



EMPALME EXITOSO

“ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS 2016 – 2020”

INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA

E.S.E ISABU



**GOBERNAR
ES HACER**

CUADRO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

ELABORADO Y REVISADO POR:

Equipo Directivo:

Juan Eduardo Durán Durán	Gerente
Gloria Patricia Arenas Castillo	Subdirección Científica
Yury Tatiana Chávez Duque	Subdirección Administrativa
Samuel Eduardo Arévalo Viñas	Oficina Asesora de Jurídica
Yaneth Montero Ojeda	Oficina Asesora de Calidad y Auditoria
Cristian Eduardo Cepeda Rincón	Oficina Asesora de Planeación
Martha Lucia Oliveros Uribe	D. Técnico -Unidades Hospitalarias
Lizeth Andrea Gómez	Director Técnico
Martha Lucia Rodríguez Archila	Director Técnico

Bucaramanga, marzo de 2020

Tabla de contenido

GENERALIDADES.....	11
1.1 RESEÑA HISTORICA DE LA ESE ISABU	27
1.2 JUNTA DIRECTIVA.....	27
1.3 GRUPO DIRECTIVO	28
1.4 FUNCIONARIOS DE LA ORGANIZACIÓN Y CONTRATISTAS.....	29
PROCESOS ESTRATÉGICOS.....	33
2.1 GESTIÓN PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	33
2.1.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	34
2.1.2 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	36
2.1.3 PLAN DE ACCIÓN ALCALDÍA – E.S.E ISABU	52
2.1.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	55
2.1.5 PLAN DE GESTIÓN	59
2.1.6 PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC	62
2.1.7 PLAN BIENAL	10
2.1.8 CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS	17
2.1.9 MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG	37
2.1.10 COMUNICACIONES.....	40
2.2 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	55
2.2.1 FORMALIZACIÓN LABORAL	55
2.2.2 PLAN DE CAPACITACIÓN	58
2.2.3 PLAN DE BIENESTAR.....	59
2.2.4 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	61
2.3 GESTIÓN DE CALIDAD	71
2.3.1 RESEÑA HISTÓRICA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA ESE ISABU 2.016-2.019.....	71
2.3.2 DEFINICIONES.....	72
2.3.3 ARTICULACIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA OFICINA DE CALIDAD A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO.....	73
2.3.4. PERSONAL OFICINA DE CALIDAD.....	74
2.3.5 SISTEMA DE GESTION POR PROCESOS	75
2.3.6 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD.....	89

2.3.6.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.....	89
2.3.6.2 AUDITORÍAS EXTERNAS E INTERNAS	97
2.3.6.3 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC).....	111
2.3.6.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.....	1
2.3.6.5 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	12
2.3.6.6 SEGURIDAD DEL PACIENTE 2016 - 2020.....	21
2.3.7 GESTIÓN AMBIENTAL.....	27
2.3.7.1 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES (PGHIRS).....	27
2.3.7.1.4. SISTEMA TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL NO DOMESTICA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1
2.3.8 MECI.....	1
2.4 ATENCIÓN AL USUARIO	3
2.4.1 AUDITORIAS SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.....	5
2.4.2 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	6
2.4.3 ACTIVIDADES DESTACADAS PARA FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN AL USUARIO.....	7
2.4.3.1 SOCIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS, DEBERES DE LOS USUARIOS PARTICIPACIÓN SOCIAL	8
2.4.3.2 CAPACITACIONES AL PERSONAL EN ATENCIÓN AL USUARIO	8
2.4.3.3 REUNIONES CON LOS LIDERES DE DIFERENTES ZONAS DE BUCARAMANGA	9
2.4.3.4 SOCIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS, DEBERES DE LOS USUARIOS EN PARTICIPACIÓN SOCIAL Y USO RACIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS	9
2.4.4 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.....	9
2.4.4.1 CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES REALIZADAS A LAS ALIANZAS DE USUARIOS DE LA ESE ISABU.....	11
2.4.4.2 PARTICIPACIÓN ALIANZA DE USUARIOS EN ACTIVIDADES DE COMUNIDAD	13
2.4.4.3 PARTICIPACIÓN DE ALIANZA DE USUARIOS EN PROCESOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS	15
PROCESOS MISIONALES.....	16
3.1 SUBGERENCIA CIENTÍFICA	16
3.2 CAPACIDAD INSTALADA	19
3.3 PRODUCCIÓN GLOBAL DE SERVICIOS DE SALUD	20
3.3.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR ENFERMERÍA VIGENCIAS 2016 A 2019	20
3.3.2 CONSULTA EXTERNA POR MEDICINA GENERAL VIGENCIAS 2016 A 2019.....	21
3.3.3 CONSULTA URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL VIGENCIAS 2016 A 2019.	22

3.3.4 CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA VIGENCIAS 2016 A 2019	23
3.3.5 CONSULTA EXTERNA REALIZADA POR OTROS PROFESIONALES VIGENCIAS 2016 A 2019	25
3.3.6 PRODUCCIÓN SERVICIO DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019	26
3.3.7 PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019.	30
3.3.8 EGRESOS - OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019.....	31
3.3.9 CIRUGÍAS VIGENCIAS 2016 A 2019.....	32
3.3.10 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019.....	33
3.3.11 APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019	34
3.5.1 ÍNDICE OCUPACIONAL.....	37
3.5.2 EGRESOS POR CAMA HOSPITALARIA.....	38
3.5.3 PROMEDIO DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POR EGRESO HOSPITALARIO	38
3.5.4 PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES (EN TRABAJO) Y PROMEDIO DIARIO DE CAMAS OCUPADAS	38
3.6 FARMACIA.....	40
3.7 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA RED	43
3.7.1 ZONA 1	44
3.7.1.1 CENTRO DE SALUD CAFÉ MADRID.....	44
3.7.1.2 CENTRO DE SALUD COLORADOS	49
3.7.1.3 CENTRO DE SALUD GAITÁN	53
3.7.1.4 CENTRO DE SALUD GIRARDOT.....	58
3.7.1.5 CENTRO DE SALUD IPC	63
3.7.1.6 CENTRO DE SALUD KENNEDY	68
3.7.1.7 CENTRO DE SALUD REGADEROS.....	73
3.7.1.8 CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL.....	77
3.7.1.9 CENTRO DE SALUD SANTANDER.....	81
3.7.1.10 CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	86
3.7.2 ZONA 2	90
3.7.2.1 CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA	90
3.7.2.2 CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO	95
3.7.2.3 CENTRO DE SALUD COMUNEROS.....	100
3.7.2.4 CENTRO DE SALUD CONCORDIA.....	105
3.7.2.5 CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO	109

3.7.2.6 CENTRO DE SALUD LA JOYA.....	114
3.7.2.7 CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD	118
3.7.2.8 CENTRO DE SALUD MORRORICO.....	123
3.7.2.9 CENTRO DE SALUD MUTIS.....	128
3.7.2.10 CENTRO DE SALUD PABLO SEXTO.....	133
3.7.2.11 CENTRO DE SALUD ROSARIO	138
3.7.2.12 CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA	143
3.7.3. UNIDADES HOSPITALARIAS	148
3.7.3.1 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE.....	148
3.7.3.2 UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA.....	171
3.7.4 EQUIPO EXTRAMURAL UIMIST.....	183
3.7.4.1 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD EQUIPO EXTRAMURAL	184
3.8 ATENCIÓN A POBLACIÓN EXTRANJERA 2016 A 2019.....	187
3.9 SALUD PÚBLICA.....	189
3.10 SALUD INFANTIL.....	194
3.11 PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA “LA MAGIA DEL AMOR”	198
3.12 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.....	206
3.13 PERFIL EPIDEMIOLOGICO.....	213
3.14 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	219
3.15 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).....	229
3.16 PROGRAMA DE SALUD MENTAL	236
4. PROCESOS DE APOYO	250
4.1 GESTIÓN FINANCIERA	250
4.1.1 GESTIÓN PRESUPUESTAL	250
4.1.2 SITUACIÓN FINANCIERA FINAL 2019	263
4.1.3 GESTIÓN DE CARTERA	270
4.1.4. GESTIÓN FINANCIERA VIGENCIA 2020 – ENERO Y FEBRERO	273
4.2 GESTIÓN JURÍDICA	294
4.2.1. ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACIÓN.....	295
4.2.2 CONTRATACION VIGENTE.	302
4.2.3. TRANSPARENCIA Y ECONOMÍA DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL.....	303

4.2.4. DEFENSA JUDICIAL.....	312
4.2.5. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO.....	321
4.2.6. DEFENSA DE LOS INTERESES INSTITUCIONALES.....	324
4.3. GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	332
4.3.1 BIENES MUEBLES.....	332
4.3.2 INVENTARIOS	349
4.3.3 BAJA DE ACTIVOS	352
4.3.4 MANTENIMIENTO	355
4.3.4.1 MANTENIMIENTO EQUIPO BIOMEDICO	355
4.3.4.2 MANTENIMIENTO EQUIPO INDUSTRIAL.....	362
4.3.4.3 MANTENIMIENTO DE ASCENSORES	363
4.3.4.4 MANTENIMIENTO DE PLANTAS ELECTRICAS	364
4.3.4.5 MANTENIMIENTO ELECTROBOMBAS Y SISTEMA CONTRA INCENDIOS.....	367
4.3.4.6 MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS Y NEVERAS.....	369
4.3.4.7 MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR	371
4.3.4.8 MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	376
4.3.4.8.1 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	376
4.3.4.8.2 UIMIST	384
4.3.4.8.3 CENTROS DE SALUD ESE ISABU.....	386
4.4. GESTIÓN DE LAS TICS	403
4.4.1. SOFTWARE	403
4.4.1.1 TELECITAS	403
4.4.1.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN: (CNT PACIENTES – PANACEA).....	407
4.4.2 HARDWARE	414
4.4.3 PLANES	425
4.4.4 POLÍTICAS.....	426
4.4.5 MANTENIMIENTOS PREVENTIVO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO	427
4.5. GESTIÓN DOCUMENTAL.....	429

