valor e interés, la planificación de audiencias públicas, el plan de medios y comunicaciones, la publicación en la página web institucional, y los mecanismos de seguimiento a compromisos posteriores al ejercicio de rendición.</p> <p>La aprobación del manual permite estandarizar los procedimientos internos, asegurar el cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa y fortalecer la relación de la</p>

	<p>E.S.E. ISABU con la ciudadanía, consolidando un modelo de gobierno abierto y gestión transparente.</p> <p>La actividad ejecutada durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta definida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.1.1 Elaborar e implementar una herramienta de seguimiento y control de los planes estratégicos institucionales para la Planeación y el Direccionamiento Estratégico, alcanzando un cumplimiento del 100% de la meta programada, lo cual refleja el fortalecimiento de la gestión institucional orientada al mejoramiento continuo de los servicios de la ESE ISABU.</p> <p>Evidencia: Manual Único para la Rendición de Cuentas – Código PLA-M-004, Versión 1, aprobado el 10/09/2025 y publicado en la página web institucional de la E.S.E. ISABU.</p>
<p>6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:</p> <p>Dentro del proceso estratégico Gestión de Planeación Institucional a cargo de la Oficina asesora de Planeación, se efectuó la revisión de tres proyectos contemplados en el Plan Operativo Anual adoptado por la entidad, donde se evidencia especialmente en el proyecto “1.1.1 Realizar la formulación de proyectos para el mejoramiento de los servicios del ESE ISABU”, la gran gestión para la gestión de proyectos en la vigencia 2025, lo que permitió fortalecer la institución mediante la consecución de recursos para invertir en los diferentes centros de salud, fortaleciendo de manera integral la infraestructura de prestación de servicios de salud.</p> <p>Asimismo, con el fortalecimiento de las herramientas de seguimiento de los planes, mapas, cronogramas y la estandarización y adopción de documentos ha contribuido a fortalecer la gestión administrativa y de planeación en la entidad.</p> <p>La calificación de la evaluación de acuerdo con la ejecución de los proyectos es del 100%</p>	
<p>7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:</p> <p>Se recomienda continuar con la gestión de proyectos ante las diferentes entidades públicas para fortalecer el Instituto, asimismo, que se le de continuidad a la implementación de las herramientas transversales de planeación y la creación de más herramientas de acuerdo con lo requerido en la Entidad.</p>	
<p>8. Firmas:</p>  <p>Auditor (es)</p>	<p>LEIDY LORENA MORA NIÑO Jefe Oficina de Control Interno ESE ISABU</p>

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 30 de enero de 2026

2. Dependencia a evaluar: Oficina asesora de Planeación
Proceso estratégico: Gestión de Planeación Institucional – Subproceso Comunicaciones

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo 2024 – 2027

3. 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.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
<p>Proyecto: 3.5.1 Elaborar y ejecutar el plan anual de comunicaciones</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructurar el plan de comunicaciones Institucional 2025. 2. Divulgar el Plan de Comunicaciones Institucional en página web. 3. Fortalecer los canales de difusión institucionales como son Newsletter y WhatsApp para que sean eficientes a la hora de informar y replicar contenido publicado en las redes sociales de la E.S.E ISABU. 4. Capacitar en vocería institucional a los líderes de proceso en el manual de identidad visual. 5. Diseñar contenidos gráficos para las fechas conmemorativas institucionales. 6. Diseñar contenidos de alto valor e impacto de los procesos institucionales dirigidos a los grupos de valor e interés. 7. Actualizar la política de comunicaciones. 8. Crear contenidos de valor y alto impacto para posicionar a la institución con los grupos de interés 	<p align="center">96,1%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró el Plan de Comunicaciones 2025, Código COM-PL-001, versión 5, aprobado en el Comité CIGD según Acta No. 2 de febrero de 2025 y publicado en la página web institucional. 2. Se divulgó el Plan de Comunicaciones 2025 en la página web institucional el 31 de marzo de 2025, garantizando su acceso a los grupos de valor e interés. 3. En la vigencia 2025, el área de comunicaciones realizó la difusión de 134 publicaciones a través de los chats institucionales de WhatsApp (Directivo ISABU y Sede Administrativa), correspondientes a contenidos previamente publicados en las cuentas oficiales de Facebook e Instagram. 4. Durante la vigencia se realizaron dos (2) capacitaciones sobre el Manual de Identidad Corporativa, una dirigida al equipo de comunicaciones y otra a los líderes de cada dependencia. 5. Se produjeron y publicaron 49 piezas gráficas y comunicativas alusivas a fechas conmemorativas de interés institucional, social y en salud, difundidas en las redes sociales oficiales de la ESE ISABU, con cumplimiento del 100% de lo programado. 6. Se diseñaron durante la vigencia 75 piezas gráficas de alto valor institucional solicitadas por los diferentes procesos, relacionadas con fechas conmemorativas, gestión ambiental, talento humano, calidad, planeación, seguridad del paciente, SST, programas de salud, gerencia y diseño de presentaciones institucionales. 7. Se actualizó la Política de Comunicaciones, Código COM-PO-01, versión 1, la cual fue publicada en la página web institucional. 8. Durante la vigencia 2025 se elaboraron y publicaron 12 boletines informativos dirigidos a la ciudadanía. 9. En la vigencia se elaboraron, aprobaron y ejecutaron 39 parrillas programáticas, las cuales permitieron la planeación semanal de contenidos y su articulación con el área de comunicaciones de la Alcaldía de Bucaramanga. 10. En el mes de diciembre de 2025 se realizó la inscripción del registro legal de la marca ISABU ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

9. Articular con Alcaldía de Bucaramanga y entes descentralizados los contenidos de impacto municipal.
10. Gestionar registro legal ante la Superintendencia de Industria y Comercio la marca ISABU
11. Elaborar plan de medios para la rendición de cuentas anual para fortalecer la divulgación de la oferta institucional a la ciudadanía.
12. Ejecutar el plan de medios.
13. Divulgar contenido de Información específica para Grupos de Interés en el banner de la página web institucional.
14. Divulgar cronograma de actividades y eventos a través del calendario de página web institucional
15. Actualizar la imagen gráfica en página web de acuerdo con el Manual de Identidad Visual en la sección Información específica para Grupos de Interés.
16. Medir de forma trimestral la adherencia de la página web institucional frente a los grupos de valor e interés.
17. Realizar seguimiento al cumplimiento y desarrollo de las estrategias comunicativas de la ESE ISABU
18. Actuar frente a las devianaciones encontradas en el Plan de Comunicaciones Institucional 2025

11. En el mes de abril de 2025 se elaboró el Plan de Medios para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2024, en el cual se programaron 10 actividades orientadas a fortalecer el ejercicio de rendición.
12. Del Plan de Medios de Rendición de Cuentas se ejecutaron las 10 actividades programadas, alcanzando un cumplimiento del 100%, incluyendo diseño de piezas gráficas, socialización, reglamento de la audiencia y difusión institucional.
13. Durante la vigencia 2025 se diseñaron y publicaron 15 piezas gráficas en el banner de la página web institucional.
14. El área de comunicaciones, en articulación con Gestión TIC, realizó la actualización permanente del calendario de eventos de la página web institucional desde marzo hasta diciembre de 2025.
15. Se realizó la actualización de la imagen gráfica y contenidos de la sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública – enlace 8 (Información específica para grupos de interés), conforme al Manual de Marca.
16. Se efectuó la medición cuatrimestral de la percepción de calidad de la información publicada en la página web, con la participación de 41 personas, de las cuales 40 manifestaron satisfacción, alcanzando un 97,5%, superior a la meta establecida del 90%.
17. Durante la vigencia 2025 se dio cumplimiento a 18 acciones programadas, alcanzando un 96,1% de ejecución, fortaleciendo:
 - La comunicación interna mediante canales institucionales y difusión de piezas conmemorativas.
 - La comunicación externa mediante contenidos alineados al manual de imagen institucional y seguimiento a métricas en redes sociales.
 - La página web institucional mediante boletines, actualización del calendario de eventos y fortalecimiento de la sección de transparencia.
18. Se elaboró el Informe Final del Plan de Comunicaciones 2025, evidenciando que la estrategia institucional se desarrolló en tres componentes: comunicación interna, comunicación externa y comunicación digital (página web), fortaleciendo la imagen institucional y el posicionamiento de la marca ISABU en el municipio de Bucaramanga.

Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto “3.5.1 Elaborar y ejecutar el plan anual de comunicaciones de fortalecimiento de la comunicación institucional”, logrando una ejecución del 96,1% del Plan de Comunicaciones, estando por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$) generando fortalecimiento del posicionamiento, la transparencia y el relacionamiento con los grupos de valor e interés de la ESE ISABU.

Evidencia:

- 1-2. Link de publicación: <https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/05/PLAN-DE-COMUNICACIONES-2025.pdf>
3. Matriz en excel con la ejecución de la difusión institucional de Newsletter y WhatsApp con información para replicar el contenido en redes sociales de la ESE ISABU correspondiente al mes de marzo y II, III y IV trimestre de 2025.
4. Acta de reunión 2 mayo de 2025 y Acta de reunión el 11 de noviembre de 2025

		<p>5. Piezas gráficas elaboradas, Excel con medición y la relación de cada pie gráfica de la vigencia 2025.</p> <p>6. Excel con medición y piezas de diseño de la vigencia 2025.</p> <p>7. Política de comunicaciones actualizada Código: COM-PO-01, versión 1, Link de publicación: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2026/01/1.-POLITICA-COMUNICACIONES.pdf</p> <p>8. 12 boletines: link de publicación: https://isabu.gov.co/transparencia/boletines-informativos/</p> <p>9. 39 Parrillas programática de los meses de febrero a diciembre de 2025.</p> <p>10. Correo de solicitud, Solicitud, Radicación, Constancia de superintendencia, Informe e avanza, Comprobante de pago.</p> <p>11. Plan de Medios Estrategia Rendición de Cuentas.</p> <p>12. Informe de ejecución plan de medios audiencia pública de rendición de cuentas.</p> <p>13. Matriz seguimiento solicitudes llegadas y ejecutadas con la relación de piezas diseñadas y publicada en el banner del I, II, III y IV trimestre de 2025.</p> <p>14. Link del calendario de eventos: https://isabu.gov.co/eventos/mes/2025-03/</p> <p>15. Informe de actualización de la Sección 8 de página web institucional y enlace: https://isabu.gov.co/transparencia/</p> <p>16. Ficha técnica del indicador de Índice transparencia información página web correspondiente al primer cuatrimestre de 2025.</p> <p>17. Informe de seguimiento del I y II semestre del Plan de Comunicaciones 2025.</p> <p>18. Informe final del Plan de Comunicaciones 2025.</p>
--	--	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada al proceso estratégico Gestión de Planeación Institucional – Subproceso Comunicaciones, a cargo de la Oficina asesora de Planeación, donde se evaluaron dos proyectos incorporados en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias
Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.
2. Cumplimiento total según meta establecida
Los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento equivalente al 96,1%, sin embargo, alcanzó el 100% de la meta que era lograr un cumplimiento ($\geq 90\%$) de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.


Se evidenció una estrategia de comunicaciones fundamentada en dos ejes principales la comunicación interna la cual se fortaleció mediante la habilitación de dos canales de mensajería interna: uno dirigido a la alta dirección y otro orientado a los colaboradores de los procesos administrativos y misionales y la comunicación externa mediante la página web, el cual centró el objetivo en posicionar positivamente la imagen institucional del ISABU, con el fin de fortalecer los servicios ofrecidos, así como de los planes, programas y proyectos, entre los grupos de valor e interés.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Se recomienda continuar con la implementación de estrategias de comunicación activa, siempre guiada a fortalecer la confianza ciudadana y garantizar la transparencia, visibilizando la gestión institucional facilitando el diálogo bidireccional entre el Estado y los ciudadanos.

Por otra parte, se recomienda firmar o garantizar que los informes sean puestos en conocimiento del jefe de la de la dependencia, asimismo, se recomienda establecer la fecha de la elaboración del informe que es diferente al periodo evaluado.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

Evaluación de la dependencia, vigencia 2025

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 30 de enero de 2026

2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Administrativa y Financiera - CARTERA

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo 2024-2027

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.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
<p>Proyecto: 4.2.2 Mantener el porcentaje de glosa aceptada de la vigencia menor al 5%.</p> <p>Actividad: Realizar la medición y análisis del indicador de glosas de manera trimestral para establecer el cumplimiento planteado.</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Durante la vigencia 2025, la ESE ISABU registró un valor de glosa aceptada por \$606.775.376, frente a un valor total de facturación radicada de \$83.875.274.394, lo que representa un porcentaje de glosa aceptada del 0,7%, ubicándose significativamente por debajo de la meta establecida para la vigencia, definida como menor al 5%.</p> <p>El resultado obtenido evidencia que el valor de glosa aceptada es mínimo en relación con la facturación radicada, reflejando una adecuada gestión de los procesos de facturación, auditoría y soporte de cuentas médicas. De manera permanente, se realizó retroalimentación mensual a las áreas de facturación y asistenciales, orientada a la mejora continua y a la reducción de las glosas presentadas.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que dentro de las glosas aceptadas del año se incluyeron dos aceptaciones atípicas correspondientes a la Alcaldía de Bucaramanga, por valores de \$250.000.000 y \$228.891.103, las cuales fueron refacturadas y cobradas nuevamente, siendo posteriormente canceladas en su totalidad. En este sentido, el valor de glosa aceptada definitiva asociada a mayores valores facturados, soportes y pertinencia resultó mínimo frente al total de la facturación radicada durante la vigencia 2025.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 4.2.2 “Mantener el porcentaje de glosa aceptada de la vigencia menor al 5%”, alcanzando un resultado del 0,7%, muy por debajo de la meta definida para la vigencia, evidenciando una gestión financiera y operativa eficiente en el proceso de facturación de la ESE ISABU.</p> <p>Evidencias</p> <ul style="list-style-type: none"> Fichas técnicas del indicador de glosas correspondientes a la medición del I, II, III y IV trimestre de 2025. Base de notas crédito de la vigencia 2025.

- Informes trimestrales de glosas del I, II, III y IV trimestre de 2025.

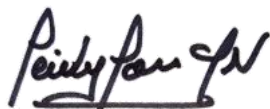
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

El análisis del indicador de glosas correspondiente a la vigencia evaluada evidencia un desempeño altamente favorable para la ESE ISABU. El resultado obtenido fue de 0,72%, frente a un máximo permitido del 5%, lo que demuestra un cumplimiento sobresaliente y una gestión eficiente en el proceso de facturación, revisión y conciliación con las entidades responsables del pago.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Se recomienda fortalecer la trazabilidad de las causas de glosa, mantener los controles actuales, consolidar espacios de articulación entre las áreas involucradas y continuar con la capacitación del personal, con el fin de preservar este resultado favorable y mitigar riesgos asociados a la facturación y recuperación de cartera.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: : 30 de enero de 2026			2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Administrativa Proceso Apoyo: Gestión Financiera Subproceso Contabilidad		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo Estratégico Plan de Desarrollo 2024-2027 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.					
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS			
		5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados		
Proyecto: 4.3.1 Mantener el patrimonio anual igual o mayor a 1,0 Actividad: Realizar la medición y análisis del indicador de solidez financiera de manera trimestral para establecer el cumplimiento planteado.		100%	Finalizada la vigencia 2025 el indicador del patrimonio es positivo en cumplimiento de la meta siendo mayor o igual que 1 (uno) al obtener en su evaluación 1,01 producto de amortización de los convenios de equipos básicos del Ministerio de Salud y Protección Social dejando una utilidad de \$207.583.560 pesos en el estado de resultado integral. Indicador: Valor patrimonio contable vigencia actual / Valor patrimonio contable vigencia anterior Valor patrimonio contable vigencia actual (2025): \$39.523.474.871 Valor patrimonio contable vigencia anterior (2024): \$39.102.914.664 Arrojando un resultado del 1,01 siendo satisfactorio para la vigencia 2025 frente a la meta que es ≥ 1.0 Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 4.3.1 Mantener el patrimonio anual igual o mayor a 1,0, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado. Evidencia: Ficha técnica del indicador Variación del patrimonio trimestres I, II, III y IV de 2025.		