Tabla de Contenido de Tablas

Tabla 1 Miembros de la Junta Directiva vigente de la ESE ISABU	27
Tabla 2 Grupo Directivo ESE ISABU vigente	28
Tabla 3 Relación de número de cargos en planta y su denominación de empleo	29
Tabla 4 Relación de cantidades (Administrativos – Asistenciales) de prestación de servicios personal	30
Tabla 5 Talento Humano Oficina Asesora de Planeación	33
Gráfico 1 Organigrama Funcional	35
Tabla 6 Cumplimiento Objetivo Estratégico 1 del Plan de Desarrollo E.S.E ISABU 2016-2020	37
Tabla 7 Resultados del cumplimiento por año Objetivo Estratégico 1 del Plan de Desarrollo 2016 -2020	39
Tabla 8 Cumplimiento Objetivo Estratégico 2 del Plan de Desarrollo E.S.E ISABU 2016-2020	40
Tabla 9 Resultados del cumplimiento por año Objetivo Estratégico 2 del Plan de Desarrollo 2016 -2020	43
Tabla 10 Cumplimiento Objetivo Estratégico 3 del Plan de Desarrollo E.S.E ISABU 2016-2020	44
Tabla 11 Resultados del cumplimiento por año Objetivo Estratégico 3 del Plan de Desarrollo 2016 -2020	47
Tabla 12 Cumplimiento Objetivo Estratégico 4 del Plan de Desarrollo E.S.E ISABU 2016-2020	48
Tabla 13 Resultados del cumplimiento por año Objetivo Estratégico 4 del Plan de Desarrollo 2016 -2020	50
Tabla 14 Consolidado de Resultados de cumplimiento vigencia 2017, 2018, 2019 del Plan de Acción del Plan de Desarrollo 2016 – 2020	51
Tabla 15 Cumplimiento del Plan de Acción Alcaldía de Bucaramanga vigencia 2016 - 2019	52
Tabla 16 Ubicación de las sedes que conforman la red de la ESE ISABU	55
Tabla 17 Ubicación de las sedes que conforman la red de la ESE ISABU de acuerdo a la Resolución 0058 del 4 de febrero de 2020	58
Tabla 18 Escala de resultados – Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012	60
Tabla 19 Evaluación de los Indicadores de Gestión vigencia 2017, 2018 y 2019	61
Tabla 20 Resultados de la Evaluación de Gestión de las vigencias 2017 y 2018	62
Tabla 21 Consolidado estrategia de racionalización de trámites vigencia 2019.	67
Tabla 22 Datos de operación en Plataforma SUIT	67
Tabla 23 Datos Abiertos	4
Tabla 24 Estrategia Rendición de Cuentas vigencia 2017 Y 2018	5
Tabla 25 Canales de comunicación para el Servicio Ciudadano ESE ISABU	8
Tabla 26 Proyectos inscritos Plataforma Plan Bienal periodo 2014–2015–ajuste 4	11
Tabla 27 Proyectos inscritos Plataforma Plan Bienal periodo 2018 – 2019	13
Tabla 28 Estado de los proyectos inscritos en el periodo 2018 - 2019	14
Tabla 29 Proyectos inscritos Plataforma Plan Bienal periodo 2020 – 2021	15
Tabla 30 Relación de comodato de la vigencia 2016	17
Tabla 31 Convenio Interadministrativo 227 de 2017	18
Tabla 32 Convenio Interadministrativo 299 de 2017	20
Tabla 33 Adquisición Convenio 299 de 2017	21
Tabla 34 Convenio Interadministrativo 337 de 2017	22
Tabla 35 Convenio Interadministrativo 268 de 2018	24
Tabla 36 Equipamiento Adquirido Convenio 268 de 2018	25
Tabla 37 Equipamiento no comprador Convenio 268 de 2018	27
Tabla 38 Balance financiero Convenio 268 de 2018	27
Tabla 39 Convenio interadministrativo 129 de 2019	29
Tabla 40 Convenio interadministrativo 152 de 2019	31
Tabla 41 Contrato de Obra de la Ejecución del Convenio 152 - 2019	33

Tabla 42	Convenio Interadministrativo 230 de 2019.....	34
Tabla 43	Equipamiento adquirido con el proveedor 3-60 LTDA.....	35
Tabla 44	Equipamiento adquirido con el William Felipe Cárdenas Herrera.....	36
Tabla 45	Cumplimiento al plan de mejoramiento 2018 al MIPG.....	37
Tabla 46	Resultados de evaluación del FURAG por políticas de la vigencia 2018.....	38
Tabla 47	Personal de Planta vigencia 2019.....	56
Tabla 48	Personal de Planta vigencia 2020.....	57
Gráfico 2	Plan Formalización 2021-2023.....	58
Tabla 49	Evolución normativa del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo durante el periodo 2016-2019 en la ESE ISABU.....	63
Tabla 50	Evolución del Programa de Gestión de Peligro Biológico.....	63
Tabla 51	Registro de Accidentes de Trabajo vigencia 2016-2020.....	67
Tabla 52	Listado Personal Oficina de Calidad.....	74
Tabla 53	Listado de Procesos, Subprocesos y Procedimientos Macroproceso Estratégico 2019-2020.....	81
Tabla 54	Listado de Procesos, Subprocesos y Procedimientos Macroproceso Misional 2019-2020.....	82
Tabla 55	Listado de Procesos, Subprocesos y Procedimientos Macroproceso Apoyo 2019-2020.....	83
Tabla 56	Listado de Procesos, Subprocesos y Procedimientos Macroproceso Evaluación 2019-2020.....	84
Tabla 57	Comparativo Procesos, subprocesos, procedimientos Macroproceso Estratégico 2016-2020.....	85
Tabla 58	Comparativo Procesos, subprocesos, procedimientos Macroproceso Misional 2016-2020.....	86
Tabla 59	Comparativo Procesos, subprocesos, procedimientos Macroproceso Apoyo 2016-2020.....	87
Tabla 60	Comparativo Procesos, subprocesos, procedimientos Macroproceso Evaluación 2016-2020.....	88
Tabla 61	Políticas Institucionales aprobadas 2017-2020.....	89
Tabla 62	Servicios Habilitados ante el Repts Unidades Hospitalarias.....	90
Tabla 63	Servicios Habilitados ante el Repts Centros de Salud Zona Noroccidente.....	91
Tabla 64	Servicios Habilitados ante el Repts Centros de Salud Zona Noroccidente.....	92
Tabla 65	Cumplimiento de Estándares de Habilitación de Talento Humano e Infraestructura de acuerdo a Resolución 2003/14.....	93
Tabla 66	Cumplimiento de Estándares de Habilitación de Dotación y Medicamentos, dispositivos e insumos de acuerdo a Resolución 2003/14.....	94
Tabla 67	Cumplimiento de Estándares de Habilitación de Procesos prioritarios, Historias clínicas e interdependencias de servicios.....	95
Tabla 68	Fortalecimiento del Estándar de Dotación.....	96
Tabla 69	Adquisición de Camas y Cunas por vigencia.....	97
Tabla 70	Aumento de Capacidad Instalada Camas.....	97
Gráfico 3	Reingresos al Servicio de Urgencias antes de las 72 horas por la misma causa.....	98
Gráfico 4	Reingresos al Servicio de Hospitalización antes de los 15 días por el mismo diagnóstico.....	99
Gráfico 5	Cirugía Cancelada por causas atribuibles a la Institución.....	99
Gráfico 6	Medición de adherencia a guía de Crecimiento y Desarrollo.....	100
Gráfico 7	Medición de Adherencia a Guía de Riesgo Cardiovascular.....	101
Tabla 71	Resultado global Auditorías Internas 2017-2020.....	102
Gráfico 8	Seguimiento a Auditorías Externas 2017-2020.....	103
Gráfico 9	Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de Auditorías Externas.....	104
Tabla 72	Seguimiento Plan de Mejoramiento Supersalud.....	106
Gráfico 10	Resultado Auditoría Integral Secretaría de Salud Municipal 2016-2019.....	107
Tabla 73	Hallazgos/Acciones cumplidas Auditoría Contraloría Municipal 2017-2019.....	109
Gráfico 11	Número de Acciones Programadas/Acciones Realizadas 2017-2019.....	110

Tabla 74 Implementación Pamec 2016-2019	111
Tabla 75 Resultado Pamec 2015-2019	111
Gráfico 12 Porcentaje de Cumplimiento Pamec 2016-2019	112
Tabla 76 Actividades Pendientes por cumplir Ciclo PHVA 2019	1
Tabla 77 Evolución del Sistema de Información para la Calidad 2016-2019	1
Gráfico 13 Indicador de Oportunidad Consulta de Medicina General Primera vez	2
Tabla 78 Oportunidad de consulta de Medicina General primera vez y control por Centro de Salud 2017-2019 de acuerdo a Resolución 1552 del 2013	3
Gráfico 14 Indicador de Oportunidad Consulta Odontología primera vez.....	4
Tabla 79 Oportunidad Consulta Odontología Primera vez y control por Centro de Salud 2017-2020 de acuerdo a Resolución 1552 del 2013	4
Gráfico 15 Oportunidad Consulta de Medicina Interna Primera vez.....	5
Gráfico 16 Oportunidad Consulta de Ginecología Primera vez.....	6
Gráfico 17 Oportunidad Consulta de Obstetricia Primera Vez	6
Gráfico 18 Oportunidad de Consulta de Pediatría Primera vez	7
Gráfico 19 Oportunidad de Consulta de Cirugía General primera vez	7
Gráfico 20 Triage II.....	8
Gráfico 21 Oportunidad en Ecografía 2017-2020	9
Gráfico 22 Oportunidad en Radiología 2017-2019	9
Gráfico 23 Oportunidad en entrega de resultados de Laboratorio Clínico	10
Gráfico 24 Total de fórmulas dispensadas/ total pendientes 2017-2019.....	11
Gráfico 25 Total de fórmulas dispensadas/total pendientes unidades hospitalarias 2017-2019	11
Gráfico 26 Total formulas dispensados/total pendientes farmacias centros de salud 2017-2020.....	12
Tabla 80 Autoevaluación estándares de Acreditación 2016-2019	13
Tabla 81 Logros Estándar Cliente Asistencial.....	13
Tabla 82 Logros Estándar Direccionamiento	14
Tabla 83 Logros Estándar Gerencia	14
Tabla 84 Logros Estándar Talento Humano	15
Tabla 85 Logros Estándar Ambiente Físico	15
Tabla 86 Logros Estándar Gerencia de la tecnología	15
Tabla 87 Logros Estándar Gerencia de la Información.	16
Tabla 88 Logros Estándar Mejoramiento Continuo	16
Gráfico 27 Gestión Eventos Adversos 2016 – 2019	22
Gráfico 28 Porcentaje Reporte Eventos Adversos e Incidentes 2017 – al primer bimestre 2020	22
Tabla 89 Clasificación y Gestión de los Eventos Adversos Reportados en la ESE ISABU 2017- 2019	23
Tabla 90 Avances del Programa de Seguridad del Paciente.....	24
Gráfico 29 Inversión Ambiental	27
Gráfico 30 Capacitaciones PGIRHS 2016-2019	28
Gráfico 31 Socialización Política 2016-2019	29
Gráfico 32 Generación Material Reciclable	40
Gráfico 33 Destinación de los Residuos Generados en la ESE ISABU	41
Gráfico 34 Consumo de Agua	41
Gráfico 35 Consumo Energía.....	42
Tabla 91 Comportamiento MECI por componentes 2016-2019.....	2
Tabla 92 Clasificación PQRSF 2016-2020	3
Gráfico 36 Cantidad de PQRSF 2016- Febrero 2020	3

Gráfico 37 Consolidado PQRSF 2016- febrero 2020	4
Tabla 93 Seguimiento a Quejas 2016-2020	4
Gráfico 38 Puntaje Auditorías Secretaria de Salud Municipal	6
Tabla 94 Evaluación Satisfacción del Usuario	6
Gráfico 39 Porcentaje de Satisfacción al Usuario 2016-2020	7
Tabla 95 Miembros Junta directiva y Comités participación social alianza de usuarios	10
Tabla 96 Reuniones y Capacitaciones realizadas con la alianza de usuarios	11
Tabla 97 Talento Humano Administrativo Subgerencia Científica	18
Tabla 98 Capacidad Instalada ESE ISABU	19
Tabla 99 Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	20
Gráfico 40 Producción Promoción y Prevención Enfermería Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	21
Tabla 100 Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	21
Gráfico 41 Producción Consulta Medicina General Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	22
Tabla 101 Informe de producción de consulta Urgencias por Medicina General vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	22
Gráfico 42 Producción Consulta de Urgencias Medicina General Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	23
Tabla 102 Consulta Medicina Especializada vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	24
Gráfico 43 Producción Medicina Especializada Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	24
Tabla 103 Consulta externa realizada por otros Profesionales vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	25
Gráfico 44 Producción Otras Consultas Electivas Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	25
Tabla 104 Producción servicio de Odontología vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	26
Gráfico 45 Producción Odontología Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	26
Tabla 105 Horas Odontólogo Mes por Unidad Operativa Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	27
Tabla 106 Cobertura de Odontólogos por Unidad Operativa Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	27
Tabla 107 Número de Sesiones Odontología vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	28
Tabla 108 Indicador Tratamientos terminados Odontología vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	29
Tabla 109 Indicador Tratamientos Terminados Odontología / Horas Odontólogo 2016 a 2019 ESE ISABU	29
Tabla 110 Partos vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	30
Gráfico 46 Producción Partos Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	30
Tabla 111 Indicador Proporción Cesárea / Parto Vaginal vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	31
Tabla 112 Observación vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	31
Gráfico 47 Egresos y Pacientes en Observación Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	31
Tabla 113 Cirugías vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	32
Gráfico 48 Producción Cirugías del 2016 a 2019 ESE ISABU	33
Tabla 114 Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	33
Gráfico 49 Producción Apoyo Diagnóstico Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	34
Tabla 115 Informe de producción Apoyo Terapéutico vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	34
Gráfico 50 Producción Apoyo Terapéutico Vigencias 2016 a 2019 ESE ISABU	35
Tabla 116 Producción de Servicios en Unidad de Valor Relativo – UVR ESE ISABU	36
Tabla 117 Indicadores Hospitalarios ESE ISABU	39
Gráfico 51 Relación Medicamentos Dispensados / Pendientes 2017 - 2019 ESE ISABU	42
Tabla 118 Distribución de la red por zonas ESE ISABU	43
Tabla 119 Datos de identificación Café Madrid	44
Tabla 120 Capacidad Instalada Café Madrid	44
Tabla 121 Horarios de atención Café Madrid	45
Tabla 122 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales Café Madrid	45

Tabla 123 Talento humano C.S Café Madrid	46
Tabla 124 Informe de Producción de Consulta Externa vigencias 2016-2019 Café Madrid.....	46
Tabla 125 Informe de Producción de Odontología vigencias 2016 a 2019 Café Madrid	47
Tabla 126 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 Café Madrid	48
Tabla 127 Datos de identificación Colorados	49
Tabla 128 Capacidad Instalada Colorados	49
Tabla 129 Horarios de Atención Colorados	50
Tabla 130 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales Colorados	50
Tabla 131 Talento Humano CS Colorados.....	51
Tabla 132 Informe de Producción de Consulta externa vigencias 2016 a 2019 Colorados.....	51
Tabla 133 Informe de Producción Odontología vigencias 2016 a 2019 Colorados.....	52
Tabla 134 Informe de producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 Colorados.....	52
Tabla 135 Datos de identificación CS Gaitán	53
Tabla 136 Capacidad Instalada CS Gaitán	54
Tabla 137 Horarios de atención CS Gaitán	54
Tabla 138 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Gaitán	54
Tabla 139 Talento Humano C.S Gaitán.....	55
Tabla 140 Informe de Producción Consulta externa vigencias 2016 a 2019 CS Gaitán	55
Tabla 141 Informe de Producción de Odontología vigencias 2016 a 2019 CS Gaitán	56
Tabla 142 Informe de Producción de Apoyo diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Gaitán	57
Tabla 143 Datos de identificación CS Girardot.....	58
Tabla 144 Capacidad Instalada CS Girardot.....	58
Tabla 145 Horarios de Atención CS Girardot.....	59
Tabla 146 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Girardot.....	59
Tabla 147 Talento Humano C.S Girardot.....	60
Tabla 148 Informe de Producción de Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Girardot.....	60
Tabla 149 Informe de Producción de Odontología vigencias 2016 a 2019 CS Girardot.....	61
Tabla 150 Informe de Producción de Apoyo diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Girardot.....	62
Tabla 151 Datos de identificación CS IPC.....	63
Tabla 152 Capacidad Instalada CS IPC.....	63
Tabla 153 Horarios de atención CS IPC	64
Tabla 154 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS IPC.....	64
Tabla 155 Talento Humano CS IPC	65
Tabla 156 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS IPC.....	65
Tabla 157 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS IPC.....	66
Tabla 158 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS IPC.....	67
Tabla 159 Informe de Producción de Apoyo Terapéutico vigencias 2016 a 2019 CS IPC.....	67
Tabla 160 Datos de identificación CS Kennedy.....	68
Tabla 161 Capacidad Instalada CS Kennedy.....	69
Tabla 162 Horarios de atención CS Kennedy	69
Tabla 163 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Kennedy	69
Tabla 164 Talento Humano CS Kennedy	70
Tabla 165 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Kennedy	70
Tabla 166 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Kennedy.....	71
Tabla 167 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Kennedy.....	72
Tabla 168 Datos de identificación CS Regaderos.....	73

Tabla 169 Capacidad Instalada CS Regaderos.	73
Tabla 170 Horarios de atención CS Regaderos.....	73
Tabla 171 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Regaderos.	74
Tabla 172 Talento Humano CS Regaderos.	74
Tabla 173 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Regaderos.	75
Tabla 174 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Regaderos.	75
Tabla 175 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Regaderos.	76
Tabla 176 Datos de identificación CS San Rafael.....	77
Tabla 177 Capacidad Instalada CS San Rafael.....	77
Tabla 178 Horarios de atención CS San Rafael.....	78
Tabla 179 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS San Rafael.....	78
Tabla 180 Talento Humano CS San Rafael.....	79
Tabla 181 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS San Rafael.....	79
Tabla 182 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS San Rafael.....	80
Tabla 183 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS San Rafael.....	80
Tabla 184 Datos de identificación CS Santander.....	81
Tabla 185 Capacidad Instalada CS Santander.....	82
Tabla 186 Horarios de atención CS Santander.....	82
Tabla 187 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Santander.....	82
Tabla 188 Talento Humano CS Santander.....	83
Tabla 189 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Santander.....	83
Tabla 190 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Santander.....	84
Tabla 191 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Santander.....	85
Tabla 192 Datos de identificación CS Villa Rosa.....	86
Tabla 193 Capacidad Instalada CS Villa Rosa.....	86
Tabla 194 Horarios de atención CS Villa Rosa.....	87
Tabla 195 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Villa Rosa.....	87
Tabla 196 Talento Humano CS Villa Rosa.....	88
Tabla 197 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Villa Rosa.....	88
Tabla 198 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Villa Rosa.....	89
Tabla 199 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Villa Rosa.....	89
Tabla 200 Datos de identificación CS Bucaramanga.....	90
Tabla 201 Capacidad Instalada CS Bucaramanga.....	91
Tabla 202 Horarios de atención CS Bucaramanga.....	91
Tabla 203 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Bucaramanga.....	91
Tabla 204 Talento Humano CS Bucaramanga.....	92
Tabla 205 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Bucaramanga.....	93
Tabla 206 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Bucaramanga.....	93
Tabla 207 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Bucaramanga.....	94
Tabla 208 Datos de identificación CS Campo Hermoso.....	95
Tabla 209 Capacidad Instalada CS Campo Hermoso.....	96
Tabla 210 Horarios de atención CS Campo Hermoso.....	96
Tabla 211 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Campo Hermoso.....	96
Tabla 212 Talento Humano CS Campo Hermoso.....	97
Tabla 213 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Campo Hermoso.....	97
Tabla 214 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Campo Hermoso.....	98

Tabla 215 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Campo Hermoso	99
Tabla 216 Datos de identificación CS Comuneros.....	100
Tabla 217 Capacidad Instalada CS Comuneros.....	100
Tabla 218 Horarios de atención CS Comuneros	101
Tabla 219 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Comuneros	101
Tabla 220 Talento Humano CS Comuneros	102
Tabla 221 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Comuneros.....	102
Tabla 222 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Comuneros.....	103
Tabla 223 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Comuneros	103
Tabla 224 Datos de identificación CS Concordia.	105
Tabla 225 Capacidad Instalada CS Concordia	105
Tabla 226 Horarios de atención CS Concordia	105
Tabla 227 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Concordia.....	106
Tabla 228 Talento Humano CS Concordia.....	106
Tabla 229 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Concordia	107
Tabla 230 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Concordia	107
Tabla 231 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Concordia	108
Tabla 232 Datos de identificación CS Cristal Alto.....	109
Tabla 233 Capacidad Instalada CS Cristal Alto.....	110
Tabla 234 Horarios de atención CS Cristal Alto.	110
Tabla 235 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Cristal Alto.....	110
Tabla 236 Talento Humano CS Cristal Alto.	111
Tabla 237 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Cristal Alto.....	111
Tabla 238 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Cristal Alto.	112
Tabla 239 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Cristal Alto.	112
Tabla 240 Datos de identificación CS La Joya.	114
Tabla 241 Capacidad Instalada CS La Joya	114
Tabla 242 Horarios de atención CS La Joya.....	114
Tabla 243 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS La Joya	115
Tabla 244 Talento Humano CS La Joya.....	115
Tabla 245 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS La Joya	116
Tabla 246 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS La Joya	116
Tabla 247 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS La Joya	117
Tabla 248 Datos de identificación CS Libertad.	118
Tabla 249 Capacidad Instalada CS Libertad	118
Tabla 250 Horarios de atención CS Libertad.....	119
Tabla 251 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Libertad	119
Tabla 252 Talento Humano CS Libertad.....	120
Tabla 253 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Libertad	120
Tabla 254 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Libertad	121
Tabla 255 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Libertad	121
Tabla 256 Informe de Producción de Apoyo Terapéutico vigencias 2016 a 2019 CS Libertad	122
Tabla 257 Datos de identificación CS Morrórico.	123
Tabla 258 Capacidad Instalada CS Morrórico	124
Tabla 259 Horarios de atención CS Morrórico	124
Tabla 260 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Morrórico.....	124