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

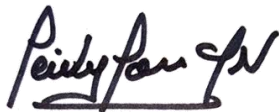
Dentro del proceso de apoyo Gestión Financiera - Subproceso Contabilidad, a cargo de Subgerencia Administrativa, la Oficina de Control Interno efectuó la revisión de un proyecto contemplados en el Plan Operativo Anual adoptado por la entidad. Como parte del ejercicio evaluativo, se verificaron las evidencias de cada actividad y producto reportado, las cuales se encontraron debidamente registradas y disponibles en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación.

El resultado del indicador es muy positivo para las finanzas de la Entidad.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Desde la Oficina de Control Interno se recomienda continuar realizando un seguimiento constante a los indicadores financieros de la Entidad, dado que esta medición temprana permite contar con herramientas oportunas para la identificación de tendencias, la detección de desviaciones y la implementación de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de los objetivos institucionales.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 30 de enero de 2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Administrativa Proceso de Apoyo - Gestión Documental	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:			
Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2024-2027			
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.			
4. PRODUCTO SGI		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados	
Proyecto: 1.3.6 Actualizar y ejecutar el plan de acción anual del plan institucional de archivos – PINAR.			
Actividades:			
1. Elaborar el plan de acción de la vigencia 2025 de acuerdo con la meta establecida en el PINAR 2024-2027 para el 2025.		1. Durante la vigencia 2025 se elaboró el plan de acción correspondiente a las metas del PINAR 2024–2027, consolidado en el formato institucional PLA-F-012 y aprobado en el Comité CIGD No. 1 del 30 de enero de 2025, definiendo las actividades a desarrollar para la vigencia.	
2. Socializar en reunión de grupo primario el PINAR 2024-2027 y el Plan de acción de la vigencia 2025 al equipo de Gestión Documental.		2. El plan de acción fue socializado con el grupo primario de gestión documental en reuniones realizadas los días 20 de marzo y 19 de junio de 2025, garantizando su apropiación por parte de los responsables del proceso.	
3. Elaborar el Plan de Conservación Documental, Plan de Preservación Digital a largo plazo y Transferencias Documentales primarias de vigencia 2025.		3. Se elaboraron y aprobaron los Planes de Conservación Documental, Preservación Digital a Largo Plazo y Transferencias Documentales Primarias para la vigencia 2025, los cuales fueron aprobados en el Comité CIGD mediante Acta No. 4 del 31 de marzo de 2025, como instrumentos operativos del PINAR.	
4. Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de ejecución de los cronogramas de los planes de: Plan de Conservación Documental, Plan de Preservación Digital a largo plazo y Plan de Transferencias Documentales primarias de vigencia 2025.		4. Durante la vigencia 2025 se ejecutaron de manera articulada los planes que integran el PINAR, alcanzando un alto nivel de cumplimiento anual. El Plan de Conservación Documental alcanzó una ejecución del 94% (15 de 16 actividades), destacándose la aprobación y difusión del plan, la verificación de condiciones ambientales, la ejecución del cronograma de capacitaciones y el realmacenamiento del 100% de las unidades en mal estado identificadas. El Plan de Preservación Digital a Largo Plazo logró un cumplimiento del 100% de las actividades programadas, con un avance del 85% en la digitalización de documentos priorizados. El Plan de Transferencias Documentales Primarias registró un avance del 86%, con la ejecución de transferencias documentales en seis dependencias, fortaleciendo el control de los archivos de gestión.	
5. Elaborar inventario de documentos que hayan cumplido sus tiempos de retención y cuya disposición final sea la eliminación.		5. Se elaboró el inventario de eliminación documental en el formato FUID, correspondiente a los documentos que cumplieron los tiempos de retención durante la vigencia 2025, aplicando los criterios definidos en las TRD y TVD, mediante la identificación por código, asunto y fechas extremas.	
6. Elaborar el plan de ruta para disponer de una herramienta digital y/o software		6. Se formuló el plan de ruta para la implementación de una herramienta digital de ventanilla única de correspondencia, estructurado en siete (7) actividades orientadas a su ajuste y puesta en marcha.	
		7. Se dio cumplimiento al plan de ruta para la adquisición de la herramienta digital de ventanilla única a través del Contrato No. 1567 de 2025, por valor de	

<p>para ventanilla única de correspondencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> Atender lo señalado en el plan de ruta para la adquisición de herramienta digital y/o software Verificar la funcionalidad e implementación de la herramienta digital y/o software Disponer un espacio suficiente y adecuado para recibir las transferencias primarias. Elaborar el plan de ruta para el diseño de un Sistema de Gestión de documentos electrónicos de archivo. Realizar supervisión de la ejecución del Plan de ruta del diseño de un Sistema de Gestión de documentos electrónicos de archivo. Verificar el cumplimiento de las capacitaciones de sensibilización a los funcionarios y/o contratistas sobre procesos de gestión y conservación documental de los documentos de archivo en soporte físico y electrónico. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el PINAR 2025 		<p>\$10.711.983, garantizando la disponibilidad de la solución tecnológica para la entidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> Se elaboró el informe técnico de verificación de la funcionalidad de la herramienta RADICAPP 2, evidenciando la correcta parametrización, el registro de funcionarios, la radicación física y electrónica, así como los mecanismos de seguimiento, control y trazabilidad de las solicitudes. Se suscribieron dos contratos de arrendamiento para garantizar la operación de la Bodega No. 9 en el sector de Chimita, destinada al Archivo Central de la ESE ISABU, correspondientes a los Contratos No. 0034 de 2025 y No. 1007 de 2025. Se elaboró el plan de ruta para la adquisición de un software de Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDA), estructurado en cinco (5) etapas de desarrollo. Se elaboraron dos (2) informes de supervisión del plan de ruta para la adquisición del SGDA, evidenciando un avance del 31,25% al cierre de la vigencia 2025, acorde con su proyección de ejecución a mediano plazo. Se elaboraron dos (2) informes de verificación de capacitaciones de sensibilización en gestión y conservación documental dirigidas a funcionarios y contratistas. Aunque se programaron cinco (5) capacitaciones, se ejecutaron siete (7), superando la meta prevista, con participación del personal de gestión documental, equipos básicos, gerencia y subgerencias. <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 1.3.6 Actualizar y ejecutar el plan de acción anual del plan institucional de archivos - PINAR", alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, cumpliendo con la meta definida para la vigencia (100%), fortaleciendo la gestión documental institucional, la conservación y preservación de la información, la organización de los archivos y la modernización de los procesos archivísticos, evidenciando una ejecución efectiva y progresiva del proyecto conforme a lo planificado.</p> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> PINAR 2024–2027 y formato PLA-F-012 – Plan de acción de planes institucionales y estratégicos. Actas del grupo primario de gestión documental del 20 de marzo y 19 de junio de 2025. Plan de Conservación Documental (ARC-PL-003), Plan de Preservación Digital a Largo Plazo (ARC-PL-005) y Plan de Transferencias Documentales Primarias (ARC-PL-006). Informes de seguimiento del PINAR con corte anual. Formato FUID – Inventario de eliminación documental. Plan de ruta para la ventanilla única de correspondencia. Contrato No. 1567 de 2025. Informe técnico de funcionalidad de la herramienta RADICAPP 2. Contratos de arrendamiento No. 0034 de 2025 y No. 1007 de 2025. Plan de ruta para la adquisición del SGDA. Informes de supervisión del plan de ruta del SGDA. Informes de capacitaciones y actas de asistencia.
---	--	---

		13. Informe de desviaciones del PINAR vigencia 2025.
<p>Proyecto: 1.3.7 Adquirir y/o actualizar un software de ventanilla única, para el mejoramiento de la gestión de la información y archivo documental</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar la búsqueda del Software de ventanilla en el mercado que se ajuste a las necesidades y expectativas de la ESE. 2. Realizar la adquisición del software institucional para ventanilla única 	100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó la necesidad para la adquisición, instalación, parametrización y soporte técnico de la herramienta digital de ventanilla única de correspondencia de la ESE ISABU, avalada por la Subgerencia Administrativa y Financiera. En desarrollo de esta actividad, la Oficina Jurídica realizó el estudio del sector, como insumo para el proceso de contratación del software de ventanilla única. 2. Se dio cumplimiento al plan de ruta para la adquisición de la herramienta digital de ventanilla única mediante la suscripción y ejecución del Contrato No. 1567 de 2025, por valor de \$10.711.983, garantizando la disponibilidad de la solución tecnológica para la entidad. En el marco de la ejecución contractual se realizó la instalación, parametrización y configuración de la herramienta RADICAPP 2, así como la capacitación a los usuarios responsables de la gestión de la correspondencia institucional. <p>Se elaboró el informe técnico de supervisión de la funcionalidad de la herramienta RADICAPP 2, evidenciando la correcta parametrización del sistema, el registro de funcionarios, la radicación de solicitudes en medio físico y electrónico, y la operatividad de los mecanismos de seguimiento, control y trazabilidad de las solicitudes, confirmando la adecuada implementación del software para la gestión documental de la ESE ISABU.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 1.3.7 “Adquirir y/o actualizar un software de ventanilla única para el mejoramiento de la gestión de la información y el archivo documental”, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, conforme a la meta definida para la vigencia.</p> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad preliminar para la adquisición, instalación, parametrización y soporte técnico del software de ventanilla única de correspondencia de la ESE ISABU, con fecha del 30 de junio de 2025, y Estudios del Sector. 2. Estudios Previos, Contrato No. 1567–2025, Informe de funcionalidad elaborado por el supervisor y Constancia de cumplimiento del contrato.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del proceso Proceso de Apoyo - Gestión Documental, correspondiente a la Dependencia - Subgerencia Administrativa la Oficina de Control Interno efectuó la revisión de los dos proyectos contemplados en el Plan Operativo Anual adoptado por la entidad, donde agrupa la ejecución de planes de gestión documental, tales como el PINAR, el plan de conservación documental, plan de transferencias documentales primarias el plan de gestión documental, los cuales se cumplieron de acuerdo con el reporte del avance en el POA. Como parte del ejercicio evaluativo, se verificaron las evidencias de cada actividad y producto reportado, las cuales se encontraron debidamente registradas y disponibles en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. A partir de esta verificación y del análisis de cumplimiento reportado por la dependencia, se confirma que los tres proyectos evaluados alcanzaron un nivel de cumplimiento del 100%.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Los proyectos evaluados lograron el cumplimiento del 100% y se recomienda continuar con la ejecución de los planes de gestión documental, los cuales tienen como objetivo organizar, conservar y asegurar el acceso a la documentación durante todo su ciclo de vida.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

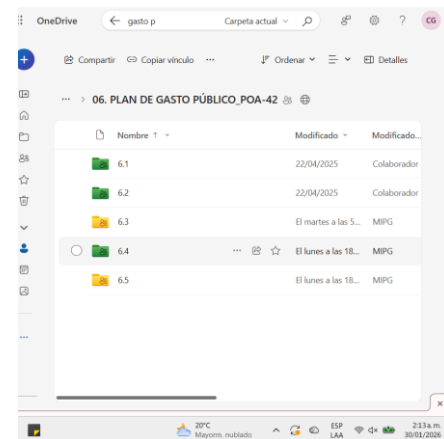
**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 30 de enero de 2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Administrativa y Financiera Proceso Gestión Financiera Subproceso Presupuesto	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:		
Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2024-2027		
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.		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Proyecto: 4.1.1 Mantener el equilibrio operacional, entre Ingresos reconocidos y gastos comprometidos de la vigencia igual o superior a 1,0 Actividades: 1. Elaborar el plan de Gasto Público para la vigencia 2025. 2. Divulgar en página web institucional el Plan de Gasto Público vigencia 2025. 3. Socializar a través de correo electrónico del Plan de Gasto Público para la vigencia 2025 la gerencia y Subgerencias. 4. Realizar seguimiento, medición y análisis trimestral del indicador de Equilibrio presupuestal con reconocimientos de la vigencia 2025. 5. Actuar frente a los resultados del Equilibrio presupuestal con reconocimientos de la vigencia 2025 de acuerdo con las desviaciones encontradas.	100%	1. Durante el primer trimestre de 2025 se elaboró el Plan de Gasto Público 2025 (Código: PRE-PL-002 Versión 3), aprobado en el Comité CIGD Acta No. 1 y publicado en página web institucional el 31 de enero de 2025. 2. Se divulgó en la página web institucional el Plan de Gasto Público vigencia 2025. 3. El área de presupuesto realizó la socialización al Subgerente Administrativo y Subgerente Científico del Plan de Gasto Público de la vigencia 2025 a través de correo electrónico el día 10 de febrero de 2025. 4. Se realizó seguimiento trimestral del Plan de Gato público que la finalizar la vigencia 2025 presentó equilibrio presupuestal con reconocimiento en un 1.27, toda vez que los compromisos en el objeto del gasto no superan el valor reconocido en los diferentes conceptos de los ingresos. Valor reconocido en el ingreso con corte al 31 de diciembre de 2025 \$141.086.753.262,33 Valor compromisos en el gasto con corte al 31 de diciembre de 2025 \$111.217.540.181,14 Medición del indicador: 1,27 de una meta esperada del 1,00 5. Se realizó informe final con los resultados del equilibrio presupuestal con reconocimiento de la vigencia 2025. Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 4.1.1 “Mantener el equilibrio operacional, entre Ingresos reconocidos y gastos comprometidos

de la vigencia igual o superior a 1,0”, alcanzando el indicador presupuestal con reconocimiento del 1,27 estando por encima de la meta esperada del 1,0 para la vigencia.

Evidencias

1. Link de publicación:
<https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/>
2. Link de publicación:
<https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/>
Plan del Gasto Público 2025: <https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/6.-PLAN-GASTO-PUBLICO-2025.pdf>



3. Correo electrónico de socialización del Plan el día 10 de febrero de 2025.
4. Ficha técnica del indicador con ingresos y gastos de los trimestres I, II, III y IV de 2025.
5. Informe de resultado del equilibrio presupuestal con reconocimiento vigencia 2025.

Proyecto: **4.1.2 Elaborar y publicar el plan anual de adquisiciones -PAA**

100%

Actividades:

1. Estructurar el formato consolidado del PAA vigencia 2025 con sus anexos aprobados.
2. Divulgar en el Secop II y página web institucional el Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2025.
3. Socializar a través de correo electrónico el Plan y el formato consolidado del Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia

1. Se estructuró en el formato PAA las necesidades bienes y servicios vigencia 2025 consolidadas en el Plan Anual de Adquisiciones, aprobado por la Junta Directiva por acuerdo y adoptado bajo la resolución No. 0001 del 1 de enero de 2025.
2. El Plan Anual de Adquisiciones 2025, fue divulgado en página web institucional y en SECOP II.
3. El área de presupuesto realizó la socialización a través de correo electrónico a todos los líderes (subgerencias y jefes de oficina del Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2025 a través de correo electrónico el día 31 de diciembre de 2024.
4. El área de presupuesto realizó ejecución del presupuesto durante la 2025, donde a corte de 31 de diciembre de 2025 el presupuesto definitivo es de \$113.331.497.743 y los

2025 con los líderes (Subgerencias y jefes de Oficina.

4. Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones programado para la vigencia 2025 de acuerdo con los valores comprometidos en el presupuesto de gastos.
5. Realizar medición y análisis trimestral del cumplimiento trimestral de la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2025 y actualizar el PAA en la plataforma SECOP II requeridas y aprobada.
6. Actuar frente a los resultados de la ejecución del PAA de la vigencia 2025 de acuerdo a las desviaciones encontradas.

compromisos ascienden a la suma de \$103.124.519.970 y las necesidades de bienes y servicios establecidas en el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2025 ascendieron a la suma de \$112.161.990.250,

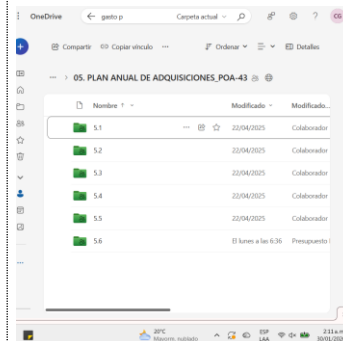
El indicador de ejecución frente al presupuesto definitivo con corte a diciembre de 2025 es el 91%.

5. El área de presupuesto realizó seguimiento trimestral de la 2025 al Plan Anual de Adquisiciones registrando sus avances.

Seguimiento corte a diciembre 2025: El presupuesto definitivo a diciembre de 2025 es de \$113.331.497.743 y los compromisos ascienden a la suma de \$103.124.519.970 y las necesidades de bienes y servicios establecidas en el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2025 ascienden a la suma de \$112.161.990.250

6. El área de presupuesto realizó informe de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia fiscal de 2025.

Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 4.1.2 “Elaborar y publicar el plan anual de adquisiciones -PAA”, cumpliendo al 100% de la meta establecida para la vigencia que es del 100%.



Nombre	Modificado	Modificado...
5.1	22/04/2025	Colaborador
5.2	22/04/2025	Colaborador
5.3	22/04/2025	Colaborador
5.4	22/04/2025	Colaborador
5.5	22/04/2025	Colaborador
5.6	El lunes a las 6:36	Presupuesto

Evidencias

1. Resolución No. 0001 de 1 de enero de 2025 adopción Plan Anual de Adquisiciones y Excel del PAA 2025, publicado en página web institucional.

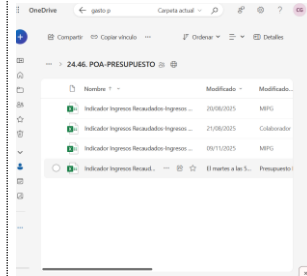
2. Página web institucional: Resolución No. 0001 de 1 de enero de 2025 adopción Plan Anual

de Adquisiciones y Excel del PAA 2025, publicado en página web institucional, link: <https://isabu.gov.co/transparencia/isabu/presupuesto/plan-anual-de-adquisiciones/>

Secop II:

<https://community.secop.gov.co/Public/App/AnnualPurchasingPlanEditPublic/View?id=528001>

3. Correo electrónico de socialización del PAA realizado el día 31 de diciembre de 2024.
4. Excel con la ejecución del PAA de los trimestres I, II, III y IV de 2025.
5. Excel con la medición y análisis seguimiento del PAA de los trimestres I, II, III y IV de 2025.

		6. Informe de resultado del equilibrio presupuestal con reconocimiento vigencia 2025.
<p>Proyecto: 4.2.1 Mantener el porcentaje de recaudo presupuestado por venta de servicios de salud, recursos de capital y otros ingresos de la vigencia igual o superior al 75%</p> <p>Actividad:</p> <p>1. Realizar la medición y análisis del indicador de recaudo de manera trimestral para establecer el cumplimiento planteado.</p>	100%	<p>1. Durante la vigencia 2025 se realizó medición trimestral del indicador de Recaudo, finalizada la vigencia fiscal 2025 la E.S.E. ISABU presentó un resultado del indicador en un 86,63% entre los totales del recaudo que fue de \$122.219.549.364. pesos vs reconocimiento que fue de \$141.086.753.262 pesos en los diferentes conceptos del ingreso de la ejecución presupuestal de una meta esperada en la anualidad del $\geq 75\%$, cumpliendo con la meta al cierre de la vigencia 2025.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 4.2.1 Mantener el porcentaje de recaudo presupuestado por venta de servicios de salud, recursos de capital y otros ingresos de la vigencia igual o superior al 75%", cumpliendo al 86,63% con el recaudo estando por encima de la meta establecida para la vigencia que fue $\geq 75\%$.</p> <div data-bbox="878 976 1182 1249">  </div> <p>Evidencia:</p> <p>Ficha técnica del indicador de Recaudo vs Reconocimiento de los trimestres I, II, III y IV de vigencia 2025.</p>

7. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada Proceso Gestión Financiera Subproceso Presupuesto, a cargo de la subgerencia administrativa, la Oficina de Control Interno evaluó siete proyectos, incorporados en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias

Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.

2. Cumplimiento total según meta establecida

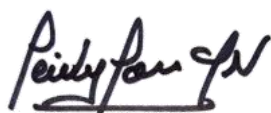
Los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento equivalente al 100%, de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.

De acuerdo con lo anterior, se logra evidenciar que, el proceso Proceso Gestión Financiera Subproceso Presupuesto, logra una calificación general del 100% en el cumplimiento de los proyectos del POA y se insta continuar con el cumplimiento y refuerzo de las actividades establecidas en cada uno de sus planes.

8. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Se recomienda mantener el buen desempeño alcanzado en los indicadores presupuestales, fortaleciendo la disciplina operativa y el seguimiento permanente a los compromisos institucionales. Es importante continuar consolidando las prácticas de planeación, ejecución y control que han permitido el cumplimiento de las metas, promoviendo la articulación entre las áreas responsables y asegurando la oportunidad y calidad de la información reportada. Asimismo, se sugiere reforzar los mecanismos de monitoreo y análisis para anticipar desviaciones, garantizar la sostenibilidad de los resultados y contribuir al mejoramiento continuo de la gestión presupuestal de la ESE ISABU.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 30 de enero de 2026	2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Administrativa Proceso Estratégico: Gestión de Talento Humano Subproceso Seguridad y Salud en el Trabajo.	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:		
Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2024-2027		
3. 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.		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Proyecto: 3.3.1 Elaborar y ejecutar el de plan de bienestar de incentivos	100%	1. Durante la vigencia 2025 se elaboró el Plan de Bienestar e Incentivos, Código GTH-PL-010, Versión 3, el cual incluyó el cronograma de actividades de bienestar laboral e incentivos. El plan fue aprobado en el Comité CIGD, según Acta No. 1 del 30 de enero de 2025.
Actividades:		2. El Plan de Bienestar e Incentivos 2025 fue divulgado en la página web institucional el 31 de enero de 2025, garantizando el acceso público a la información y la transparencia institucional.
1. Estructurar el plan de bienestar laboral e incentivos de la vigencia 2025.		3. El Plan fue socializado mediante correo electrónico con todo el personal de planta de la entidad el 9 de junio de 2025, asegurando el conocimiento y apropiación de las actividades programadas.
2. Divulgar en página web institucional el plan de bienestar laboral e incentivos		4. Durante la vigencia 2025 se realizó seguimiento trimestral a la ejecución de las actividades programadas en el cronograma del Plan de Bienestar Laboral e Incentivos, el cual contempló 102 actividades, logrando una ejecución del 100% de la meta establecida.
3. Socializar a través de correo electrónico el plan de bienestar laboral e incentivos 2025 con los colaboradores		En desarrollo del plan, se ejecutaron las siguientes acciones relevantes con resultados cuantificables:
4. Ejecutar las actividades programadas en el cronograma anexo al plan de bienestar laboral e incentivos de la vigencia 2025.		o Compensatorios por cumpleaños: 244 funcionarios disfrutaron del día de cumpleaños compensado.
5. Realizar seguimiento trimestral del cumplimiento del Plan de bienestar laboral e incentivos de la vigencia 2025.		o Compensatorios por antigüedad: se otorgaron compensatorios a 115 colaboradores, conforme a los criterios definidos en el plan.
6. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el Plan de bienestar laboral e incentivos de la vigencia 2025.		o Conmemoración de fechas especiales y profesiones: se realizaron actividades de reconocimiento institucional en fechas como Día de la Mujer (86 colaboradoras), Día del Hombre (56 colaboradores), Día de la Madre (110 colaboradoras), Día del Padre, Día del Servidor Público y diversas profesiones del área asistencial, administrativa y de apoyo, beneficiando a

más de 500 colaboradores mediante actividades lúdicas, reconocimientos y entrega de detalles.

- Estilos de vida saludable: se desarrollaron jornadas de bienestar físico y mental en 22 centros de salud, 2 unidades hospitalarias y la sede administrativa, incluyendo servicios de revisión médica, orientación visual, masajes terapéuticos, cuidado de la piel, talleres de higiene del sueño, prevención de accidentes, actividad física y terapia de la risa, con la participación de más de 600 colaboradores.
- Pausas activas: se realizaron de manera periódica en las diferentes sedes, con apoyo de entidades de salud y universidades, promoviendo la reducción del estrés laboral y el fortalecimiento del trabajo en equipo.
- Programa de Desvinculación Laboral Asistida: se ejecutaron talleres dirigidos a personal pre-pensionado y en proceso de retiro, incluyendo orientación para la jubilación, talleres de manualidades, cocina y actividades vivenciales.
- Actividades institucionales de integración: se llevaron a cabo actividades de fin de año, novenas navideñas, actividades lúdico-recreativas y reconocimientos al desempeño y a centros de salud con menor número de PQRS, fortaleciendo el sentido de pertenencia institucional.

La ejecución del plan permitió cumplir en su totalidad las acciones previstas en el cronograma, garantizando cobertura institucional y el desarrollo continuo de estrategias orientadas al bienestar, la motivación y el reconocimiento del talento humano de la ESE ISABU.

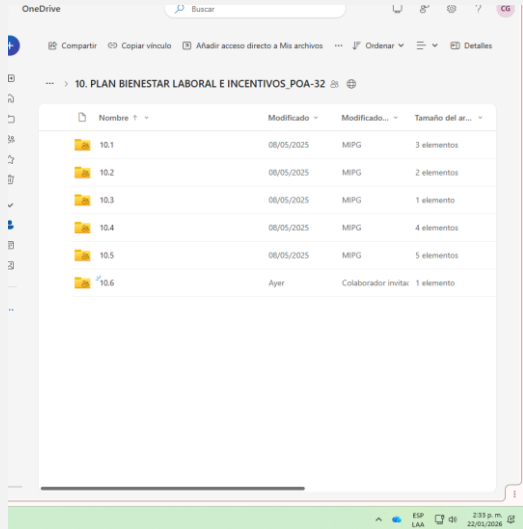
5. Se elaboró el informe final del Plan de Bienestar e Incentivos de la vigencia 2025, en el cual se evidenció el cumplimiento del 100% de las actividades programadas (102 actividades), superando la meta definida ($\geq 90\%$), así como las conclusiones y recomendaciones orientadas a la mejora continua del plan para la siguiente vigencia.

Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 3.3.1 “Elaborar y ejecutar el plan de bienestar e incentivos”, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$), evidenciando la implementación efectiva y oportuna de acciones orientadas al bienestar, motivación y reconocimiento del talento humano de la ESE ISABU.

Evidencias

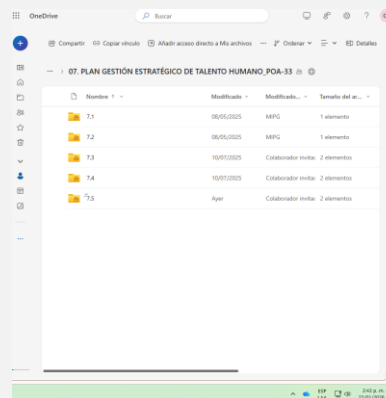
1–2. Publicación del Plan de Bienestar e Incentivos 2025:
<https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/>
<https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PLAN-INSTITUCIONAL-DE-CAPACITACION-2025-ESE-ISABUv3.pdf>

Anexo cronograma Plan de Bienestar e Incentivos 2025:
<https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/ANEXO-CRONOGRAMA-PLAN-DE-BIENESTAR-2025.xlsx>

		<p>3. Correo electrónico de socialización interna de fecha 09 de junio de 2025 enviado desde la dirección talentohumano@isabu.gov.co, con el asunto: SOCIALIZACIÓN PLANES INSTITUCIONALES - TALENTO HUMANO.</p> <p>4. Excel con seguimiento de la ejecución de las actividades programadas en el cronograma del Plan de Bienestar e Incentivos 2025.</p> <p>5. Informes de seguimiento del Plan de Bienestar e Incentivos – I, II, III y IV trimestre de 2025.</p> <p>6. Informe final del Plan de Bienestar e Incentivos 2025.</p> 
<p>Proyecto: 3.3.2 Elaborar y ejecutar el plan estratégico de talento humano.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructurar el plan estratégico de talento humano 2. Divulgar en página web institucional el plan estratégico de talento humano 3. Realizar actualizaciones y/o reportes de las diferentes situaciones administrativas de la ESE ISABU. 4. Realizar informe de seguimiento de las situaciones presentadas en la vigencia 2025 5. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el Plan estratégico de talento humano 	<p>100%</p>	<p>1 y 2. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el Plan Estratégico de Talento Humano 2025–2028, Código GTH-PL-012, Versión 3, aprobado en el Comité CIGD mediante Acta No. 1 del 30 de enero de 2025 y publicado en la página web institucional el 31 de enero de 2025, constituyéndose en el instrumento orientador de la gestión del talento humano para el periodo estratégico.</p> <p>3 y 4. La Oficina de Talento Humano realizó durante la vigencia 2025 las actualizaciones, reportes y seguimientos a las diferentes situaciones administrativas de la ESE ISABU, con los siguientes resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Anual de Vacantes: se presentaron nueve (9) vacantes, las cuales fueron actualizadas de manera trimestral, alcanzando un cumplimiento del 100%. 2. Plan de Previsión: se realizó la provisión de tres (3) empleos (Jefe Oficina Jurídica, Dirección de Unidades Hospitalarias y Subgerencia Administrativa), con actualización trimestral y cumplimiento del 100%. 3. Manual de Funciones: durante la vigencia 2025 no se presentaron modificaciones al manual institucional. 4. Evaluación del Desempeño: se realizaron cuarenta y dos (42) evaluaciones correspondientes a funcionarios de carrera administrativa, asociadas a la vigencia 2024 y primer semestre de 2025, con cumplimiento del 100%. 5. Acuerdos de Gestión: se efectuó la concertación de acuerdos con cinco (5) directivos de la ESE ISABU, conforme a los plazos definidos en la Evaluación de Desempeño Laboral (EDL), cumpliendo el 100% de la actividad.