Tabla 261 Talento Humano CS Morrорico	125
Tabla 262 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Morrорico	125
Tabla 263 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Morrорico	126
Tabla 264 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Morrорico.....	127
Tabla 265 Datos de identificación CS Mutis.....	128
Tabla 266 Capacidad Instalada CS Mutis.....	128
Tabla 267 Horarios de atención CS Mutis	129
Tabla 268 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Mutis	129
Tabla 269 Talento Humano CS Mutis	130
Tabla 270 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Mutis	130
Tabla 271 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Mutis	131
Tabla 272 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Mutis	131
Tabla 273 Datos de identificación CS Pablo Sexto.	133
Tabla 274 Capacidad Instalada CS Pablo Sexto	133
Tabla 275 Horarios de atención CS Pablo Sexto	134
Tabla 276 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Pablo Sexto	134
Tabla 277 Talento Humano CS Pablo Sexto	135
Tabla 278 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Pablo Sexto	135
Tabla 279 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Pablo Sexto	136
Tabla 280 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Pablo Sexto	136
Tabla 281 Datos de identificación CS Rosario.....	138
Tabla 282 Capacidad Instalada CS Rosario.....	138
Tabla 283 Horarios de atención CS Rosario	138
Tabla 284 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Rosario	139
Tabla 285 Talento Humano CS Rosario	139
Tabla 286 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Rosario	140
Tabla 287 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Rosario	141
Tabla 288 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Rosario	141
Tabla 289 Datos de identificación CS Toledo Plata.	143
Tabla 290 Capacidad Instalada CS Toledo Plata	143
Tabla 291 Horarios de atención CS Toledo Plata.....	143
Tabla 292 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales CS Toledo Plata	144
Tabla 293 Talento Humano CS Toledo Plata.....	144
Tabla 294 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 CS Toledo Plata	145
Tabla 295 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 CS Toledo Plata	146
Tabla 296 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 CS Toledo Plata	146
Tabla 297 Informe de Producción de Apoyo Terapéutico vigencias 2016 a 2019 CS	147
Tabla 298 Datos de identificación Hospital Local del Norte.....	148
Tabla 299 Capacidad Instalada Urgencias Hospital Local del Norte	149
Tabla 300 Capacidad Instalada Hospitalización Hospital Local del Norte	149
Tabla 301 Capacidad Instalada Cirugía Hospital Local del Norte	149
Tabla 302 Capacidad Instalada Consulta Externa Hospital Local del Norte	150
Tabla 303 Capacidad Instalada Partos Hospital Local del Norte	150
Tabla 304 Horarios de atención Urgencias Hospital Local del Norte.....	150
Tabla 305 Horarios de atención Hospitalización Hospital Local del Norte	151
Tabla 306 Horarios de atención Cirugía Hospital Local del Norte.....	151

Tabla 307 Horarios de atención Consulta Extrerna Hospital Local del Norte	151
Tabla 308 Horarios de atención Partos Hospital Local del Norte	151
Tabla 309 de atención Apoyo Diagnóstico Hospital Local del Norte	151
Tabla 310 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales Hospital Local del Norte	152
Tabla 311 Talento Humano Hospital Local del Norte Urgencias	153
Tabla 312 Talento Humano Hospital Local del Norte Hospitalización	155
Tabla 313 Talento Humano Hospital Local del Norte Pediatría	156
Tabla 314 Talento Humano Hospital Local del Norte Cirugía	157
Tabla 315 Talento Humano Hospital Local del Norte Consulta Externa	157
Tabla 316 Talento Humano Hospital Local del Norte Sala de Partos	158
Tabla 317 Talento Humano Hospital Local del Norte Laboratorio Clínico	159
Tabla 318 Talento Humano Hospital Local del Norte Radiología	159
Tabla 319 Informe de Producción Consulta Externa Medicina vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte .	160
Tabla 320 Informe de Producción Medicina General Urgente Vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	160
Tabla 321 Informe de Producción Medicina General Urgente Vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte .	161
Tabla 322 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	161
Tabla 323 Informe de Producción Partos vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	162
Tabla 324 Informe de Producción Egresos Hospitalarios - Observación vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	162
Tabla 325 Informe de Producción Quirófanos Vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	163
Tabla 326 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico Vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	164
Tabla 327 Informe de Producción de Apoyo Terapéutico vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	164
Tabla 328 Indicadores Hospitalarios Vigencias 2016 a 2019 Hospital Local del Norte	165
Tabla 329 Datos de identificación UIMIST.	171
Tabla 330 Capacidad Instalada UIMIST Urgencias	171
Tabla 331 Capacidad Instalada UIMIST Hospitalización	171
Tabla 332 Capacidad Instalada UIMIST Consulta Externa	172
Tabla 333 Capacidad Instalada UIMIST sala de Partos	172
Tabla 334 Horario de Atención Servicio de Urgencia	172
Tabla 335 Horarios de atención UIMIST Hospitalización	172
Tabla 336 Horarios de atención UIMIST Consulta Externa	173
Tabla 337 Horarios de atención UIMIST Partos	173
Tabla 338 Horarios de atención UIMIST Laboratorio Clínico	173
Tabla 339 Servicios habilitados REPS y especificaciones individuales UIMIST	173
Tabla 340 Talento Humano UIMIST Urgencias	174
Tabla 341 Talento Humano UIMIST Consulta Externa	175
Tabla 342 Talento Humano UIMIST Laboratorio Clínico	175
Tabla 343 Talento Humano UIMIST Radiología	176
Tabla 344 Informe de Producción Consulta Externa Enfermería vigencias 2016 a 2019 UIMIST	176
Tabla 345 Informe de Producción Consulta Externa Medicina vigencias 2016 a 2019 UIMIST	177
Tabla 346 Informe de Producción Consulta Medicina General Urgente vigencias 2016 a 2019 UIMIST	177
Tabla 347 Informe de Producción Consulta Medicina Especializada vigencias 2016 a 2019 UIMIST	178
Tabla 348 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 UIMIST	178
Tabla 349 Informe de Producción Partos Vigencias 2016 a 2019 UIMIST	179
Tabla 350 Informe de Producción de Egresos - Observación vigencias 2016 a 2019 UIMIST	179
Tabla 351 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 UIMIST	180

Tabla 352 Informe de Producción de Apoyo Terapéutico Vigencias 2016 a 2019 UIMIST	180
Tabla 353 Indicadores Hospitalarios Vigencias 2016 a 2019 CS	181
Tabla 354 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2016 a 2019 Equipo Extramural	184
Tabla 355 Informe de Producción de odontología vigencias 2016 a 2019 Equipo Extramural	184
Tabla 356 Informe de Producción de Apoyo Diagnóstico vigencias 2016 a 2019 Equipo Extramural	185
Tabla 357 Veredas Intervenidas por el Equipo Extramural	185
Tabla 358 Asilos Intervenidas por el Equipo Extramural	186
Tabla 359 Informe de Producción ESE ISABU por nacionalidad Vigencias 2016 a 2019	187
Tabla 360 Estrategias y lugar de realización de Programas de Promoción Y Prevención	190
Tabla 361 Talento Humano Apoyo programas de Promoción Y prevención.	191
Tabla 362 Informe Comparativo de Estimaciones y ejecución vigencias 2016 a 2019 CS	192
Tabla 363 Informe de Aplicación de Biológicos Vigencias 2016 a 2019 Programa PAI	195
Tabla 364 Semaforización de coberturas.....	196
Gráfico 52 Cobertura de vacunación ESE ISABU, 2016 -2019	196
Tabla 365 Pruebas de embarazo tomadas en la estrategia sin Barreras 2018	201
Tabla 366 Pruebas de embarazo tomadas en la estrategia sin Barreras 2019	201
Tabla 367 Estadísticas del programa magia del amor Consultas ginecobstetricia - ecografías vigencia 2017	202
Tabla 368 Estadísticas del programa magia del amor Gestantes captadas antes de la semana 12 vigencia 2017	202
Tabla 369 Estadísticas del programa magia del amor Consultas ginecobstetricia - ecografías vigencia 2018	202
Tabla 370 Estadísticas del programa magia del amor Gestantes captadas antes de la semana 12 vigencia 2018	203
Tabla 371 Informe de Producción Consulta Externa vigencias 2019 Magia del Amor	203
Tabla 372 Estadísticas del programa magia del amor Consultas ginecobstetricia - ecografías vigencia 2018	203
Tabla 373 Estadísticas del programa magia del amor Gestantes captadas antes de la semana 12 vigencia 2019	203
Tabla 374 Total de Ecografías realizadas en el programa Maternidad Segura 2017 - 2019.....	204
Tabla 375 Talento Humano Vigilancia Epidemiológica	207
Tabla 376 Informe de contratación programa de Vigilancia en Salud Pública	207
Tabla 377 Actividades Vigilancia Epidemiológica Vigencias 2016 - 2019	208
Tabla 378 Indicadores de Gestión en Vigilancia en Salud Pública Vigencias 2016 - 2019	208
Tabla 379 Eventos de Notificación en Salud Pública Vigencias 2016 - 2019.....	209
Tabla 380 Notificación y análisis de morbilidad presentados durante la gestación, 5 principales causas vigencias 2016 - 2019	211
Tabla 381 Programa Control de la Tuberculosis y eliminación de Lepra Vigencias 2016 - 2019	211
Tabla 382 Causas de Morbilidad de Consulta Externa Vigencia 2016	214
Tabla 383 Causas de Morbilidad de Consulta de Urgencias Vigencia 2016	215
Tabla 384 Causas de Morbilidad de Morbilidad Hospitalaria Vigencia 2016.....	215
Tabla 385 Causas de Morbilidad de Consulta Externa Vigencia 2017	215
Tabla 386 Causas de Morbilidad de Consulta de Urgencias Vigencia 2017	216
Tabla 387 Causas de Morbilidad de Morbilidad Hospitalaria Vigencia 2017	216
Tabla 388 Causas de Morbilidad de Consulta Externa Vigencia 2018	217
Tabla 389 Causas de Morbilidad de Consulta de Urgencias Vigencia 2018	217
Tabla 390 Causas de Morbilidad de Morbilidad Hospitalaria Vigencia 2018.....	217
Tabla 391 Causas de Morbilidad de Consulta Externa Vigencia 2019	218
Tabla 392 Causas de Morbilidad de Consulta de Urgencias Vigencia 2019	218

Tabla 393 Causas de Morbilidad de Morbilidad Hospitalaria Vigencia 2019	219
Tabla 394 Información Contractual General 2016 a 2019 PIC	220
Tabla 395 Descripción de Actividades PIC 2016	221
Tabla 396 Población Intervenida por Ciclo Vital PIC 2016	221
Tabla 397 Descripción de Actividades PIC 2017	222
Tabla 398 Población Intervenida por Ciclo Vital PIC 2017	222
Tabla 399 Descripción de Actividades PIC 2018	223
Tabla 400 Población Intervenida por Ciclo Vital PIC 2018	224
Tabla 401 Descripción de Actividades PIC 2019	224
Tabla 402 Población Intervenida por Ciclo Vital PIC 2019	225
Gráfico 53 Población Intervenida Plan de Intervenciones Colectivas PIC - Bucaramanga Vigencias 2016 – 2019	226
Gráfico 54 Población Intervenida por Curso de Vida, PIC Bucaramanga 2016 a 2019	226
Gráfico 55 Población Intervenida por Sexo - PIC Bucaramanga 2016 – 2019.....	227
Tabla 403 Información Contractual vigencia 2017 APS	232
Tabla 404 Descripción de Actividades APS 2017	232
Tabla 405 Población Intervenida por Ciclo Vital APS 2017	232
Tabla 406 Información Contractual vigencia 2018 APS	233
Tabla 407 Descripción de Actividades APS 2018	233
Tabla 408 Población Intervenida por Ciclo Vital APS 2018	233
Tabla 409 Información Contractual vigencia 2019 APS	234
Tabla 410 Descripción de Actividades APS 2019	234
Tabla 411 Población Intervenida por Ciclo Vital APS 2019	234
Tabla 412 Población Intervenida por Ciclo Vital Programa de Salud Mental 2017	237
Tabla 413 Intervenciones en Salud Mental en Poblaciones Especiales 2017	237
Tabla 414 Población Intervenida por Ciclo Vital Programa de Salud Mental 2018	237
Tabla 415 Intervenciones en Salud Mental en Poblaciones Especiales 2018	238
Tabla 416 Población Intervenida por Ciclo Vital Programa de Salud Mental 2019	239
Tabla 417 Intervenciones en Salud Mental en Poblaciones Especiales 2019	239
Tabla 418 Informe de Convenios vigentes con Universidades Educación Superior	241
Tabla 419 Informe de Convenios vigentes con Escuelas de Enfermería	241
Tabla 420 Informe de Programas Académicos con Universidades – Rotaciones 2017 - 2019	242
Tabla 421 Informe de Programas Académicos con Universidades por Unidades Operativas 2020	243
Tabla 422 Informe de Rotaciones de escuelas de Enfermería 2017 - 2019	245
Tabla 423 Informe de Rotaciones de escuelas de Enfermería 2020.....	246
Tabla 424. Ingresos corte a 31 de diciembre de 2015	250
Tabla 425 Gastos Vigencia 2015	250
Tabla 426 Valores adeudado por la ESE ISABU para la vigencia 2016	251
Tabla 427 Relación de Ingresos a corte 30 de junio de 2016	252
Tabla 428 Relación de gastos a corte 30 de junio de 2016	252
Tabla 429 Comportamientos de Ingresos, Gastos y Pagos, comparando la finalización del mes de Julio del año 2016 a Diciembre de 2016	253
Gráfico 56 Ingresos, Gastos y Pagos, comparando la finalización del mes de Julio del año 2016 a Diciembre de 2016	253
Gráfico 57 Ingresos vs gastos cifra en miles de millones a precios constantes 2019	254
Tabla 430 Indicadores Presupuestales Vigencia 2016-2019	255
Gráfico 58 Reconocimiento en millones de las Ventas de Servicio de Salud	256

Tabla 431 Reconocimiento venta de servicios de salud desde la vigencia 2016 a 2019	257
Tabla 432 Reconocimiento (PPNA-extranjeros) 2019.....	258
Tabla 433 Recaudo y reconocimiento desde la vigencia 2016 a 2019 del departamento de Santander.....	259
Tabla 434 Ejecución Presupuestal de Gastos	259
Gráfico 59 Ingresos vs Gastos en UVR.....	260
Gráfico 60 Egresos vigencia 2016-2020	261
Gráfico 61 Producción Equivalente	262
Gráfico 62 Gastos por UVR vigencias 2015 al 2019	262
Gráfico 63 Situación Financiera Final 2019.....	263
Tabla 435 Ejecución presupuestal de gastos de la vigencia 2019.....	264
Gráfico 64 Flujo de Caja vigencia 2019 (Con convenios)	265
Gráfico 65 Flujo de caja 2019 sin convenios.....	266
Tabla 436 Comparativo estado de resultados integral de las vigencias 2015 a 2019	266
Gráfico 66 Ingresos vs costos vigencias 2015 a 2019	267
Gráfico 67 Evolución de la utilidad en las vigencias 2015 a 2019	268
Gráfico 68 Gastos de nómina Vs Utilidad neta	269
Gráfico 69 Utilidad Neta Vs Gastos de nómina, deterioro cartera y depreciaciones	269
Gráfico 70 Acuerdos de pago vigencia 2019	271
Tabla 437 Reporte de Cartera por edades de las EPS a las que se les prestó el servicio de Salud	271
Tabla 438 Cartera por edades y cierre en la vigencia 2019.....	272
Tabla 439 Cierre de cartera en las vigencias 2016 a 2019	272
Tabla 440 Presupuesto Inicial 2020.....	273
Tabla 441 Modificaciones al presupuesto 2020.....	273
Tabla 442 Proyección de Recuperación de Cartera 2020.....	274
Tabla 443 Comportamiento de Ingresos 2020	275
Gráfico 71 Modalidad Capitado 2020	276
Tabla 444 Comparativo población presupuestada vs la Reconocida por la LMA enero 2020.....	277
Tabla 445 Comparativo población presupuestada vs la Reconocida por la LMA febrero 2020	277
Gráfico 72 Reconocimiento vs Recaudo enero 2019 a Febrero de 2020.....	279
Tabla 446 Proyección Reconocimiento por evento MARzo – Agosto 2020.....	279
Tabla 447 Presupuesto Inicial 2020.....	280
Tabla 448 Modificaciones al Presupuesto 2020.....	281
Tabla 449 Ejecución de gastos realizada con corte de 29 de febrero de 2020	282
Tabla 450 Relación de Cuentas Bancarias con saldos a 31 diciembre 2019	283
Tabla 451 Recurso en caja y Banco de Terceros	284
Gráfico 73 Ingresos de enero y febrero de 2020	285
Gráfico 74 Giro Directo del ADRES enero y febrero de 2020	286
Gráfico 75 Ingresos vs Gastos enero y febrero 2020	287
Gráfico 76 Giro Directo del ADRES mes de Marzo de 2020	288
Tabla 452 Giro por modalidad de Evento - 2020	288
Tabla 453 Cuentas canceladas de los meses de enero y febrero de 2020.....	289
Tabla 454 Pago y abono a los proveedores - 2020	289
Tabla 455 Facturación I bimestre consolidado 2020	290
Tabla 456 Facturación por modalidad 2020	290
Tabla 457 Facturación realizada I bimestre de 2020 a las entidades responsables de pago	291
Tabla 458 Facturación pendiente por radicar a las EPS vigencia 2019.....	292

Tabla 459 Relación personal oficina asesora Jurídica	294
Tabla 460 Relación modificaciones Estatuto y Manual de Contratación.	298
Tabla 461 Contratos vigentes a diciembre 2019	302
Tabla 462 Contratos terminados pendientes de liquidación a diciembre 2019	302
Tabla 463 Pluralidad de oferentes convocatoria simple 2019	304
Tabla 464 Pluralidad de oferentes plataforma bionexo 2019	305
Tabla 465 Pluralidad de oferentes 2019	305
Tabla 466 Comparativo pluralidad de oferentes 2016-2019.	306
Tabla 467 Ahorro consolidado 2016-2019	306
Tabla 468 Ahorro Consolidado Ahorro 2019	307
Tabla 469 Ahorro compras electrónicas año 2019	308
Tabla 470 Consolidada contratación por modalidad a 30 de marzo de 2020.	308
Tabla 471 Ahorro consolidado contratación a Marzo 30 de 2020.....	309
Tabla 472 Comparativo costos en la contratación 2016-2019	310
Tabla 473 Personal oficina asesora jurídica.	312
Tabla 474 Relación Procesos Judiciales.....	312
Tabla 475 Procesos de reparación directa contra la Gobernación de Santander	316
Tabla 476 Provisión para el pago de sentencias y conciliaciones	318
Tabla 477 Relación de Procesos	319
Tabla 478 Procesos disciplinarios aperturados año 2016.	321
Tabla 479 Procesos disciplinarios aperturados año 2017.	322
Tabla 480 Procesos disciplinarios aperturados año 2018	323
Tabla 481 Procesos disciplinarios aperturados año 2019.	323
Tabla 482 Relación de ex funcionarios de la ESE ISABU.	325
Tabla 483 Relación de pagos realizados desde 1995 a 2019	326
Tabla 484 Relación de Egresos para la vigencia 2020.....	328
Tabla 485 Estimativa pagos de cesantías retroactivas.....	329
Tabla 486 Recursos sistema general de participaciones ESE ISABU	330
Tabla 487 Recursos sistema general de participaciones ESE ISABU	331
Tabla 488 Relación de Ingresos en el periodo comprendido entre las vigencias 2016 a 2019	332
Tabla 489 Ingreso al almacén en el I Trimestre de 2020	333
Tabla 490 Relación de activos – compras vigencias 2016-2020	333
Tabla 491 Relación por ubicación y cantidades de los bienes muebles	334
Tabla 492 Cantidades y tipo de equipos biomédicos recibidos y dispuestos por centro de salud	335
Tabla 493 Items relevantes recibidos mediante convenio interadministrativo No. 129 de 2019	337
Tabla 494 Items recibidos en razón al convenio interadministrativo 230 de 2019.....	337
Tabla 495 Distribución de activos dados en donación o comodato por centro de salud.	338
Tabla 496 Clasificación de activos vigencias 2016 a 2019	339
Tabla 497 Relación de Equipos tecnológicos vigencia 2015 a 2019	341
Tabla 498 Relación de vehículos y estado.....	344
Tabla 499 Relación de vehículos a cargo de la ESE ISABU con destino chatarrización	345
Tabla 500 Relación de cantidades de activos por Zonas de la Ciudad.....	350
Tabla 501 Distribución de activos por Zonas (Centros de Salud) con corte 30 de enero de 2020.....	351
Tabla 502 Bajas de activos realizados en la vigencia 2018	353
Tabla 503 Bajas de activos realizados en la vigencia 2019	354
Tabla 504 Mantenimiento Preventivo Equipos Biomédicos ISABU 2020.....	361

Tabla 505 Mantenimiento correctivo Equipos Biomédicos ISABU 2020	361
Tabla 506 Relación de equipo industrial para dar de baja	362
Tabla 507 Relación de Plantas Eléctricas en uso	366
Tabla 508 Relación Equipos Industriales y su ubicación	367
Tabla 509 Relación de motobombas y sistemas contraincendios en el Centro de Salud Mutis.	368
Tabla 510 Relación de equipos industriales en Hospital Local del Norte	368
Tabla 511 Cantidades de equipos red de frío- aires acondicionados.	370
Tabla 512 Vehículos en uso con seguros y revisión técnico mecánica vigente.	371
Tabla 513 Mantenimiento (preventivo – correctivo) a vehículos para las vigencias 2016 a 2019	372
Tabla 514 Relación de asignación de ruta de vehículo con conductor.....	373
Tabla 515 Relación documental reglamentaria y su vigencia por vehículo.	373
Tabla 516 Carros en uso para la vigencia 2020	374
Tabla 517 Relación de inversión en mantenimiento al parque automotor I Trimestre de 2020	375
Tabla 518 Inversión de mantenimiento Infraestructura vigencias 2016-2019.....	397
Tabla 519 Inicio en producción Historia Clínica.....	408
Tabla 520 Módulos PANACEA	409
Gráfico 77 Planeación de implementación PANACEA.....	410
Tabla 521 Especificaciones técnicas de equipos de computo.....	423
Gráfico 78 Mantenimientos Preventivos de Equipos en la E.S.E ISABU 2016 - 2019.....	428

INTRODUCCIÓN

Este informe da cuenta de la gestión realizada en la vigencia 2016- 2019 adelantada por todos los líderes y apoyos de los macropocesos de la E.S.E ISABU, en cabeza del Gerente, el Dr. Juan Edurado Durán Durán, enmarcada del Plan de Desarrollo en el Plan de desarrollo 2016 — 2020 "ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS", este informe tiene la finalidad de dar a conocer al Gerente entrante, el estado al día de los temas relevantes de la institución y los avances importantes en aquellos que requieren continuidad.

En virtud del artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, la función administrativa se desarrolla con fundamento en los principios de 'igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones'.

En cumplimiento de la Ley 951 de 2005 en su artículo 3° de la Ley 951 de 2005, "Por la cual se crea el acta de informe de gestión"; dispuso: "El proceso de entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos deberá realizarse.' 1. Al término e inicio del ejercicio de un cargo público para los servidores públicos descritos en los artículos 1° y 2° de la presente ley o de la finalización de la administración para los particulares que administren fondos o recursos del Estado.