6. Plan Anual de Capacitaciones: se programaron ciento cuatro (104) capacitaciones, de las cuales se ejecutaron cien (100), alcanzando un cumplimiento del 96,15%, superior a la meta definida para la vigencia (91%).
7. Inducción y Reinducción: se elaboró y difundió el documento institucional de inducción; adicionalmente, se implementó la plataforma digital Moodle, a través de la cual se ejecutó el proceso de inducción y reinducción en el segundo semestre, con participación del 85% de los colaboradores, evidenciando un resultado satisfactorio en la adopción de la herramienta.
8. Plan Anual de Bienestar e Incentivos: se programaron ciento dos (102) intervenciones, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, alcanzando un cumplimiento del 100%.
9. Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo: se programaron trescientas diez (310) actividades, de las cuales se ejecutaron trescientas tres (303), alcanzando un cumplimiento del 97,7%, superior a la meta establecida para la vigencia (87%) y en concordancia con los estándares definidos en la Resolución 0312 de 2019.
10. Se elaboró el informe final del Plan Estratégico de Talento Humano, en el cual se evidenció el cumplimiento del 100% de las actividades programadas, así como la formulación de conclusiones y recomendaciones orientadas a la mejora continua del proceso de gestión del talento humano.

Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 3.3.2 “Elaborar y ejecutar el Plan Estratégico de Talento Humano”, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, conforme a la meta definida para la vigencia (100%).

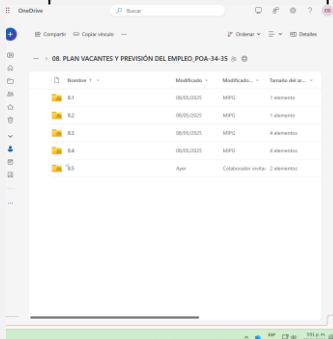


Nombre	Modificado	Modificado por	Tamaño del archivo
T.1	06/05/2025	MPG	1 elemento
T.2	06/05/2025	MPG	1 elemento
T.3	10/07/2025	Colaborador invitado	2 elementos
T.4	10/07/2025	Colaborador invitado	2 elementos
T.5	Ayer	Colaborador invitado	2 elementos

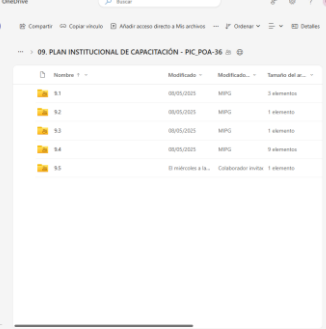
Evidencias


- 1–2. Link de publicación del plan:
<https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/>
Plan Estratégico de Talento Humano 2025–2028:
<https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/7.-GTH-PL-012-PLAN-ESTRATEGICO-DE-TH-2025.pdf>
- 3–4. Informes de seguimiento al Plan Estratégico de Talento Humano – I y II semestre de 2025.
5. Informe final del Plan Estratégico de

Talento Humano 2025.

<p>Proyectos:</p> <p>3.3.3 Elaborar y ejecutar el plan de vacantes</p> <p>3.3.4 Elaborar y ejecutar el plan de previsión de recursos humanos</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructurar el plan anual de vacantes y previsión de empleos para la vigencia 2025 2. Divulgar en página web institucional el plan de vacantes y previsión de empleos 3. Realizar actualización de reporte de situaciones administrativas de desvinculación y provisión de empleos presentadas 4. Realizar informe de seguimiento de las situaciones presentadas en la vigencia 2025 sobre las vacantes y provisión de los empleos 5. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el Plan de vacantes y previsión del recurso humano 2025 	<p>100%</p>	<p>1 y 2. Se elaboró Plan de Vacantes y Previsión de Recurso Humano 2025 Código: GTH-PL-013 Versión 3, aprobado en el comité CIGD Acta No 1 de 2025 y publicado en página web institucional el 31 de enero de 2025.</p> <p>3 y 4. Durante la vigencia 2025 la oficina de Talento Humano realizó informes de seguimiento trimestrales de vacantes y previsiones de empleos presentadas y que de acuerdo con las situaciones actuales de distribución por tipo de vinculación se cuenta con:</p> <p>18 Carrera administrativa, Libre nombramiento y remoción: 10, Periodo: 2, Provisionalidad 275, Vacantes 25 y Supresión: 6 para un total de 336 cargos.</p> <p>De acuerdo con el parágrafo del artículo 1 del Acuerdo de Junta Directiva de la ESE ISABU N°015 de 2023, los empleos que a partir del acuerdo queden en vacancia definitiva se suprimirán automáticamente, siempre y cuando cumplan con las condiciones de denominación, código y grado que se relacionan a continuación:</p> <p>NIVEL PROFESIONAL: Enfermero código 243 y grado 08, Médico general 5h código 211 grado 7, Médico general 4h código 211 grado 4 y de NIVEL ASISTENCIAL Auxiliar Área de la Salud código 412 y grado 11. De acuerdo con lo anterior se suprimió dos cargos un médico de 4h y un médico de 5h.</p> <p>En el cuarto trimestre con corte al 30 de diciembre la relación de vacantes es:</p> <p>Auxiliar Área De La Salud 15, Auxiliar área De La Salud - Higienista 2, Auxiliar área De La Salud - Laboratorio 2, Medico General 1, Odontólogo 1, Profesional Especializado Áreas De La Salud - Coordinador Médico 1, Profesional Universitario - Psicólogo 1, Profesional Universitario Área De La Salud-Fisioterapeuta 1 y Técnico área De La Salud 1, para un Total, general: 25 vacantes.</p> <p>5. Se elaboró el informe final del Plan de vacantes y previsión de personal de la vigencia 2025, en el cual se evidenció el cumplimiento del 100% de las actividades programadas, así como las conclusiones y recomendaciones orientadas a la mejora continua del plan para la siguiente vigencia.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada a los Proyectos 3.3.3 Elaborar y ejecutar el plan de vacantes y 3.3.4 Elaborar y ejecutar el plan de previsión de recursos humanos, cumplimiento al 100% de lo programado (4 informes) cumpliendo con la meta definida para la vigencia (4).</p> <div data-bbox="738 1339 1068 1675">  </div> <p>Evidencia:</p> <p>1 – 2. Link de publicación:</p> <p>https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/</p> <p>Plan de Vacantes y Previsión de Recurso Humano 2025: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/8.-GTH-PL-013-PLAN-DE-VACANTES-YPREVISION-DE-EMPLEOS-2025.pdf</p> <p>3. Matriz en excel de seguimiento de las vacantes y previsión de talento humano con corte al 30 de junio de 2025.</p>
---	-------------	---

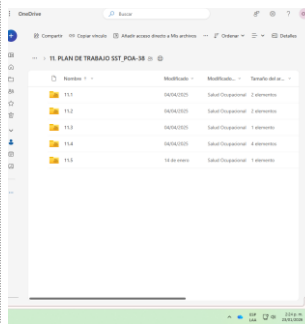
		<p>4. Informe de seguimiento de Plan de Vacantes y Previsión de los trimestres I, II, III y IV de 2025.</p> <p>5. Informe final Plan de Vacantes y Previsión de 2025.</p>
<p>Proyecto: 3.3.6 Ejecutar el cronograma del plan institucional de capacitaciones - PIC</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructurar plan institucional de capacitaciones para la vigencia 2025 2. Divulgar en página web institucional el plan de capacitaciones 2025 3. Socializar por correo electrónico el Plan y el cronograma de capacitaciones con los colaboradores de la ESE ISABU 4. Realizar seguimiento por medio de matriz de cumplimiento para garantizar su correcta ejecución de las actividades programadas en el cronograma anexo al plan institucional de capacitaciones de la vigencia 2025. 5. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el Plan de capacitaciones de la vigencia 2025. 	96,15%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró el Plan de Capacitaciones, Código GTH-PL-009 Versión 3, el cual incluyó el cronograma de actividades de bienestar laboral e incentivos. El plan fue aprobado en el Comité CIGD, según Acta No. 1 del 30 de enero de 2025. 2. El plan de Capacitaciones 2025 fue divulgado en la página web institucional el 31 de enero de 2025, garantizando el acceso público a la información y la transparencia institucional. 3. El Plan fue socializado mediante correo electrónico con todo el personal de planta de la entidad el 9 de junio de 2025, asegurando el conocimiento y apropiación de las actividades programadas. 4. Durante la vigencia 2025 se realizó seguimiento trimestral a la ejecución de las actividades programadas en el cronograma del plan de capacitaciones, el cual contempló 104 actividades y ejecutando 100 actividades, logrando una ejecución del 96.15% de la meta establecida. La ejecución del plan supero la meta establecida, y permitió que los colaboradores reforzaran conocimiento, se diera cumplimiento a lineamientos normativos y se traduzca en una mejor prestación de los servicios de salud. 5. Se elaboró el informe final del plan de capacitaciones de la vigencia 2025, en el cual se evidenció el cumplimiento del 96.15% de las actividades programadas (104 actividades), superando la meta definida ($\geq 90\%$), así como las conclusiones y recomendaciones orientadas a la mejora continua del plan para la siguiente vigencia. <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 3.3.6 "Ejecutar el cronograma del plan institucional de capacitaciones - PIC", alcanzando un cumplimiento del 96.15% de lo programado, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$), evidenciando la implementación efectiva y oportuna de acciones orientadas al bienestar, motivación y reconocimiento del talento humano de la ESE ISABU.</p> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-2. Publicación del Plan de capacitaciones 2025: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/PLAN-INSTITUCIONAL-DE-CAPACITACION-2025-ESE-ISABUv3.pdf 3. Correo electrónico de socialización interna de fecha 09 de junio de 2025 enviado desde la dirección talentohumano@isabu.gov.co, con el asunto: SOCIALIZACIÓN PLANES INSTITUCIONALES - TALENTO HUMANO. 4. Excel con seguimiento de la ejecución de las actividades programadas en el cronograma del Plan de Capacitaciones 2025.

			<p>5. Informes de seguimiento del Plan de Capacitaciones – I, II, III y IV trimestre de 2025.</p> <p>6. Informe final del Plan de Capacitaciones 2025.</p>
<p>Proyecto: 3.3.7 Implementar una herramienta de formación del talento humano que permita realizar seguimiento efectivo a la ejecución de los procesos formación y capacitación.</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Realizar implementación y seguimiento de la herramienta de formación del talento humano</p>	<p>100%</p>	<p>Durante la vigencia 2025, el área de Talento Humano implementó la plataforma Moodle como herramienta institucional para la formación y capacitación del talento humano, orientada a fortalecer el seguimiento efectivo a la ejecución del cronograma del Plan Institucional de Capacitación.</p> <p>En el primer semestre de la vigencia se adelantaron las acciones iniciales de implementación, que incluyeron la definición de Moodle como repositorio oficial de capacitaciones, memorias y materiales de aprendizaje, la configuración de la herramienta (creación y cargue de usuarios, cargue y creación de contenidos, configuración de certificados y estructura de cursos), así como la socialización de la plataforma con los responsables de la ejecución del Plan Institucional de Capacitación 2025.</p> <p>Estas acciones quedaron formalizadas mediante reuniones realizadas los días 17 y 31 de marzo de 2025, en las cuales participaron las áreas de Talento Humano, Sistemas y Calidad, definiendo lineamientos operativos, compromisos y responsabilidades para garantizar la correcta puesta en funcionamiento de la herramienta.</p> <p>Durante el segundo semestre de 2025 se avanzó en la fase operativa de la plataforma, realizando procesos de inducción y reinducción institucional a través de Moodle, lo que permitió que aproximadamente el 85% de los colaboradores se familiarizaran con el uso de la herramienta, fortaleciendo la apropiación de la plataforma como medio oficial para la gestión del conocimiento y la capacitación institucional.</p> <p>La implementación de Moodle evidenció ser una herramienta amigable, funcional y adecuada para el control y seguimiento de los procesos de formación, permitiendo gestionar usuarios, contenidos, evaluaciones y certificaciones, y facilitando el monitoreo del cumplimiento del cronograma de capacitación institucional.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.3.7 Implementar una herramienta de formación del talento humano, alcanzando el 100% de cumplimiento de la meta (1 herramienta implementada), garantizando la disponibilidad de un mecanismo institucional para el seguimiento efectivo de los procesos de formación y capacitación del talento humano de la ESE ISABU.</p> <p>Evidencias</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Actas de reuniones del 17 y 31 de marzo de 2025, donde se documenta la definición, socialización e implementación inicial de la plataforma Moodle como herramienta institucional de capacitación. • Dos informes de la implementación de la plataforma Moodle. 
<p>Proyecto: 3.3.8 Elaborar y ejecutar el plan de acción anual del sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo de la ESE ISABU.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar Plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo SST para la vigencia 2025 2. Divulgar en página web institucional y socializar el Plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo SST de la vigencia 2025 al personal de planta por medio de correo electrónico. 3. Ejecutar el plan de trabajo anual de SST 2025 4. Verificar y monitorear el cumplimiento de la ejecución de las actividades programadas en el cronograma anexo al plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo de la vigencia 2025. 5. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el Plan de trabajo de SST de la vigencia 2025. 	<p>97.7%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, Código GTH-PL-014, Versión 3, el cual fue aprobado en el Comité CIGD mediante Acta No. 1 de 2025 y publicado en la página web institucional, constituyéndose en el instrumento orientador del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 2. El Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 2025 fue divulgado a través de la página web institucional el 31 de enero de 2025 y socializado por correo electrónico con el personal de planta el 1 de abril de 2025, desde el correo oficial del área de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando su conocimiento y apropiación institucional. 3. Durante la vigencia se realizó seguimiento trimestral a la ejecución de las actividades programadas en el Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo. Como resultado, el área de SST ejecutó 303 de las 310 actividades programadas, alcanzando un cumplimiento del 97,7%. <p>Entre las acciones más relevantes ejecutadas se destacan: la autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST y el seguimiento a los planes de mejora; la capacitación anual en SST (inducción y reinducción); el acompañamiento al COPASST y al Comité de Convivencia Laboral; la gestión de contratistas; la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades laborales; el registro y análisis de estadísticas ATEL; la gestión de elementos de protección personal; la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (riesgo biomecánico, riesgo biológico y riesgo psicosocial); el trabajo seguro en alturas; el Plan Estratégico de Seguridad Vial; los programas de prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas; la gestión de sustancias químicas y carcinógenas; y el desarrollo de los planes hospitalarios de emergencia, entre otros, orientados a la mitigación de riesgos y peligros en la institución.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Durante la vigencia 2025 se elaboraron informes trimestrales de verificación y monitoreo del cumplimiento de la ejecución de las actividades programadas en el cronograma anexo al Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo, evidenciando un cumplimiento acumulado del 97,7% del plan anual del SG-SST. 5. Se elaboró el informe final del Plan de Trabajo Anual del SG-SST 2025, en el cual se estableció una meta anual de cumplimiento del 87%, logrando para la vigencia un resultado del 97,7%, superando la meta propuesta. El informe consolida los resultados alcanzados, las principales fortalezas del sistema y las

recomendaciones formuladas como acciones de mejora continua para la siguiente vigencia.

Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 3.3.8 “Elaborar y ejecutar el plan de acción anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE ISABU”, alcanzando un cumplimiento del 97,7% de lo programado, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 87\%$), y evidenciando el fortalecimiento de una cultura preventiva, segura y orientada a la protección de la salud de los trabajadores.



Evidencias

1. Publicación del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 2025:
<https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/12.-GTH-PL-014-PLAN-DE-TRABAJO-SST-2025.pdf>

2. Publicación de planes institucionales:
<https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/>

Correo electrónico de socialización del Plan de SST 2025 del 1 de abril de 2025.

3. Matriz en Excel con la ejecución del cronograma de SST correspondiente a los trimestres I, II, III y IV de 2025.
4. Informes trimestrales de ejecución del cronograma de SST de la vigencia 2025.
5. Informe final del Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la vigencia 2025.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada al Proceso Estratégico de Gestión de Talento Humano, a cargo de la Subgerencia Administrativa, la Oficina de Control Interno evaluó siete proyectos, (seis de talento humano y uno del subproceso de seguridad y salud en el trabajo) incorporados en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias
Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.
2. Cumplimiento total según meta establecida
Los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento equivalente al 100%, de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.
3. Frente al cumplimiento bruto de actividades:
 - El proyecto 3.3.6 – Ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) obtuvo un cumplimiento operativo del 96,15%.
 - El proyecto 3.3.8 – Plan de acción anual del SG-SST alcanzó un 97,7%.