Que en su artículo 5° de Ley 951 de 2005, "Por la cual se crea el acta de informe de gestión", enmarcó: "Los servidores públicos del Estado y los particulares enunciados en el artículo 2°, están obligados en los términos de esta ley a entregar al servidor público entrante un informe mediante acta de informe de gestión, los asuntos y recursos a su cargo, debiendo remitirse para hacerlo al reglamento y/o manual de normatividad y procedimiento que rija para la entidad, dependencia o departamento de que se trate. Asimismo, el servidor público entrante está obligado a recibir el informe y acta respectiva y a revisar su contenido. La verificación física o revisión que se haga de los diferentes aspectos señalados en el acta de entrega y recepción se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la firma del documento, para efectos de determinar la existencia o no de irregularidades. (..)': (Subrayado fuera del texto original).

Que según el artículo 10 de Ley 951 de 2005, "Por la cual se crea el acta de informe de gestión"; se dispuso: "Los servidores públicos responsables al servicio de los poderes y entidades descentralizadas, así como las empresas de economía mixta del Estado y demás entes públicos enunciados en los artículos 1° y 2° de esta ley, deberán preparar la entrega de los asuntos y recursos mediante acta administrativa en la que se incluirá en su caso: 1. El informe resumido por escrito de la gestión del servidor público saliente. 2. Detalle pormenorizado sobre la situación de los recursos materiales, financieros y humanos, así

como los bienes muebles e inmuebles a su cargo, debidamente actualizados a la fecha de la entrega. 3. Detalle de los presupuestos, programas, estudios y proyectos. 4. Obras públicas y proyectos en proceso. 5 Reglamentos, manuales de organización, de procedimientos, y 6. En general, los aspectos relacionados con la situación administrativa, desarrollo, cumplimiento o en su caso desviación de programas y demás información y documentación relativa que señale el reglamento y/o manual correspondiente.

En cumplimiento del mandato legal, nace este informe de Gestión donde se detalla el cumplimiento del Plan de desarrollo 2016 — 2020 "ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS", donde además se pone a disposición todas las rutas de acceso a la información que soportan lo aquí escrito para ello se anexa las rutas de acceso. (ANEXO 1. RUTAS Y SOPORTES DE ANEXOS AL INFORME DE GESTIÓN)

GENERALIDADES

1.1 RESEÑA HISTORICA DE LA ESE ISABU

El instituto de salud de Bucaramanga fue creado mediante los decretos 668 de diciembre de 1989, siendo inicialmente un establecimiento público descentralizado del Orden Municipal. En 1997 son reestructuradas las entidades descentralizadas prestadoras de servicios de salud mediante el decreto 1876 del 3 de agosto del mismo año y el ISABU obtiene así la modalidad de empresa social del estado, con la categoría especial de entidad descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya función esencial es la prestación de servicios de salud.

En agosto de 1999, entró en servicio el Hospital Local del Norte y se trasladó para allí la parte administrativa de la institución, que funcionó tradicionalmente, en la Unidad Intermedia Médico Quirúrgica.

1.2 JUNTA DIRECTIVA

Siendo la Junta Directiva la máxima autoridad de la Empresa y de acuerdo a las disposiciones relacionadas en el Decreto 2993 de 2011 por el cual hubo modificación en la conformación y funcionamiento de la Juntas Directiva en las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención; la ESE ISABU acogíendose al Decreto conforma la Junta Directiva con cinco (05) miembros constituida de la siguiente manera:

TABLA 1 MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA VIGENTE DE LA ESE ISABU

MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA	IDENTIFICACIÓN	SECTOR QUE REPRESENTA	INICIA PERIODO	TERMINA PERIODO	MAIL DE CONTACTO
JUAN CARLOS CARDENAS REY	91.230.309	ALCALDE DE BUCARAMANGA	01-01-2020	31-12-2023	mruedaa@bucaramanga.gov.co
NELSON HELI BALLESTEROS VERA	91.229.945	SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DE BUCARAMANGA	02-01-2020		nhballesteros@bucaramanga.gov.co
ESTEBAN NICOLAS ALVAREZ DIAZ	1.100.221.741	REPRESENTANTE EMPLEADOS DEL AREA ADMINISTRATIVA	27-01-2020	27-01-2022	jefeodicinajuridica@isabu.gov.co
MARIA NUBIA LEON	63.308.505	REPRESENTANTE EMPLEADOS DEL AREA ASISTENCIAL	12-04-2018	12-04-2020	leonsm00@gmail.com

JORGE LEONARDO LEON FLOREZ	1.098.693.198	REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS	01-02-2019	01-02-2021	Leo_902305@hotmail.com
----------------------------	---------------	-------------------------------	------------	------------	--

Fuente: Gerencia ESE ISABU

1.3 GRUPO DIRECTIVO

Dentro de la planta de personal de la ESE ISABU se encuentra conformado nuestro Equipo de Nivel Directivo el cual consta de un Gerente, dos Subgerentes, tres Asesores, un Jefe de Control Interno y cuatro Directores:

TABLA 2 GRUPO DIRECTIVO ESE ISABU VIGENTE

NOMBRE DEL DIRECTIVO	DENOMINACIÓN	NIVEL	CÓDIGO	GRADO
JUAN EDUARDO DURAN DURAN	Gerente	Directivo	085	11
YURY TATIANA CHAVEZ DUQUE	Subgerente Administrativa	Directivo	090	7
GLORIA PATRICIA ARENAS CASTILLO	Subgerente Científica	Directivo	090	7
CRISTIAN EDUARDO CEPEDA RINCON	Jefe Asesor Oficina de Planeación	Asesor	115	7
YANNETH MONTERO OJEDA	Jefe Asesora Oficina de Calidad	Asesor	115	7
SAMUEL EDUARDO AREVALO VIÑA	Jefe Asesor Oficina de Jurídica	Asesor	115	7
CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO	Jefe Oficina Control Interno	Directivo	06	5
MARTHA LUCIA OLIVEROS URIBE	Director Técnico -Unidades Hospitalarias	Directivo	009	5
LIZETH ANDREA GOMEZ	Director Técnico	Directivo	009	4
MARTHA LUCIA RODRIGUEZ ARCHILA	Director Técnico	Directivo	009	4
VACANTE (desde el 14 de Enero de 2020)	Director Técnico	Directivo	009	4

Fuente: Gerencia ISABU

Basado en la anterior tabla se aclara lo siguiente:

Considerando que existían tres cargos de Profesional Especializado área de la Salud que desarrollaban funciones como la elaboración y desarrollo de planes, programas y proyectos que según lo dispuesto en Artículo 4° del Decreto 785 de 2005 pertenecen al nivel directivo.

Por tal razón se hizo necesario suprimir los cargos mencionados y crear cargos de nivel Directivo de conformidad al Acuerdo No. 010 de octubre 19 de 2017.

1.4 FUNCIONARIOS DE LA ORGANIZACIÓN Y CONTRATISTAS

TABLA 3 RELACIÓN DE NÚMERO DE CARGOS EN PLANTA Y SU DENOMINACIÓN DE EMPLEO

No. Cargos	Denominación Empleo
1	Gerente
2	Subgerente
1	Director técnico
3	Director técnico
1	Jefe oficina
3	Jefe oficina asesora
1	Tesorero General
1	Almacenista General
3	Profesional Especializado
1	Profesional Especializado Área salud
1	Profesional Especializado
1	Profesional Universitario
1	Profesional Especializado Área salud
3	Profesional Especializado
6	Enfermero
2	Médico General (5) horas
33	Médico General
2	Profesional Especializado
1	Profesional Universitario
18	Médico General (4) horas
3	Profesional Universitario
1	Profesional Universitario
48	Enfermero

13	Profesional Universitario Área Salud
14	Odontólogo
1	Técnico Administrativo
3	Técnico Administrativo
4	Técnico Área Salud
10	Conductor
25	Auxiliar área de la salud
97	Auxiliar área de la salud

Fuente. Información consolidada Oficina Talento Humano ESE ISABU

TABLA 4 RELACION DE CANTIDADES (ADMINISTRATIVOS – ASISTENCIALES) DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAL.

ADMINISTRATIVOS		ASISTENCIALES	
PROFESIÓN	CANTIDAD	PROFESIÓN	CANTIDAD
INGENIERA INDUSTRIAL	1	ESPECIALISTAS	27
TECNICO DE SISTEMAS	4	AUXILIAR DE ENFERMERIA	63
ODONTOLOGO	1	FISIOTERAPEUTA	3
BACTERIOLOGA	1	FONOAUDIOLOGA	1
COMUNICADORA SOCIAL ORGANIZACIONAL	2	HIGIENISTA ORAL	7
INGENIERA DE DISEÑO DE PRODUCTO	1	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO	5
INGENIERO SISTEMAS	4	MEDICO GENERAL	41
TECNICO DE SISTEMAS	4	NUTRICIONISTA	1
ARQUITECTO	1	OFICIAL DE PROTECCION RADIOLOGICA	1
ABOGADO	7	TECNOLOGO RX	3
ADMINSITRADOR DE EMPRESAS	6	TRABAJADORA SOCIAL	1
ANALISTA PROGRAMADOR EN SISTEMAS	1	ENFERMERO PROFESIONAL	14
ASISTENTE ADMINSTRATIVA	1	ODONTOLOGO	9
AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	TERAPISTA OCUPACIONAL	1

BACHILLER	70	APOYO ADMINISTRATIVO ZONAS	4
CONTADOR	3	BACTERIOLOGO	5
ECONOMISTA	2	AUXILIAR DE LABORATORIO	8
ENFERMERA PROFESIONAL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	1	PSICOLOGO	1
INGENIERA AMBIENTAL	3	CONDUCTOR DE AMBULANCIA	3
INGENIERA BIOMEDICA	1		
TECNOLOGA EN GESTION DOCUMENTAL	1		
INGENIERA DE MERCADOS	1		
INGENIERA DE SISTEMAS	2		
INGENIERA FINANCIERA	1		
INGENIERO ELECTROMECHANICO	1		
MEDICO ESPECIALISTA EN UDITORIA	1		
ODONTOLOGA , ESPECIALISTA EN SERVICIOS DE SALUD	1		
PROFESIONAL ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD	1		
PROFESIONAL EN COMERCIO INTERNACIONAL	1		
PSICOLOGA	2		
TECNICA EN SISTEMAS	1		
TECNICA PROFESIONAL EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	1		
TECNOLOGO EN ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS	1		
TECNICO ADMINISTRATIVO	4		
TECNICO SECRETARIADO COMERCIAL	1		
TECNICO AUXILIAR EN INGENIERIA FINANCIERA	1		

TECNICO GESTION DOCUMENTAL	1
TECNICO SECRETARIADO COMERCIAL	1
TECNOLOGO INDUSTRIAL	1
TECNOLOGIA EN SISTEMAS	1
TECNOLOGO EN NEGOCIOS INTERNACIONALES	1
TECNOLOGO EN PROCESO ADMINISTRATIVO DE SALUD	1
TECNOLOGIA EN CONTABILIDAD FINANCIERA	1
TECNOLOGA EN ADMINISTRACION FINANCIERA Y DE SISTEMAS	1

Fuente. Información consolidada Oficina Talento Humano ESE ISABU

PROCESOS ESTRATÉGICOS

2.1 GESTIÓN PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Tiene como objetivo formular, implementar, realizar y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.

TABLA 5 TALENTO HUMANO OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

ÁREA	NOMBRE	CARGO O ACTIVIDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	ANTIGÜEDAD
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CRISTIAN EDUARDO CEPEDA RINCÓN	JEFE OFICINA	LIBRE NOMBRAMIENTO	9 AÑOS - 2 MESES
	SANDRA MILEYA AMAYA TORO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	PROVISIONALIDAD	3 AÑOS 4 MESES
	LILIANA PATRICIA GARZÓN SEPULVEDA	PROFESIONAL DE COORDINACIÓN A LA GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	3 AÑOS 5 MESES
	EDITH YAMILE BARRERA BERMÚDEZ	PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN DE LA OFICINA	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	3 AÑOS 4 MESES
	MARIA ANTONIA HABID NUÑEZ	PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN DE LA OFICINA	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	1 AÑO Y 2 MESES
	MARIA EUGENIA QUIJANO PARRA	PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN DE LA OFICINA	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	12 AÑOS 6 MESES
	SERGIO ANTONIO MANTILLA VARGAS	PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	7 AÑOS 3 MESES
ÁREA DE SISTEMAS	JAIME ANDRES PEÑA URRUTIA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	PROVISIONALIDAD	3 AÑOS - 3 MESES
	CARLOS ANDRES SIERRA CARVAJAL	ING INFORMATICO SISTEMAS ESP EN VIRTUALIZACION	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	9 AÑOS - 6 MESES
	LEIDY VIVIANA CORDOBA FLOREZ	ING DE SISTEMAS APOYO A LA GESTION DEL AREA DE SISTEMAS	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	2 MES
	RUBEN DARIO LOZANO ORTEGA	ING DE SISTEMAS APOYO CNT - PANACEA	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	6 AÑOS

	RAFAEL MAURICIO VALDIVIESO GARCIA	APOYO A LA GESTION DEL AREA DE SISTEMAS	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	6 AÑOS
	JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ BOTELLO	APOYO A LA GESTION DEL AREA DE SISTEMAS	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	1 AÑO - 7 MESES
	MIGUEL ÁNGEL PEDRAZA SARMIENTO	APOYO A LA GESTION DEL AREA DE SISTEMAS	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	2 MES 10 DIAS
	HECTOR GIL TRIANA	PROFESIONAL PARA SOPORTE TECNICO EN DISPOSITIVOS AVANZADOS	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	INCIO 3 DE FEBRERO DE 2020
ÁREA MANTENIMIENTO	DIEGO ANDRÉS GÓMEZ RODRIGUEZ	ARQUITECTO - PROFESIONAL DE APOYO EN LA COORDINACION PARA EL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE CENTROA DE SALUD Y UNIDADES OPERATIVAS	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	1 AÑO 2 MES

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

2.1.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Es el eje central del proceso de desarrollo de la ESE, es la planeación estratégica, que permite tomar decisiones en situaciones futuras altamente variables, determinando herramientas que identifiquen la manera más efectiva de lograrlo.

Es por ello que para el año 2016 se inició con la estructuración del Plan de Desarrollo como herramienta estratégica de gestión que permite formular y evaluar un conjunto de proyectos y programas de manera eficiente según sea el nivel de prioridad, facilitando la toma de decisiones y permitiendo el cumplimiento de la misión y visión de la ESE ISABU (2016- 2020). (Anexo 2: Plataforma Estratégica)

MISIÓN

“Somos la empresa social del estado organizada en red, que ofrece a los ciudadanos de Bucaramanga y su área de influencia, servicios de salud primarios y complementarios con altos estándares de calidad, enfoque preventivo e integral, humanización y vocación docencia servicio.”

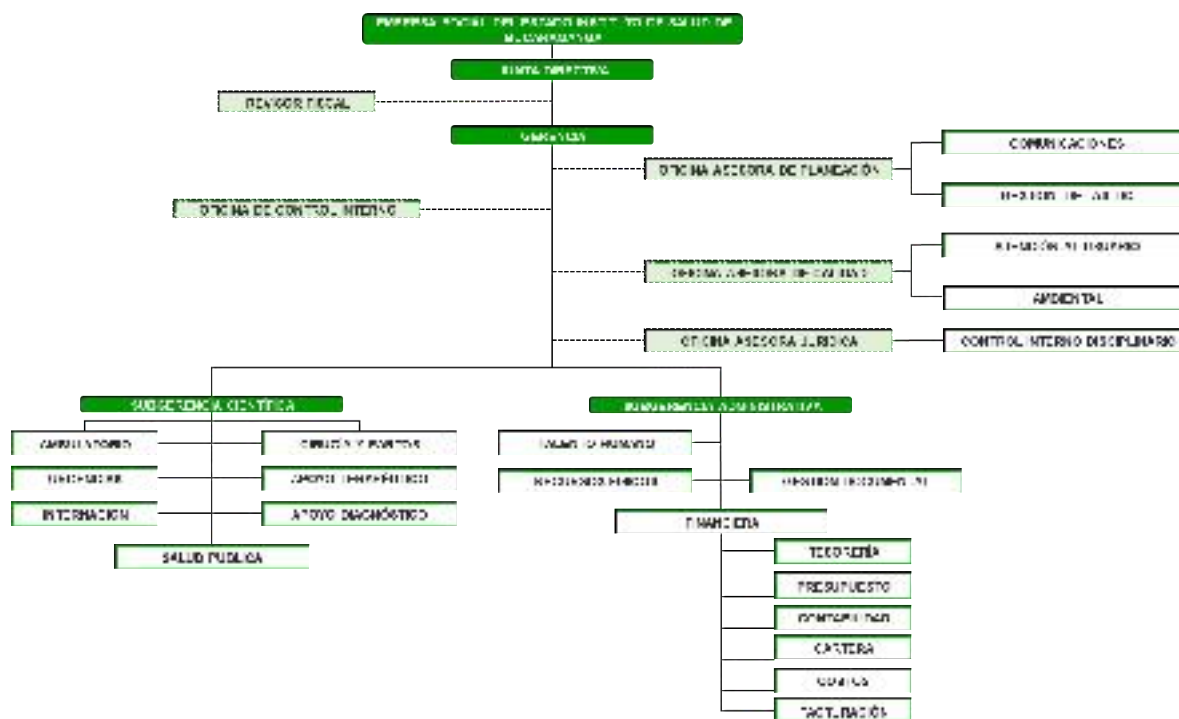
VISIÓN

“Para el año 2020 la E.S.E ISABU, será una empresa auto sostenible líder en el desarrollo del modelo integral de atención en salud MIAS, con talento humano competente, infraestructura moderna y tecnología de punta, para goce efectivo de la salud de los ciudadanos de Bucaramanga y su área de influencia.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL

Internamente la institución presenta una organización administrativa, con la siguiente estructura:

GRÁFICO 1 ORGANIGRAMA FUNCIONAL



Fuente: Oficina Asesora de Planeación

PRINCIPIOS Y VALORES

La salud es el bien más preciado del hombre y está establecida como un derecho fundamental universal de todo ser humano, por tal motivo los principios y valores de la E.S.E ISABU están enfocados en orientar el comportamiento de todos los clientes tanto externos como internos en pro realizarse como personas y como institución, permitiendo una sana y agradable convivencia.

- Compromiso
- Transparencia
- Compañerismo
- Solidaridad
- Respeto
- Tolerancia
- Liderazgo

2.1.2 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Mediante una exploración inicial, para la vigencia 2012-2015 la E.S.E ISABU contaba con 3 objetivos estratégicos más no con plan de desarrollo:

- Responsabilidad social
- Posicionamiento en el mercado
- Sostenibilidad financiera

Los cuales fueron actualizados teniendo en cuenta que el Instituto de Salud de Bucaramanga es una entidad que hace parte del sistema de salud de la ciudad y que debe trabajar armónicamente en el logro de los objetivos formulados en el correspondiente Plan de Desarrollo “Gobierno de los Ciudadanas y los ciudadanos”. Por tal motivo se buscó que las acciones que se crearan, fueran acciones de manera coordinada con los demás integrantes del sistema tales como la Secretaría de Salud y las demás instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público y privado, en pos del mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos de Bucaramanga.

El Plan de Desarrollo de la E.S.E ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga, contiene un alto sentido social, fue aprobado mediante la resolución **Nº0372** el 30 de diciembre de 2016 para el período 2016-2020 y fue denominado “ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS”, ha sido adecuadamente estructurado dentro de los lineamientos macro marco para el mismo, iniciando con la Ley Orgánica 152 de 1994 por medio de la cual se define la estructuración de los Planes de Desarrollo, Ley 1753 del 2015 -mediante la cual se aprueba el Plan de Desarrollo Nacional “Todos Por un Nuevo País 2014 - 2018”. Igualmente, dentro del contenido de este documento se detallaron insumos adicionales importantes como lo son los correspondientes planes de desarrollo Departamental y Municipal, constituyéndose en una herramienta estratégica de gestión que permitió formular y evaluar un conjunto de proyectos y programas de manera eficiente facilitando la toma de decisiones y permitiendo el cumplimiento de la misión y visión de la ESE ISABU (2016-2020).

Es así como fueron planteados los cuatro objetivos estratégicos para la vigencia 2016-2020:

- Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad.
- Prevención y saneamiento fiscal y sostenibilidad financiera.
- Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión.
- Articulación en redes para la prestación de servicios de salud.

Estos nuevos Objetivos Estratégicos fueron los propósitos macro que guiaron la acción del equipo directivo durante la vigencia 2016 - 2020 formulados en el Plan de Desarrollo Institucional “ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS”, ajustando y reformulando los procesos internos, bajo los cuales se diseñaron programas, proyectos y actividades de modo que le permitieron a la ESE el cumplimiento de su misión y objeto social que le da la razón de existir.

El Plan de acción del plan de desarrollo priorizó las actividades más importantes y todos los procesos de la institución fueron enfocados en dar cumplimiento a los 4 objetivos estratégicos planteados en el plan de desarrollo. Durante la vigencia se desarrollaron 3 planes de acción, a partir del año 2017 se realizó el primer plan de acción, dado que el plan de desarrollo fue firmado por resolución el 30 de dic

de 2016; Esta herramienta se desarrolló anualmente con un seguimiento trimestral, dando así cumplimiento al indicador N° 3 Gestión de ejecución del plan de desarrollo. La publicación de estos planes de acción se dio de forma anual inicial según la Ley 1474 de 2011 artículo 74 y fueron publicados antes del 31 de enero de cada año, en la página web institucional.

A continuación, se muestran los objetivos estratégicos desarrollados y cumplidos por la E.S.E ISABU para la vigencia 2016-2020:

2.1.2.1 ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA CON SERVICIOS SEGUROS Y DE CALIDAD

Por medio de esta estrategia se buscó garantizar la participación de los ciudadanos para promocionar el modelo de atención en salud y la adecuada utilización de los servicios de salud, satisfaciendo las necesidades y expectativas y buscando el empoderamiento en el autocuidado mediante estrategias educativas, que permitan la minimización de riesgos.

Este objetivo estratégico contenía 2 programas y 7 proyectos e indicadores que permitieron el logro de los objetivos estratégicos para la vigencia 2016 – 2020 evaluados en los seguimientos anuales del plan de acción del plan de desarrollo.