Aunque estos porcentajes son inferiores al 100%, cumplen con la meta establecida ($\geq 90\%$) y, por tanto, se consideran cumplidos en el marco del plan de acción.

De acuerdo con lo anterior, se logra evidenciar que, el proceso de talento humano en la E.S.E ISABU, logra una calificación general del 100% en el cumplimiento de los proyectos del POA y se insta continuar con el cumplimiento y refuerzo de las actividades establecidas en cada uno de los planes.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Si bien los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento del 100%, la Oficina de Control Interno recomienda que, para futuros seguimientos, cuando el entregable corresponda a un plan, este se elabore conforme a los criterios y lineamientos definidos por la entidad en el documento CAL-P-001 “Elaboración y Control de Documentos y Registros”, adoptado en el Sistema de Gestión de la Calidad. Asimismo, los documentos deben ser cargados con su fecha de elaboración y, en el caso de los informes, se debe asegurar su revisión y validación por parte del responsable de la dependencia, dado que estos soportes son insumo fundamental para la adecuada toma de decisiones institucionales.

Aunado a lo anterior se recomienda que las actividades que no se lograron ejecutar en los planes con calificación inferior al 100% sean incorporadas en los cronogramas de los planes para la vigencia 2026, analizando el porqué no se logró su cumplimiento y ajustarse para que se pueda lograr el cumplimiento del 100% del cronograma que se planea.

8. Firmas:

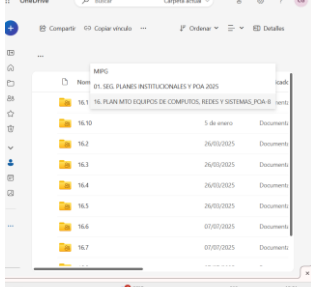


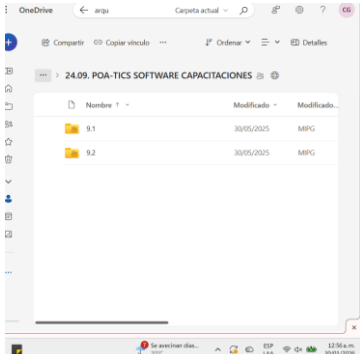
Auditor (es)

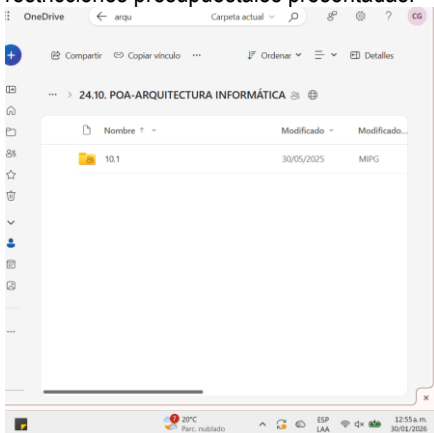
LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno		
1. Fecha: 30 de enero de 2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Administrativa Oficina Gestión TIC
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:		
Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2024-2027:		
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. 3. 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.		
5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Proyecto: 1.3.3 Elaborar y ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos de cómputo de la ESE ISABU. Actividades: 1. Estructurar el Plan de Mantenimiento de Equipos de Cómputo, dispositivos de red y Servidores por sede para la vigencia 2025 2. Elaborar cronograma de Mantenimiento de Equipos de Cómputo, dispositivos de red y Servidores por sede para la vigencia 2025 3. Publicar en página web el Plan de	100%	1. Durante la vigencia 2025, el área de Gestión TIC elaboró y aprobó el Plan de Mantenimiento de Equipos de Cómputo, Dispositivos de Red y Servidores, código SIS-PL-007, versión 3, avalado mediante Acta No. 1 del Comité CIGD del 30 de enero de 2025 y publicado en la página web institucional. Posteriormente, mediante Acta No. 2 del Comité CIGD del 27 de febrero de 2025, se ajustó el plan, modificando la frecuencia de mantenimiento de los equipos de cómputo de dos (2) a uno (1) mantenimiento anual. 2. Se elaboró el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo para la vigencia 2025, el cual permitió organizar y programar las actividades por sedes, unidades hospitalarias y área administrativa. 3. El Plan de Mantenimiento fue divulgado en la página web institucional el 31 de enero de 2025. Posteriormente, el 28 de marzo de 2025 se publicó la versión ajustada del plan, aprobada por el Comité CIGD el 27 de febrero de 2025, garantizando la actualización y disponibilidad pública de la información. Link: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/03/SIS-PL-007-PLAN-MTO-EQUIPOS-DE-COMPUTO-DISP.-RED-Y-SERVIDORES-2025_calidad.pdf 4. El cronograma y el Plan de Mantenimiento fueron socializados con los líderes de proceso mediante correo electrónico el 6 de marzo de 2025, asegurando la articulación institucional para la ejecución de las actividades programadas. 5. El profesional de infraestructura informática documentó la metodología detallada para la ejecución del mantenimiento preventivo de equipos de cómputo, dispositivos de red y servidores,

<p>Mantenimiento de Equipos de Cómputo, dispositivos de red y Servidores por sede para la vigencia 2025</p> <p>4. Socializar a través de correo electrónico con los líderes de procesos el Plan de Mantenimiento de Equipos de Cómputo, dispositivos de red y Servidores y sus cronogramas 2025</p> <p>5. Documentar una metodología detallada para realizar el mantenimiento preventivo equipos de cómputo, dispositivos de red y servidores, por sede para la vigencia 2025.</p> <p>6. Ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo por sede de los equipos de Cómputo para la vigencia 2025</p> <p>7. Ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo por sede de dispositivos de red y servidores para la vigencia 2025.</p> <p>8. Medir y analizar el cumplimiento de la</p>	<p>estableciendo los lineamientos técnicos para la intervención durante la vigencia 2025.</p> <p>6. Durante la vigencia 2025, el área de Gestión TIC realizó el mantenimiento preventivo a 456 equipos de cómputo activos y en funcionamiento, programados en 22 centros de salud, 2 unidades hospitalarias y 1 sede administrativa, alcanzando el 100% de ejecución del cronograma ajustado para este componente.</p> <p>7. De igual forma, se ejecutó el mantenimiento preventivo de 25 dispositivos de red y 6 servidores, programados en las sedes institucionales, garantizando su adecuado funcionamiento y continuidad operativa conforme al cronograma establecido.</p> <p>8. Se elaboró el informe de análisis y medición del cumplimiento del cronograma de mantenimiento, evidenciando el cumplimiento del 100% del mantenimiento preventivo de los os de cómputo, así como de los dispositivos de red y servidores programados para la vigencia.</p> <p>9. El mantenimiento preventivo de los 6 servidores institucionales, ubicados principalmente en el Datacenter del Hospital Local del Norte (HLN), permitió evaluar su estado operativo y desempeño técnico, contribuyendo a la estabilidad, seguridad y continuidad del sistema informático institucional.</p> <p>10. Se consolidó el informe final del Plan de Mantenimiento Preventivo 2025, en el cual se concluyó que las actividades ejecutadas permitieron mejorar la estabilidad y continuidad operativa del parque tecnológico institucional. Adicionalmente, la actualización del inventario y la validación del software instalado fortalecieron el control tecnológico, permitiendo identificar equipos fuera de ciclo de vida, necesidades de potenciación y posibles situaciones de licenciamiento. Asimismo, se identificó la necesidad de una planificación diferenciada para sedes con alta concentración de equipos, como el Hospital Local del Norte y Acrópolis, dada su incidencia en la carga operativa y la asignación de recursos técnicos.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 1.3.3 “Elaborar y ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos de cómputo de la ESE ISABU”, alcanzando el 100% de ejecución de los mantenimientos preventivos programados y cumpliendo la meta definida para la vigencia (100%). Estos resultados evidencian una gestión efectiva del parque tecnológico y contribuyen al fortalecimiento de los procesos misionales y administrativos de la entidad.</p>
--	---

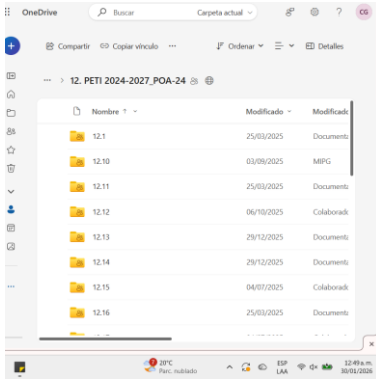
<p>ejecución de los cronogramas de mantenimiento de equipos de cómputo por sede para la vigencia 2025</p> <p>9. Medir y analizar el cumplimiento de la ejecución de los cronogramas de dispositivos de red y servidores por sede para la vigencia 2025.</p> <p>10. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el Plan de Mantenimiento preventivo de la vigencia 2025</p>		 <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Mantenimiento de Equipos de Cómputo, Dispositivos de Red y Servidores 2025: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/03/SIS-PL-007-PLAN-MTO-EQUIPOS-DE-COMPUTO-DISP.-RED-Y-SERVIDORES-2025_calidad.pdf 2. Cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo – vigencia 2025. 3. Publicación de planes institucionales en la página web: https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/ 4. Correo electrónico de socialización del cronograma y el Plan de Mantenimiento (06 de marzo de 2025). 5. Documento de metodología para el mantenimiento preventivo de equipos de cómputo, dispositivos de red y servidores – vigencia 2025. 6. Seguimiento al cronograma de mantenimiento de equipos de cómputo – II, III y IV trimestre 2025 y formatos firmados por sedes. 7. Seguimiento al cronograma de mantenimiento de redes y sistemas – vigencia 2025. 8. Informes semestrales de seguimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo 2025. 9. Informe de seguimiento del mantenimiento preventivo de servidores y dispositivos de red – 2025. 10. Informe final del Plan de Mantenimiento de Equipos de Cómputo, Redes y Sistemas – vigencia 2025.
<p>Proyecto: 1.3.4 Crear e implementar un plan de capacitación y seguimiento a los líderes de procesos y colaboradores en el sistema de información.</p> <p>Actividades:</p>	<p>100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se realizó la inclusión de las capacitaciones de Gestión TIC sobre el Sistema de Información PANACEA en el Plan Institucional de Capacitaciones 2025, inclusión aprobada en el Comité CIGD del 26 de junio de 2025. En dicho ajuste se programaron cuatro (4) capacitaciones orientadas al fortalecimiento de las competencias en el uso del sistema de información PANACEA para los procesos asistenciales. 2. En cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones, el área de Gestión TIC ejecutó las capacitaciones del Sistema de Información PANACEA dirigidas al personal asistencial, así: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en facturación, realizada el 28 de julio de 2025, con participación de 11 colaboradores asistenciales.

<p>1. Incluir las capacitaciones del sistema de información en el Plan Institucional de Capacitaciones 2025</p> <p>2. Realizar las capacitaciones programadas del sistema de información</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en costos tarifarios, realizada el 28 de julio de 2025, con participación de 4 colaboradores asistenciales. • Capacitación en costos tarifarios, dirigida al líder del servicio de radiología, realizada el 12 de agosto de 2025. • Capacitación al personal asistencial de radiología y laboratorio, realizada el 13 de agosto de 2025, con participación de 2 colaboradores. • Adicionalmente, se desarrollaron tres (3) capacitaciones para la implementación y habilitación del servicio de Telemedicina, realizadas los días 12, 15 y 16 de septiembre de 2025, fortaleciendo la apropiación del sistema de información y su articulación con los servicios asistenciales. <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 1.3.4 “Crear e implementar un plan de capacitación y seguimiento a los líderes de procesos y colaboradores en el sistema de información”, alcanzando el 100% de ejecución de las capacitaciones programadas y superando la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$).</p>  <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Publicación del cronograma de capacitaciones del Plan Institucional de Capacitaciones 2025 – Ajuste 1, con inclusión de las capacitaciones de Gestión TIC: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/07/ANEXO-CRONOGRAMA-DEL-PLAN-DE-CAPACITACIONES-PIC-2025-AJUSTE-1.xlsx 2. Actas de capacitaciones y listas de asistencia correspondientes a las fechas 28 de julio, 12 y 13 de agosto, y 12, 15 y 16 de septiembre de 2025.
<p>Proyecto: 1.3.5 Adquirir una unidad de almacenamiento en red que amplíe la capacidad de</p>	<p>50%</p>	<p>1. Durante la vigencia 2025, el área de Gestión TIC elaboró y presentó la necesidad para la adquisición de una unidad de almacenamiento en red, la cual fue radicada el 18 de marzo y posterior con ajustes el 5 de septiembre de 2025, con el fin de ampliar la capacidad de almacenamiento de la ESE ISABU y fortalecer la infraestructura tecnológica institucional.</p>

<p>almacenamiento para La ESE ISABU.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar necesidad para la compra de la unidad de almacenamiento 2. Adquirir la unidad de almacenamiento a través de un contrato 		<p>2. No obstante, debido a ajustes en el presupuesto institucional, no fue posible realizar la adquisición de la unidad de almacenamiento durante la vigencia 2025, quedando pendiente su ejecución para una vigencia posterior.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió un avance parcial en el cumplimiento de la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 1.3.5 "Adquirir una unidad de almacenamiento en red que amplíe la capacidad de almacenamiento de la ESE ISABU". Durante la vigencia se alcanzó un cumplimiento del 50% de las actividades programadas, correspondiente a la formulación y presentación de la necesidad; sin embargo, no se logró el cumplimiento de la meta final, la cual contemplaba la adquisición efectiva de una (1) unidad de almacenamiento en red, debido a las restricciones presupuestales presentadas.</p>  <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Documento de necesidad para la adquisición de la unidad de almacenamiento en red, radicado el 5 de septiembre de 2025.
<p>Proyecto: 3.1.2 Actualizar y ejecutar el plan estratégico de tecnologías de la información – PETI.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar el plan de acción vigencia 2025 de acuerdo con las metas establecidas en el PETI 2024-2027 para el 2025 	<p>100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró el Plan de Acción del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI, en el formato PLA-F-012, el cual fue aprobado en el Comité CIGD, Acta No. 1 del 30 de enero de 2025. 2. El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI fue socializado al personal del área en reunión de grupo primario realizada el 5 de febrero de 2025, garantizando su apropiación y conocimiento para la ejecución del plan. 3. Durante la vigencia 2025 se ejecutó el mantenimiento preventivo de equipos de cómputo, conforme al cronograma aprobado y ajustado, interviniendo un total de 456 equipos de cómputo.

<p>2. Socializar en reunión de grupo primario el PETI 2024-2027 y el plan de acción de la vigencia 2025 al equipo de Gestión TIC.</p> <p>3. Ejecutar los mantenimientos preventivos de la infraestructura equipos de cómputo de la vigencia 2025.</p> <p>4. Ejecutar los mantenimientos preventivos de la infraestructura, redes y sistemas de la vigencia 2025.</p> <p>5. Realizar la medición y análisis del cumplimiento de los cronogramas de los mantenimientos preventivos de equipos de cómputos, redes y sistemas de la vigencia 2025.</p> <p>6. Elaborar necesidad para la contratación de: Compra de partes y suministros que se requieran para repotenciar o renovar equipos tecnológicos</p> <p>7. Realizar la adquisición a través de contratos para</p>	<p>4. De igual forma, se realizó el mantenimiento de los 6 servidores y 25 dispositivos de red programados, asegurando la estabilidad y continuidad de la infraestructura tecnológica institucional.</p> <p>5. Se elaboró el informe semestral de análisis y medición del cumplimiento del cronograma de mantenimiento de equipos de cómputo, evidenciando la ejecución de los mantenimientos preventivos programados para la vigencia.</p> <p>6. Se formuló la necesidad para la adquisición de partes y suministros, la cual fue ajustada conforme a lo aprobado en el Comité CIGD del 26 de junio de 2025, pasando de tres (3) a una (1) sola necesidad. En este ajuste se excluyó la adquisición de la unidad de almacenamiento por corresponder a un proyecto del Plan de Desarrollo y se reprogramó la adquisición del software de backup para la vigencia 2026 por restricciones presupuestales.</p> <p>7. Para la ejecución de la necesidad de partes y suministros se suscribió el Contrato No. 1570-2025 con la empresa TIENDA MAXPRINTER S.A.S., por un valor de \$70.000.000, el 19 de diciembre de 2025.</p> <p>8. El Contrato No. 1570-2025 requirió la suscripción de un acta de suspensión, acordada mediante correo electrónico, con vigencia del 30 de diciembre de 2025 al 9 de enero de 2026.</p> <p>9. En articulación con los profesionales del sistema de información, se ejecutaron 27 requerimientos de actualización del software PANACEA, incluyendo la actualización a la versión 50.25.4.25, aplicación de parches específicos y una actualización posterior a la versión 50.25.10.24, logrando el 100% de cumplimiento de las actualizaciones requeridas.</p> <p>10. Se elaboraron los informes de ejecución del Plan de Aseguramiento de la Calidad del Sistema de Información, con un cumplimiento del 100% del cronograma, incluyendo validación y depuración de usuarios y perfiles, ajustes a plantillas de historia clínica y aplicación de parches de seguridad.</p> <p>11. Se documentó y estructuró el proyecto de actualización del software de gestión de información Intranet, definiendo como fases la planificación y diseño para la vigencia 2025, y las fases de implementación, expansión y mantenimiento para las vigencias 2026 y 2027. Las acciones previstas para 2025 se ejecutaron en un 100%.</p> <p>12. Se realizó la supervisión de la primera fase de la herramienta Intranet, evidenciando la estructuración de la herramienta y la implementación del módulo del Sistema de Gestión de Calidad, conforme a las actas de reunión del 29 de agosto y 7 de noviembre de 2025.</p>
---	---

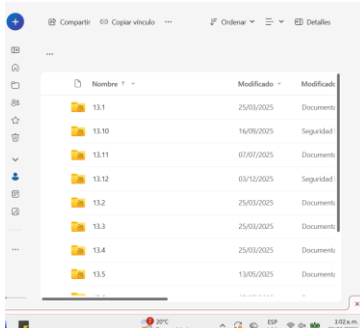
<p>suplir la necesidad de: Compra de partes y suministros para repotenciar y/o renovar equipos tecnológicos.</p> <p>8. Supervisar el cumplimiento de la adquisición de:</p> <p>-Partes y suministros que se requieran para repotenciar y/o renovar equipos de cómputo.</p> <p>9. Ejecutar los requerimientos de actualizaciones y/o parches configurados en el software de sistema de información a cargo de gestión de las TICS</p> <p>10. Monitorear el rendimiento del software del sistema de información en las actualizaciones y/o parches realizados.</p> <p>11. Elaborar necesidad para adquirir, actualizar y/o contratar servicio de software que permita mejor la prestación en los servicios de seguridad, privacidad y confiabilidad en la</p>	<p>13. Se elaboró la necesidad para garantizar la continuidad de las plataformas CMS (WordPress) y del sitio web institucional por una vigencia de un año.</p> <p>14. El 18 de diciembre de 2025 se suscribió el Contrato No. 1568-2025 con el establecimiento de comercio INGWEB, por un valor de \$5.640.000, cuyo objeto fue la prestación del servicio integral de hosting para los sitios web institucionales.</p> <p>15. Durante la vigencia 2025 se realizó el cargue y administración del hosting institucional, entregando informes trimestrales que evidencian el 100% de cumplimiento en la atención de solicitudes y publicaciones, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y la Resolución 1519 de 2020.</p> <p>16. Se efectuó la supervisión del servicio de hosting, dejando constancia documental del seguimiento a la prestación del servicio.</p> <p>17-18. Se elaboró el cronograma de implementación de la herramienta de gestión de incidentes (Mesa de Ayuda GLPI) y se realizó su socialización en grupo primario del área, el 23 de abril de 2025.</p> <p>19. Se realizó la implementación y monitoreo de las mejoras del software GLPI, desarrollando una prueba piloto que evidenció la funcionalidad del sistema y generó estadísticas útiles para el control del inventario por sedes y la toma de decisiones operativas.</p> <p>20. Se implementó la Máquina Virtual Controladora de Antenas Inalámbricas UNIFI, alojada en la plataforma Proxmox VE 8.0.4 del Datacenter del Hospital Local del Norte (HLN), gestionando 17 antenas inalámbricas distribuidas en HLN, UIMIST y centros de salud.</p> <p>21. Se realizó la verificación del funcionamiento de la consola UNIFI Controller, concluyendo que se encuentra operativa, con gestión y monitoreo centralizado sin incidentes.</p> <p>22. Se elaboró el informe de implementación del enrutamiento de conectividad entre el HLN y la UIMIST, estableciendo un esquema de contingencia para asegurar la conectividad institucional.</p> <p>23. Se realizó el informe de verificación y monitoreo del nuevo esquema de conectividad, confirmando el correcto funcionamiento de los enlaces de respaldo y contingencia.</p> <p>24. Durante la vigencia 2025 se elaboró el estudio técnico de necesidad para la renovación integral del cableado estructurado del Hospital Local del Norte (HLN), definiendo la instalación de 230 nuevos puntos de red CAT 6A certificados, con conclusiones y recomendaciones técnicas.</p> <p>25. Se elaboró la necesidad para la renovación de licencias de antivirus, aprobada el 28 de mayo de 2025, suscribiendo el</p>
---	---

<p>información en la entidad.</p> <p>12. Supervisar la actualización al sistema de gestión de contenido (Intranet) de acuerdo con los requerimientos de la entidad.</p> <p>13. Elaborar necesidad para garantizar las plataformas CMS (Word Press) y CMS (Sistema administrador de contenidos) del sitio web.</p> <p>14. Realizar contrato a las plataformas CMS (WordPress) y CMS (Sistema administrador de contenidos) del sitio web.</p> <p>15. Realizar cargue de contenido y asistencia técnica del hosting del sitio web isabu.gov.co</p> <p>16. Supervisar la ejecución del contrato del servicio integral de hosting para sitio web.</p> <p>17. Realizar un cronograma para la implementación de la herramienta para gestión de incidentes requerimiento mesa de ayuda.</p> <p>18. Socializar en reunión de grupo</p>	<p>Contrato No. 0777-2025 con la empresa PC System, por un valor de \$52.738.000.</p> <p>26. Se consolidó el informe final de ejecución del PETI 2025, en el cual se documentaron las estrategias ejecutadas, fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 3.1.2 "Actualizar y ejecutar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI", alcanzando el 100% de las actividades programadas, cumpliendo la meta definida para la vigencia (100%), permitió fortalecer la infraestructura tecnológica, garantizar la continuidad y seguridad de los sistemas de información, optimizar la gestión operativa de las TIC y apoyar de manera directa los procesos misionales y administrativos de la ESE ISABU, consolidando las bases para la modernización tecnológica y la mejora continua de los servicios institucionales.</p> <p>Evidencias:</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato Plan de Acción de los Planes Institucionales y Estratégicos Código PLA-F-012 con el plan de acción del PETI 2025. 2. Acta de Grupo primario de TI del 5 de febrero de 2025. 3. Excel con seguimiento del I y II semestre del cronograma de mantenimiento de equipos de cómputo vigencia 2025 y el formato de mantenimiento preventivo firmado por sedes de manera semestral. 4. Excel con seguimiento del cronograma de mantenimiento de redes y sistemas del I y II semestre de 2025. 5. Informes de seguimiento del Plan preventivo de Mantenimiento de equipos de cómputo de I y II semestre de 2025. 6. Formato de Necesidad para la compra de repuestos y partes de equipos informáticos 2025 del 26 de septiembre de 2025. 7. Contrato 1570/2025 del 19 de diciembre de 2025 8. Informe de supervisión del Contrato 1570/2025 Suministro de Partes y Suministros.
---	--

<p>primario el cronograma implementación mesa de ayuda 2025 al equipo de Gestión TIC</p> <p>19. Monitorizar la implementación de las mejoras continuas en el software de gestión de incidentes requerimiento mesa de ayuda</p> <p>20. Realizar Implementación de máquina virtual para instalar la consola de administración de unify controller para los acces point.</p> <p>21. Verificar el correcto funcionamiento de la consola unify controller.</p> <p>22. Realizar enrutamiento para que usuarios de internet del Hospital Local del Norte, puedan utilizar el servicio de internet de la UIMIST como contingencia en caso de falla del servicio propio.</p> <p>23. Verificar el correcto funcionamiento del enrutamiento del canal de UIMIST</p>	<p>9. Informe de actividades de mejora en el software de Panacea I y II semestre de 2025. Formatos SIS-P-023 diligenciados.</p> <p>10. Informe ejecución de medición y Análisis del plan de aseguramiento de la calidad del sistema realizado al sistema de Información I y II semestre del 2025.</p> <p>11. Acta de reunión del 28 de marzo de 2025, Documento de actualización el servicio de software para la gestión de información INTRANET. Proyecto actualización software de gestión de información Intranet.</p> <p>12. Acta de reunión del 29 de agosto y 7 de noviembre de 2025 E informe final puesta en marcha de la intranet.</p> <p>13. Formato de Necesidad para la prestación de servicio integral de hosting para sitio web isabu.gov.co y sitio anterior isabu.gov.co para el ESE ISABU del 28 de noviembre de 2025</p> <p>14. Contrato 1568/2025 con establecimiento de comercio INGWEB.</p> <p>15. Informe de la administración del hosting (cargue de contenido y asistencia técnica) correspondiente al I, II, III y IV trimestre de 2025, y SIS-F-034 Formato lista de publicaciones en página web de todos los meses del año 2025.</p> <p>16. Informe de supervisión del contrato del Hosting.</p> <p>17. Cronograma de implementación de la herramienta para gestión de incidentes requerimiento mesa de ayuda vigencia 2025.</p> <p>18. Acta de grupo primario de Gestión TIC realizada el 23 de abril de 2025 de la socialización del cronograma implementación mesa de ayuda 2025.</p> <p>19. Informe de monitoreo de mejoramiento del software gestión de incidentes requerimiento mesa de ayuda correspondiente al del I y II semestre de 2025.</p> <p>20. Informe de implementación de la máquina virtual para controladoras de antenas inalámbricas.</p> <p>21. Informe de verificación del funcionamiento de la consola unify controller.</p> <p>22-23. Informe de implementación y verificación de enrutamiento de conectividad entre HLN – UIMIST, realizado de enero a junio de 2025.</p> <p>24. Informe el estudio técnico de necesidad para la renovación integral del cableado estructurado del Hospital Local del Norte (HLN)</p> <p>25. Documento necesidad de renovación de licencias antivirus.</p> <p>26. Informe final del PETI 2025.</p>
--	---

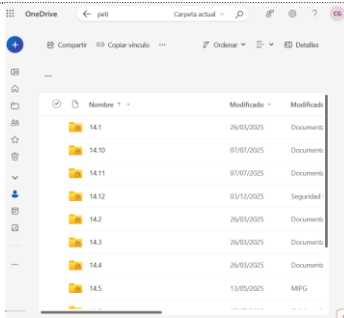
<p>como contingencia del servicio de internet del Hospital Local del Norte.</p> <p>24. Elaborar estudio técnico para la renovación del cableado estructurado y dispositivos de red del Hospital Local del Norte</p> <p>25. Elaborar necesidad de renovación de licencias de antivirus para los equipos de cómputo de la ESE ISABU.</p> <p>26. Tomar decisiones de los análisis, hallazgos y mejoras de los resultados encontrados en el PETI de la vigencia 2025.</p>		
<p>Proyecto: 3.1.3 Ejecutar el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información.</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Estructurar el Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital</p>	<p>100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital, Código SIS-PL-005, Versión 3, en el Comité CIGD mediante Acta No. 1 del 30 de enero de 2025, quedando publicado en la página web institucional como instrumento orientador de la gestión de la seguridad digital. 2. Se elaboró el cronograma de actividades del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital para la vigencia 2025, definiendo responsables, actividades y tiempos de ejecución. 3. El Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital 2025 fue divulgado y publicado en la página web institucional el 31 de enero de 2025, garantizando su conocimiento y transparencia.

para la vigencia 2025	4. Se realizó la socialización del plan y su cronograma a los líderes de proceso mediante correo electrónico, fortaleciendo la apropiación institucional de las acciones de seguridad digital.
2. Elaborar cronograma de las actividades a realizar en el Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital para la vigencia 2025	5. Durante la vigencia se efectuó seguimiento trimestral a la ejecución del plan, evidenciando la ejecución de 15 actividades programadas, conforme al cronograma establecido.
3. Publicar en página web el Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital para la vigencia 2025	6. Se desarrollaron jornadas de sensibilización en los meses de mayo, agosto y septiembre de manera presencial, y en noviembre a través de la plataforma Moodle, abordando temáticas como seguridad de la información, Ley 1581 de 2012, Gobierno Digital, derechos de autor, buenas prácticas para la protección de redes y datos institucionales y uso de la herramienta GLPI, sensibilizando a 229 colaboradores.
4. Socializar el Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital a través de correo electrónico con los líderes de procesos y su cronograma 2025	7. Se realizó el registro y gestión de los incidentes de seguridad de la información presentados durante la vigencia 2025, reportándose seis (6) incidentes, frente a los cuales se implementaron acciones correctivas como escaneo y limpieza de equipos, eliminación de correos maliciosos y socialización de medidas preventivas con las áreas involucradas y la Alta Dirección.
5. Ejecutar el cronograma de las actividades a realizar en el Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital para la vigencia 2025	8. Se aplicaron, documentaron y justificaron controles y reglas de seguridad en el firewall institucional, implementando 16 controles y 19 reglas durante el primer semestre y 3 controles adicionales en el segundo semestre, logrando el 100% de los controles planificados para la vigencia.
6. Ejecutar las sensibilizaciones de los riesgos y amenazas cibernéticas	9. Se ejecutaron pruebas de recuperación ante desastres del sistema de información, evaluando escenarios de funcionalidad del sistema y recuperación de red y hardware. La prueba del segundo semestre fue exitosa, con un tiempo de recuperación de 24 minutos y 39 segundos, evidenciando la integridad de las copias de seguridad y la efectividad del procedimiento en la plataforma Proxmox.
	10. Se desarrolló el análisis integral de riesgos de seguridad de la información, identificando y evaluando 20 riesgos clasificados en categorías financieras, operativas, tecnológicas y de cumplimiento, conforme a los lineamientos de la ISO/IEC 27001 y el Modelo de Gobierno Digital.
	11. Se realizó la medición y análisis semestral del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital, evidenciando un cumplimiento del 100% de las 15 actividades programadas, reflejando una gestión alineada con los objetivos institucionales.
	12. Se elaboró el informe de lecciones aprendidas, concluyendo que el plan se ejecutó de manera eficaz, con avances significativos en capacitación, gestión de incidentes, fortalecimiento de controles tecnológicos y simulacros de recuperación, identificando oportunidades de mejora que serán

<p>alineados a la Política de Seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad para la vigencia 2025.</p> <p>7. Realizar Registros de Incidentes de Seguridad Reportados por la Entidad en la vigencia 2025 semestralmente</p> <p>8. Ejecutar los controles establecidos como tratamiento en los riesgos identificados en estado y funcionamiento del firewall.</p> <p>9. Ejecutar pruebas de recuperación ante desastres del sistema de información</p> <p>10. Realizar análisis de riesgos de seguridad de la información para la vigencia 2025</p> <p>11. Medir y analizar semestralmente el cumplimiento de la ejecución del cronograma del Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital para la vigencia 2025</p>		<p>abordadas en la siguiente vigencia como parte del proceso de mejora continua.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.1.3 “Ejecutar el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información”, alcanzando un cumplimiento del 100%, conforme a la meta definida para la vigencia (100%), fortaleciendo la seguridad digital, la protección de la información y la resiliencia tecnológica de la ESE ISABU.</p>  <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Link de publicación: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/13.-SIS-PL-005-PLAN-DE-TRATAMIENTO-DE-RIESGO-DE-SEGURIDAD-DIGITAL-2025.pdf 2. Cronograma del Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital vigencia 2025. 3. Link de publicación: https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/ <p>Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital 2025: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/13.-SIS-PL-005-PLAN-DE-TRATAMIENTO-DE-RIESGO-DE-SEGURIDAD-DIGITAL-2025.pdf</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Correo de electrónico con la socialización del cronograma y el Plan de tratamiento de riesgos de seguridad digital vigencia 2025 realizada el 11 de febrero de 2025. 5. Excel con seguimiento de las actividades programadas en el cronograma correspondientes a los 4 trimestres de 2025. 6. Informes de sensibilización de seguridad Informática, ciberseguridad, protección de la privacidad y socialización plataforma de campus virtual, GLPI y política de gobierno Digital realizados: 16, 20 y 28 de mayo de 2025, 22, 26 y 27 agosto y 5 septiembre 2025 y noviembre de 2025 (3 informes). 7. Formato de Registro de incidentes de seguridad de la información en el formato GIF-F-030 correspondiente al I y II semestre de 2025.
--	--	---

<p>12. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital para la vigencia 2025</p>		<p>8. Informe Evaluar los controles, políticas implementadas en el firewall y antivirus de la entidad correspondiente al I y II semestre de 2025.</p> <p>9. Simulacro Pruebas de recuperación del sistema de información correspondiente al I y II semestre de 2025.</p> <p>10. Informe Análisis de Riesgos de Seguridad de la Información 2025 y Matriz de Riesgos 2025 actualizada (Gestión TIC).</p> <p>11. Informe de medición y Análisis del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital correspondiente al I y II semestre de 2025.</p> <p>12. Informe final Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital 2025</p>
<p>Proyecto: 3.1.5 Ejecutar el plan anual de seguridad y privacidad de la información.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructurar el plan de seguridad y privacidad de la información para la vigencia 2025. 2. Elaborar cronograma de las actividades a realizar en el plan de seguridad y privacidad de la información para la vigencia 2025. 3. Publicar en página web el Plan de seguridad y privacidad de la información para la vigencia 2025. 4. Socializar el plan de seguridad y privacidad de la información a través de correo 	<p>100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la vigencia 2025 se elaboró y aprobó el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, Código SIS-PL-006, Versión 3, en el Comité CIGD mediante Acta No. 1 del 30 de enero de 2025, quedando publicado en la página web institucional como instrumento orientador de la gestión de la seguridad de la información. 2. Se elaboró el cronograma de actividades del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información para la vigencia 2025, el cual contempló un total de dieciséis (16) actividades programadas. 3. El Plan de Seguridad y Privacidad de la Información 2025 fue divulgado y publicado en la página web institucional el 31 de enero de 2025, garantizando su acceso y conocimiento por parte de la ciudadanía y los grupos de interés. 4. Se realizó la socialización del plan y su cronograma a los líderes de proceso mediante correo electrónico el 11 de febrero de 2025, fortaleciendo la apropiación institucional de las acciones relacionadas con la seguridad y privacidad de la información. 5. Durante la vigencia se efectuó seguimiento trimestral a la ejecución del plan, evidenciando la ejecución de las dieciséis (16) actividades programadas, conforme al cronograma establecido. 6. Se desarrollaron jornadas de sensibilización en los meses de mayo, agosto y septiembre de manera presencial, y en noviembre a través de la plataforma Moodle, abordando temáticas relacionadas con seguridad de la información, Ley 1581 de 2012, Gobierno Digital, derechos de autor, buenas prácticas para la protección de redes y datos institucionales y uso de la herramienta GLPI, sensibilizando a 229 colaboradores. 7. Se aplicaron dos (2) simulacros controlados de phishing al personal de la ESE ISABU. El primero se realizó el 23 de abril de 2025 mediante el envío de correos desde una cuenta falsa con el fin de evaluar la reacción de los usuarios; el segundo se ejecutó en septiembre de 2025 mediante la configuración y uso

<p>electrónico con los líderes de procesos y su cronograma 2025.</p> <p>5. Ejecutar el cronograma de las actividades a realizar en el plan de seguridad y privacidad de la información para la vigencia 2025.</p> <p>6. Realizar las sensibilizaciones de La Política de Seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad, así como la Política de Protección de Datos Personales de acuerdo con la estrategia diseñada para la vigencia 2025.</p> <p>7. Realizar pruebas de phishing al personal de la ESE ISABU de forma controlada a través de las herramientas informáticas.</p> <p>8. Ejecutar acciones para evaluar el estado y funcionamiento del firewall de manera trimestral.</p> <p>9. Ejecutar acciones para</p>	<p>de la plataforma Gophish, permitiendo identificar brechas en la cultura de seguridad digital.</p> <p>8. Se realizó de manera trimestral la evaluación y documentación del estado y funcionamiento del firewall institucional, analizando la detección, manejo y mitigación de amenazas relacionadas con malware, virus, aplicaciones no deseadas y control de contenido web, como parte del fortalecimiento de la seguridad perimetral.</p> <p>9. Durante la vigencia se efectuó la evaluación trimestral del software antivirus Bitdefender, analizando su efectividad en detección y eliminación de amenazas. Del total de 350 equipos de cómputo, 237 equipos (73%) se encuentran administrados por la consola Bitdefender; el 27% restante cuenta con protección mediante licencias básicas de antivirus de Windows, garantizando la cobertura total del parque informático institucional.</p> <p>10. Se realizó el monitoreo y seguimiento de la seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad, con base en las buenas prácticas internacionales de la NTC ISO/IEC 27001:2022 y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, evidenciando los siguientes niveles de implementación de controles: organizacionales 89%, personales 88%, físicos 81% y tecnológicos 75%.</p> <p>11. Se efectuó la medición y análisis semestral del cumplimiento del cronograma del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, evidenciando la ejecución del 100% de las actividades programadas para la vigencia 2025.</p> <p>12. Se elaboró el informe final de ejecución del plan, concluyendo que las actividades programadas se ejecutaron en su totalidad, fortaleciendo la cultura de seguridad digital y la gestión de riesgos; no obstante, se identificaron retos relacionados con la participación del personal y la sostenibilidad de licencias tecnológicas, los cuales serán abordados como acciones de mejora continua en la siguiente vigencia.</p> <p>La ejecución de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 permitió dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 3.1.5 “Ejecutar el plan anual de seguridad y privacidad de la información”, alcanzando un cumplimiento del 100%, conforme a la meta definida para la vigencia, fortaleciendo la protección de la información, la ciberseguridad y la confianza institucional en la ESE ISABU.</p>
---	---

<p>evaluar el estado y funcionamiento del antivirus de manera trimestral para la vigencia 2025.</p> <p>10. Realizar el programa de monitoreo de acuerdo con los controles establecidos de la NTC ISO 27001:2022 dando cumplimiento al MSPI (modelo de seguridad y privacidad de la información).</p> <p>11. Medir y analizar semestralmente el cumplimiento de la ejecución del cronograma del Plan de seguridad y privacidad de la información para la vigencia 2025.</p> <p>12. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el plan de seguridad y privacidad de información para la vigencia 2025.</p>		 <p>Evidencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Link de publicación: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/14.-SIS-PL-006-PLAN-DE-SEGURIDAD-Y-PRIVACIDAD-DE-LA-INFORMACION-2025.pdf 2. Cronograma del Plan de tratamiento de riesgos de Seguridad digital vigencia 2025. 3. Link de publicación: https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/Plan de seguridad y privacidad de la información2025: https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/14.-SIS-PL-006-PLAN-DE-SEGURIDAD-Y-PRIVACIDAD-DE-LA-INFORMACION-2025.pdf 4. Correo de electrónico con la socialización del cronograma y el Plan de tratamiento de riesgos de seguridad digital vigencia 2025 realizada el 11 de febrero de 2025. 5. Excel con seguimiento de las actividades programadas en el cronograma correspondientes a los 4 trimestres de 2025. 6. Informes de sensibilización de seguridad Informática, ciberseguridad, protección de la privacidad y socialización plataforma de campus virtual, GLPI y política de gobierno Digital realizados: 16, 20 y 28 de mayo de 2025, 22, 26 y 27 agosto y 5 septiembre 2025 y noviembre de 2025 (3 informes). 7. Informe del simulacro de Phishing realizado 23 de abril de 2025 y Informe de Prueba de Phishing – III Trimestre 2025 (Gophish). 8. Informe de evaluación del funcionamiento del firewall correspondiente del I, II, III y IV trimestre de 2025. 9. Informe de evaluación del software antivirus correspondiente al I, II, III y IV trimestre de 2025. 10. Informe de ejecución del Programa de auditoría de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad vigencia 2025. 11. Informe de seguimiento al Plan de Seguridad y privacidad de la información I semestre de 2025. 12. Informe final plan de seguridad de información vigencia 2025.
---	--	---

7. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada al proceso de gestión TIC, perteneciente a la Subgerencia Administrativa, la Oficina de Control Interno evaluó seis proyectos, incorporados en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias
Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.
2. Cumplimiento total según meta establecida
De los proyectos evaluados, cinco evaluados alcanzaron un cumplimiento equivalente al 100% y uno el 50%, dando como resultado un cumplimiento del 91,7% de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.

De acuerdo con lo anterior, se logra evidenciar que, e al proceso de gestión TIC, perteneciente a la Subgerencia Administrativa logra una calificación general del 100% en el cumplimiento de los proyectos del POA y se insta continuar con el cumplimiento y refuerzo de las actividades establecidas en cada uno de los planes.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

La Oficina de Control Interno recomienda que, los documentos soporte sean cargados con su respectiva fecha de elaboración, con los logos institucionales establecidos y, en el caso de los informes, cuenten con la revisión y validación formal del responsable de la dependencia, dado que estos elementos son indispensables para garantizar la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información que soporta la toma de decisiones institucionales y permiten autoevaluación.

8. Firmas:



Auditor (es)

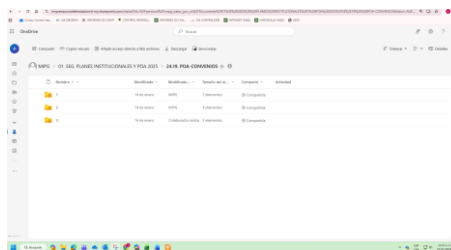
LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Evaluación de la dependencia, vigencia 2025

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno		
1. Fecha : 21 de enero de 2025		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Científica Proceso Misional: Gestión de Convenios Docencia Servicio.
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivo Estratégico Plan de Desarrollo 2024-2027 2. 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. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
2.1.7 Elaborar y ejecutar un plan de acción para fortalecer los convenios docencia servicio a través de planeación y ejecución de los planes de acción semestral Actividades: 1. Elaboración de un cronograma de actividades con las instituciones educativas en convenio docencia servicio de la vigencia 2025. 2. Ejecución de actividades establecidas en el cumplimiento del cronograma anual con las instituciones educativas en convenio docencia servicio de la vigencia 2025. 3. Informe final de cumplimiento del cronograma anual con las instituciones educativas en convenio docencia servicio de la vigencia 2025.	100%	<p>1. En la vigencia de 2025 se elaboró el cronograma del plan de acción para convenios docencia-servicio, quedando aprobado por la Subgerencia Científica.</p> <p>2. Para dar cumplimiento a la actividad, se elaboraron los cuatro informes, con periodicidad trimestral con el objetivo Presentar el desarrollo de los convenios docencia servicio, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Decreto 2376 de 2010, compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y Acuerdo 153 de 2012, con el fin de garantizar el desarrollo de las prácticas formativas del sector salud en la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga – ESE ISABU.</p> <p>3. Se elaboró informe final acumulado en el período enero a diciembre de 2025, con el objetivo de Presentar el desarrollo de los convenios docencia servicio, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Decreto 2376 de 2010, compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y Acuerdo 153 de 2012, con el fin de garantizar el desarrollo de las prácticas formativas del sector salud en la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga - ESE ISABU donde se reporta el cumplimiento del cronograma anual con las instituciones educativas en convenio docencia servicio, dicho informe tiene como conclusión que se realizaron 60 reuniones de 52 programadas por tanto cumplieron con el cronograma en 100%.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 2.1.7 Elaborar y ejecutar un plan de acción para fortalecer los convenios docencia servicio a través de planeación y ejecución de los planes de acción semestral, alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, estando por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$),</p>

consolidando el fortalecimiento del proceso formativo y el liderazgo a través de las actividades que se desarrollaron en cada una de las rotaciones de los diferentes programas en salud, lo que le permitió a los estudiantes el desempeño de cada uno de los roles profesionales en el mantenimiento de la salud y el cuidado integral de nuestros usuarios.



Evidencias:

1. Cronograma de convenios 2025.
2. Informe de gestión de convenios – I, II, III y IV trimestre 2025.
3. Informe final de convenios vigencia 2025.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada al Proceso Misional: Gestión de Convenios Docencia Servicio, a cargo de la Subgerencia Científica, la Oficina de Control Interno evaluó el proyecto incorporado en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias
Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.
2. Cumplimiento total según meta establecida
Los proyectos evaluados alcanzaron un cumplimiento equivalente al 100%, de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Los proyectos evaluados lograron el cumplimiento del 100%, sin embargo, se generan las siguientes recomendaciones con el objetivo de estandarizar la información reportada: cuando el entregable corresponda a un plan, este debe elaborarse de acuerdo con los criterios y lineamientos definidos por la entidad en el documento CAL-P-001 "Elaboración y Control de Documentos y Registros", adoptado en el Sistema de Gestión de la Calidad. Asimismo, los documentos deben ser cargados con su fecha de elaboración y, en el caso de los informes, se debe asegurar su revisión y validación por parte del responsable de la dependencia, dado que estos soportes son insumo fundamental para la adecuada toma de decisiones institucionales.

8. Firmas:



Auditor (es)

LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 21 de enero de 2026

2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Científica
Proceso misional: **Gestión de Salud Pública**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2024-2027

2. 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.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
<p>Proyecto: 2.1.3 Realizar un plan de trabajo para el fortalecimiento de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud – RPYMS en la ESE ISABU.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar un plan de trabajo para la gestión de la Ruta Promoción y Mantenimiento de la Salud 2. Realizar la ejecución del plan de trabajo de la Ria Promoción y Mantenimiento de la Salud 3. Realizar informe final del cumplimiento del plan de trabajo de la Ruta Promoción y Mantenimiento de la Salud 2025 	<p align="center">100%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la vigencia 2025 se elaboró el Plan de Trabajo de la Ruta Promoción y Mantenimiento de la salud, que incluyó 3 actividades clave: capacitación al personal de salud (médico y enfermería en la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, seguimiento de actividades programadas y ejecutadas por EPS y seguimiento de actividades programadas y ejecutadas por centros de salud. Se desarrolló de manera continua y sistemática el Plan de Trabajo de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA PYMS), conforme a los lineamientos institucionales y al cronograma establecido, con el objetivo de garantizar la atención integral en los diferentes cursos de vida. 2. Durante la vigencia 2025 se realizó la ejecución del plan de trabajo de la Ria Promoción y Mantenimiento de la Salud con los siguientes resultados. <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al personal de salud (médico y de enfermería) de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA PYMS) Realizadas en el I y III trimestre del 2025. <ul style="list-style-type: none"> ○ Capacitación al personal asistencia en historias clínicas y lineamientos de la Resolución 3280 del 2018 Esta actividad contó con la participación de 86 personas del talento humano. ○ Socialización de metas de atención por curso de vida y programación de actividades en cada centro de salud, desglosado por EPS y población asignada. Esta actividad conto con la participación de 30 personas de talento humano. ○ Seguimiento mensual a la ejecución de actividades en los diferentes centros de salud, identificando avances, fortalezas y puntos críticos. Esta actividad conto la participación Para un total de 21 personas de talento humano. ○ Capacitación al personal de salud (médico y enfermería) de la Ruta Integral de Promoción y Manteniendo de la salud. (La capacitación se estructuro en sesiones llevándose a cabo en días 21 y 22 de agosto para garantizar la

cobertura completa del personal involucrado en la implementación de la RIA. Esta actividad conto con la participación de 68 personas de talento humano.

- Seguimiento trimestral a las actividades programadas por las EPS, por curso de vida.

Resultados por EPS:

Se efectuaron cuatro seguimientos trimestrales a las EPS con población asignada, consolidando resultados por curso de vida y evaluando el comportamiento de la ejecución a lo largo del año.

Los resultados evidenciaron niveles variables de cumplimiento entre EPS, destacándose avances significativos en algunos trimestres y la necesidad de fortalecer la articulación y el acompañamiento técnico en otros, especialmente en lo relacionado con oportunidad y cobertura de las actividades programadas.

3. **Coosalud:** de 34.136 actividades programadas anuales, se ejecutaron 27.244, alcanzando un cumplimiento global del **80%**.
4. **Nueva EPS:** de 53.628 actividades programadas anuales, se ejecutaron 29.378, equivalente a un **55%** de cumplimiento.
5. **Sanitas:** de 26.808 actividades programadas anuales se ejecutaron 15.750, con un cumplimiento del **59%**.

- Se realizó monitoreo mensual a los centros de salud donde se evaluó el desarrollo de actividades asistenciales, tamizajes, valoraciones médicas y de enfermería, acciones educativas y de protección específica, articuladas a las rutas de primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Este seguimiento permitió identificar avances en la ejecución, así como alertas y oportunidades de mejora, facilitando la toma de decisiones oportunas para el fortalecimiento de la atención en salud. Resultados destacados: Se evidenció cumplimiento en las atenciones en primera infancia, juventud, adultez, preconcepcional y planificación familiar.

3. Se elaboró informe final del cumplimiento del plan de trabajo de la Ruta Promoción y Mantenimiento de la Salud 2025 donde se dio cumplimiento al 100% de las actividades programadas en la vigencia donde se dejó recomendaciones como mejora continua de la ruta para la próxima vigencia.

Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron cumplir la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al proyecto 2.1.3 Realizar un plan de trabajo para el fortalecimiento de promoción y mantenimiento de la salud en la ESE ISABU, con un cumplimiento del 100% estando por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$).

Evidencias

1. Cronograma del Plan de Trabajo de la Ruta de Promoción y manteniendo de la salud 2025.
2. Informe del I, II, III y IV trimestre de 2025 de ejecución del Plan de trabajo de la Ruta de Promoción y Manteniendo de la Salud.

<p>Proyecto: 2.1.4 Realizar un plan de trabajo para el fortalecimiento de la ruta materno perinatal en la ESE ISABU</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar un plan de trabajo para la gestión de la Ruta Materno perinatal 2025 2. Realizar la ejecución del plan de trabajo de la Ria Materno perinatal 2025 3. Realizar informe final del cumplimiento del plan de trabajo de la Ruta Materno perinatal 2025 	<p>100%</p>	<p>3. Informe final del plan de trabajo de la RPYMS del Plan de trabajo de la Ruta de Promoción y Manteniendo de la Salud 2025.</p> <p>1. Durante la vigencia 2025 se elaboró el Plan de Trabajo de la Ruta Materno Perinatal, el cual integró cinco componentes estratégicos orientados al fortalecimiento de la atención materna, la captación temprana, la gestión del riesgo, el seguimiento de la cohorte de gestantes y la articulación con las EAPB, quedando definido el cronograma de ejecución para la vigencia.</p> <p>2. Se ejecutó el plan de trabajo de la Ria Materno perinatal 2025 con los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al personal de salud: se realizaron dos capacitaciones de la ruta materno perinatal, en el primer y tercer trimestre según cronograma, donde se capacitaron 426 personas en total en temas correspondientes a la ruta. • Se realizó seguimiento a la captación temprana antes de la semana 12, gestión de cohorte, gestión del riesgo y notificación a EPS. Durante la vigencia 2025 se registraron 1378 gestantes nuevas, de las cuales 1186 ingresaron antes de la semana 12, logrando un 86% de cumplimiento frente a la meta institucional (85%). • Gestión de cohorte: se consolidó una cohorte activa de 2.479 gestantes con registro actualizado al 100% y se aplicaron lineamientos de clasificación de riesgo. Se evidenció cumplimiento del cronograma, avances en tamizajes, atenciones individuales y actividades educativas, con énfasis en la ruta materno perinatal. • Gestión del riesgo: se aplicaron lineamientos de clasificación y seguimiento de acuerdo con el comité de riesgo, con trazabilidad completa de casos. • Se realizó notificación a la EAPB, de la cohorte de gestantes y gestión del riesgo mes a mes, desde el programa de maternidad segura. <p>3. Se elaboró el informe final del Plan de Trabajo de la Ruta Materno Perinatal 2025, evidenciando el cumplimiento del cronograma, avances en atenciones individuales, actividades educativas y tamizajes, así como la identificación de oportunidades de mejora para el fortalecimiento continuo de la ruta. El seguimiento sistemático permitió garantizar un control integral del estado de salud materna y fetal, identificando oportunamente factores de riesgo y brindando acompañamiento en cada etapa del embarazo.</p> <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 2.1.4 "Realizar un plan de trabajo para el fortalecimiento de la Ruta Materno Perinatal en la ESE ISABU", alcanzando un cumplimiento del 100% de lo programado, ubicándose por encima de la meta definida para la vigencia ($\geq 90\%$).</p> <p>Evidencias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cronograma del Plan de Trabajo de la Ruta Materno Perinatal 2025. 2. Informe del I, II, III y IV trimestre de 2025 de ejecución del Plan de trabajo de la Ruta Materno Perinatal.
--	-------------	--

		3. Informe final del plan de trabajo de la RIA ruta perinatal vigencia 2025.
<p>Proyecto: 2.1.5 realizar el reporte de los registros individuales de prestación de servicios de salud – RIPS</p> <p>Actividad</p> <p>1. Presentar informe de reporte de RIPS ante la Junta Directiva</p>	100%	<p>Durante la vigencia 2025 se elaboró y socializó de manera trimestral el Perfil Epidemiológico Institucional, a partir del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), como insumo para la toma de decisiones en salud pública y planeación institucional. Dichos perfiles fueron presentados ante la Junta Directiva de la ESE ISABU, conforme al siguiente detalle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I trimestre: presentado en la sesión del 30 de abril de 2025, conforme Acta No. 3. • II trimestre: presentado en la sesión del 29 de julio de 2025, conforme al Acta No. 5. • III trimestre: presentado en la sesión del 26 de noviembre de 2025, conforme al Acta No. 9. • IV trimestre: presentado en la sesión del 29 de noviembre de 2025, conforme al Acta No. 10, correspondiente al perfil epidemiológico parcial de los meses de octubre y noviembre de 2025. <p>Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 2.1.5 “Realizar el reporte de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS”, alcanzando un cumplimiento del 100%, al haberse elaborado y presentado cuatro (4) perfiles epidemiológicos, de acuerdo con lo programado para la vigencia.</p> <p>Evidencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta No. 3 del 30 de abril de 2025. • Acta No. 5 del 29 de julio de 2025. • Acta No. 9 del 26 de noviembre de 2025. • Acta No. 10 del 29 de noviembre de 2025.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Dentro del proceso misional de Salud Pública, correspondiente a la Dependencia – Subgerencia Científica, la Oficina de Control Interno efectuó la revisión de los tres proyectos contemplados en el Plan Operativo Anual adoptado por la entidad.

Como parte del ejercicio evaluativo, se verificaron las evidencias de cada actividad y producto reportado, las cuales se encontraron debidamente registradas y disponibles en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación.

A partir de esta verificación y del análisis de cumplimiento reportado por la dependencia, se confirma que los tres proyectos evaluados alcanzaron un nivel de cumplimiento del 100%.

6. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Los proyectos evaluados lograron el cumplimiento del 100%, sin embargo, se generan las siguientes recomendaciones con el objetivo de estandarizar la información reportada: cuando el entregable corresponda a un plan, este debe elaborarse de acuerdo con los criterios y lineamientos definidos por la entidad en el documento CAL-P-001 “Elaboración y Control de Documentos y Registros”, adoptado en el Sistema de Gestión de la Calidad. Asimismo, los documentos deben ser cargados con su fecha de elaboración y, en el caso de los informes, se debe asegurar su revisión y validación por parte del responsable de la dependencia, dado que estos soportes son insumo fundamental para la adecuada toma de decisiones institucionales.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno		
1. Fecha: 30 de enero de 2026		2. Dependencia a evaluar: Subgerencia Científica Procesos Misionales
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Objetivos Estratégicos Plan de Desarrollo 2024-2027 2. 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. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Proyecto: 2.1.2 Realizar reporte de los indicadores del Decreto 2193/2004 Actividad: 1. Realizar los reportes de los indicadores del Decreto 2193/2004 de manera trimestral	100%	<p>Durante la vigencia 2025, la ESE ISABU realizó de manera trimestral y continua el seguimiento, análisis, validación y reporte de los indicadores establecidos en el Decreto 2193 de 2004, a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) y mediante el cargue oportuno de la información en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo con los lineamientos normativos vigentes.</p> <p>I Trimestre de 2025: En el marco del Comité CIGD, según Acta No. 01 del 30 de enero de 2025, se presentó el IV trimestre y cierre de la vigencia 2024. Durante este periodo se realizó el reporte de los indicadores así:</p> <ul style="list-style-type: none">Indicadores de Calidad y Producción: cargue y envío de soportes a la Secretaría de Salud Departamental el 12 de febrero de 2025.Indicadores Financieros: cargue, envío y sustentación ante la Secretaría de Salud Departamental el 5 de febrero de 2025. <p>La Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga certificó el 19 de febrero de 2025 que la información correspondiente al cuarto trimestre de 2024 fue enviada a la Secretaría de Salud Departamental a través de la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>II Trimestre de 2025 De acuerdo con el Acta No. 04 del Comité CIGD del 30 de abril de 2025, se presentó el I trimestre de 2025. Las actividades de reporte se desarrollaron de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">Indicadores de Calidad y Producción: cargue y envío de soportes el 5 de mayo de 2025, con sustentación realizada el 19 de mayo de 2025.Indicadores Financieros: cargue y envío a la Secretaría de Salud Departamental el 7 de mayo de 2025. <p>La Secretaría de Salud Municipal y Ambiente de Bucaramanga certificó el 15 de mayo de 2025 que la ESE ISABU envió oportunamente la información correspondiente al primer trimestre de 2025, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.</p>

III Trimestre de 2025

En sesión del Comité CIGD, según Acta No. 08 del 29 de julio de 2025, se presentó el II trimestre de 2025.

El reporte se efectuó así:

- Indicadores de Calidad y Producción: cargue y envío de soportes el 1 de agosto de 2025.
- Indicadores Financieros: cargue y envío a la Secretaría de Salud Departamental el 6 de agosto de 2025.

La Secretaría de Salud Municipal y Ambiente de Bucaramanga certificó el 14 de agosto de 2025 que la ESE ISABU remitió la información correspondiente al segundo trimestre de 2025, dando cumplimiento al Decreto 2193 de 2004.

IV Trimestre de 2025

En el Comité CIGD, de acuerdo con el Acta No. 12 del 6 de noviembre de 2025, se presentó el III trimestre de 2025.

Las acciones de reporte se realizaron de la siguiente manera:

- Indicadores de Calidad y Producción: cargue y envío de soportes a la Secretaría de Salud Departamental, con sustentación programada para el 12 de noviembre de 2025.
- Indicadores Financieros: cargue, envío y sustentación realizada el 6 de noviembre de 2025.

La Secretaría de Salud Municipal y Ambiente de Bucaramanga certificó el 18 de noviembre de 2025 que la ESE ISABU envió la información correspondiente al tercer trimestre de 2025, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

Las actividades ejecutadas durante la vigencia 2025 permitieron dar cumplimiento total a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Institucional, asociada al Proyecto 2.1.2 “Realizar reporte de los indicadores del Decreto 2193 de 2004”, alcanzando un cumplimiento del 100%, al realizar cuatro (4) reportes en la plataforma SIHO durante la vigencia, conforme a la meta definida (4 reportes anuales).

Evidencias

1. Acta No. 01 del 30 de enero de 2025 y certificado de la Secretaría de Salud Municipal y Ambiente de Bucaramanga del 19 de febrero de 2025.
2. Acta No. 04 del 30 de abril de 2025 y certificado de la Secretaría de Salud Municipal y Ambiente de Bucaramanga del 15 de mayo de 2025.
3. Acta No. 08 del 29 de julio de 2025 y certificado de la Secretaría de Salud Municipal y Ambiente de Bucaramanga del 14 de agosto de 2025.
4. Acta No. 12 del 6 de noviembre de 2025 y certificado de la Secretaría de Salud Municipal y Ambiente de Bucaramanga del 18 de noviembre de 2025.
5. Excel con la Producción vigencia 2025 Centros de Salud
6. Excel con la Producción vigencia 2025 Global

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Durante la revisión efectuada los procesos misionales, a cargo de la subgerencia científica, la Oficina de Control Interno evaluó un proyecto, incorporados en el Plan Operativo Anual (POA). El análisis se centró en la verificación de evidencias, el cumplimiento de metas y la consistencia del reporte realizado por la dependencia, donde se analizó lo siguiente:

1. Disponibilidad y organización de evidencias
Se constató que las evidencias de actividades y productos se encuentran debidamente registradas y cargadas en el repositorio oficial de la Oficina de Planeación. Esto refleja disciplina documental y facilita la trazabilidad del proceso.
2. Cumplimiento total según meta establecida
El proyecto evaluado alcanzaron un cumplimiento equivalente al 100%, de acuerdo con los parámetros definidos en el POA.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Continuar con el seguimiento permanente de los indicadores de producción con el objetivo de fortalecer la calidad en la prestación y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos del plan de desarrollo.

8. Firmas:



LEIDY LORENA MORA NIÑO
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)