TABLA 6 CUMPLIMIENTO OBJETIVO ESTRATÉGICO 1 DEL PLAN DE DESARROLLO E.S.E ISABU 2016-2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 1- Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad				
PROGRAMA: 1.1 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN ACCIÓN POR ISABU				
PROYECTOS	ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO	META	R/TDO	INDICADORES
1.1.1- IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CIUDADANOS	En las reuniones de la alianza de usuarios se realizaron las encuestas de expectativas y necesidades de los usuarios que fueron revisadas y tramitadas para buscar solución. VER DOCUMENTO TEMPORAL (\\192.168.10.100) T:\22. SIAU\TABLA DE CUMPLIMIENTO\ 1.1.1- IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CIUDADANOS.	AÑO 1: 6 AÑO 2: 12 AÑO 3: 12 AÑO 4: 12	AÑO 1: 6 AÑO 2: 12 AÑO 3: 12 AÑO 4: 12	# DE REUNIONES REALIZADAS CON LA COMUNIDAD
1.1.2- GESTIÓN OPORTUNA DE P.Q.R.D (PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS)	Se realizaron las aperturas de los buzones ubicados en los centros de salud y las unidades hospitalarias, se clasificaron, tramitaron, gestionaron y respondieron un total de 3,439 a las cuales se les realizó plan de mejoramiento El tiempo promedio de respuesta al usuario fue de 5 días que de acuerdo a la normatividad es el tiempo máximo para dar respuesta. VER DOCUMENTO TEMPORAL (\\192.168.10.100)T:\22. SIAU\TABLA DE CUMPLIMIENTO\1.1.2- GESTIÓN OPORTUNA DE P.Q.R.D (PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS)	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	# DE PQRD GESTIÓNADAS / # TOTAL DE PQRD PUESTAS POR LOS CIUDADANOS*100

<p>1.1.3- RENDICIÓN DE CUENTAS</p>	<p>Se realizaron 3 audiencias públicas de rendición de cuentas vigencia 2016, 2017, 2018, las cuales obtuvieron los resultados esperados, dando cumplimiento a las estrategias planteadas, los cuales no tuvieron planes de mejora.</p> <p>Para el despliegue de cada una de estas audiencias se realizaron:</p> <p>1 Un análisis del estado de la rendición de cuentas de la entidad.</p> <p>2 Invitaciones a Instituciones gubernamentales, educativas, veedores, entes de control, miembros alianza de usuarios; así mismo se publicaron en nuestras redes sociales y páginas web, piezas graficas invitando a la comunidad en general a participar de la audiencia pública y a participar de la elaboración de propuestas que posteriormente serían desarrolladas durante la audiencia.</p> <p>3 Se definieron los objetivos de las estrategias y actividades plasmadas en un cronograma con cada uno de los elementos que componen el proceso de RdC.</p> <p>4 Se implementaron las acciones programadas en cada vigencia para la RdC.</p> <p>5 Se realizaron las invitaciones personalizadas según lo estipulado para la audiencia pública con 15 días de anticipación a entes de control, instituciones educativas, entidades gubernamentales, veedores y alianzas de usuario.</p> <p>6 Se realizó un informe detallado de la gestión de la E.S.E ISABU para cada una de las vigencias con su respectiva presentación, para esto fue necesario la generación y recopilación de datos y contenidos sobre la gestión anual de la Institución, el resultado de esta y el cumplimiento de sus metas misionales, así como a la disponibilidad, exposición difusión de datos y estadísticas. Para los informes de gestión estuvieron involucrados todos los líderes de proceso de la institución.</p> <p>7 Dentro de la realización de las audiencias públicas se contó con apoyo de la alianza de usuarios en todo lo referente al despliegue con la comunidad generando así un proceso continuo de diálogo bidireccional entre la Institución y la ciudadanía, donde se integra la política de Transparencia y Participación Ciudadana.</p> <p>8 En cada vigencia se realizó una evaluación interna y externa a los procesos de RdC y monitoreo durante todo el año, por parte de control interno.</p> <p>Para el vigencia 2019 se tiene programada la audiencia pública para el día 27 de marzo de 2020 a las 2:00pm, rendición de cuenta del 2019.</p>	<p>AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1</p>	<p>AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1</p>	<p># DE RENDICIÓN DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO</p>
<p>1.1.4- CAPACITACIÓN A LAS ALIANZAS DE USUARIOS</p>	<p>Se realizaron reuniones mensuales durante el cuatrienio con los miembros de la alianza de usuarios donde se realizaron capacitaciones sobre (acceso a seguridad social, rendición de cuentas, citas web, política de humanización, cuidadores, herramientas informáticas política de participación social), las capacitaciones realizadas se hicieron en convenio con las secretarías de salud, la personería y la contraloría. Estas capacitaciones permitieron la participación social y comunitaria en salud de nuestros usuarios, VER</p>	<p>AÑO 1: 3 AÑO 2: 7 AÑO 3: 7 AÑO 4: 7</p>	<p>AÑO 1: 3 AÑO 2: 7 AÑO 3: 7 AÑO 4: 7</p>	<p># DE CAPACITACIONES REALIZADAS A ALIANZA DE USUARIOS</p>

	DOCUMENTO TEMPORAL (\\192.168.10.100)\T:\22. SIAU\TABLA DE CUMPLIMIENTO\1.1.4- CAPACITACIÓN A LAS ALIANZAS DE USUARIOS			
1.1.5- SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Mensualmente se evaluó la satisfacción de nuestros usuarios a través de la encuesta institucional, la cual es aplicada en cada una de las unidades operativas y evaluando uno a uno los servicios. En el período de 2016- 2019 se aplicaron 18.949 encuestas en todas las unidades operativas de la ESE ISABU, lo cual permite medir la satisfacción de nuestros usuarios con respecto a los servicios que presta la entidad la cual fue de 94.02%. VER DOCUMENTO TEMPORAL (\\192.168.10.100)\T:\22. SIAU\TABLA DE CUMPLIMIENTO\ 1.1.5- SATISFACCIÓN DEL USUARIO	AÑO 1: 80% AÑO 2: 90% AÑO 3: 90% AÑO 4: 90%	AÑO 1: 80% AÑO 2: 90% AÑO 3: 90% AÑO 4: 90%	# DE ENCUESTAS QUE REPORTAN SATISFESCHO CON EL SERVICIO RECIBIDO / # TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS*100
PROGRAMA: 1.2 MEJORAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON CALIDAD				
PROYECTOS	CUMPLIMIENTO	META	R/TDO	INDICADORES
1.2.1- SERVICIOS PRODUCTIVOS	Se realizaron durante el cuatrienio 2016-2019, evaluaciones periódicas mensuales, trimestrales y anuales de todos los servicios por centros de salud y unidades hospitalarias; evidenciándose un crecimiento en todos los servicios de acuerdo al Informe de Productividad según Decreto 2193 de 2004. Se hicieron los respectivos análisis comparativos entre vigencias.	AÑO 1: 70% AÑO 2: 75% AÑO 3: 80% AÑO 4: 85%	AÑO 1: 70% AÑO 2: 75% AÑO 3: 80% AÑO 4: 85%	PRODUCTIVIDAD POR SERVICIO VS RECURSOS UTILIZADOS
1.2.2- OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN TODOS LOS SERVICIOS	Reporte de indicadores de Oportunidad de Atención en la página del Ministerio SIHO semestralmente y con sustentación ante la Secretaria de Salud Departamental trimestralmente	AÑO 1,2,3 Y 4: De acuerdo al Servicio	AÑO 1,2,3 Y 4: De acuerdo al Servicio	NÚMERO DE DÍAS TRANSCURRIDOS DESDE EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE SOLICITA LA CITA/ NUMERO DE CITAS ASIGNADAS*100

Fuente: Oficina asesora de planeación

TABLA 7 RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO POR AÑO OBJETIVO ESTRATÉGICO 1 DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 -2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO
	2017	2018	2019
1 ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA CON SERVICIOS SEGUROS Y DE CALIDAD	100%	100%	100%

Fuente: Oficina asesora de planeación

Durante las vigencias 2017, 2018 Y 2019 se cumplió con cada uno de los proyectos a cabalidad según lo programado.

2.1.2.2 PREVENCIÓN Y SANEAMIENTO FISCAL Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.

Evidentemente, uno de los retos de las empresas sociales del Estado dentro del contexto de crisis generalizado en el sector salud, es garantizar su autosuficiencia financiera, por tal motivo el objetivo de la estrategia que la E.S.E ISABU, fue definir y ejecutar acciones administrativas y financieras que permitieran contener los gastos y costos, así como generar los recursos necesarios para financiarlos, tales como racionalización de procesos y procedimientos, ajustes institucionales, renegociación de contratos con entidades administradoras de planes de beneficios, recuperación de cartera, entre otros.

Las acciones que llevaron a la E.S.E a categorizar la para la vigencia de 2018 - 2019 sin riesgo fueron:

- Contención de costos: Cambio de modelo de dispensación de medicamentos a los pacientes, cambio modelo de facturación, Análisis de costos por centro de salud.
- Eficiencia Administrativa: Simplificación y racionalización de procesos, Eliminación de trámites, Racionalización de la capacidad instalada.
- Incremento de los ingresos: Renegociación de la contratación con EPSs, Incremento de la producción de los servicios de mediana complejidad y la Eficiencia en el manejo de los excedentes financieros.

Por medio de la Resoluciones 2249 de 2018 y 1342 de 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social, formaliza la categorización de riesgo de las Empresas Sociales para la Vigencia de 2017, 2018, para la institución fue un gran logro ya que generó tranquilidad, credibilidad, lo que permitirá seguir avanzando.

Este objetivo estratégico contenía un programa y cinco proyectos e indicadores que permitieron el logro de los objetivos estratégicos para la vigencia 2016 – 2020 evaluados en los seguimientos anuales del plan de acción del plan de desarrollo.

TABLA 8 CUMPLIMIENTO OBJETIVO ESTRATÉGICO 2 DEL PLAN DE DESARROLLO E.S.E ISABU 2016-2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 2- Prevención y saneamiento fiscal y Sostenibilidad Financiera				
PROGRAMA: 2.1 PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO				
PROYECTOS	CUMPLIMIENTO	META	R/TDO	INDICADORES
2.1.1 - IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PREVENTIVO DE SANEAMIENTO	Dentro de las medidas propuestas en el programa preventivo de saneamiento fiscal y financiero estuvieron:	AÑO 1: FORMULACIÓN PPSFF AÑO 2: 3 AÑO 3: 4 AÑO 4: 4	AÑO 1: FORMULACIÓN PPSFF AÑO 2: 2 AÑO 3: 4 AÑO 4: 4	NÚMERO DE EVALUACIONES REALIZADAS

**FISCAL Y
FINANCIERO.**

1 Medidas de reorganización administrativa:

-Formalización laboral y creación de la planta temporal en diferentes cargos misionales y administrativos.

-Adecuación, mantenimiento y/o remodelación de la infraestructura física de los centros de salud.

- Actualización de software en ambiente web que garantiza la integralidad y unificación del sistema de información.

-Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que articulo los diferentes procesos de gestión y control.

2 Medidas de Fortalecimiento de los ingresos de las ESE:

-Recuperación continuada de cartera.

-Gestión del cobro de giro directo.

- Zonificación y caracterización de la población del área de influencia con el fin de potencializar y generar un uso eficiente de los recursos y programas de la ESE.

-Identificación, seguimiento y control a datos de productividad y capacidad instalada en la programación de ingresos por venta de servicios de salud.

3 Medida de racionalización del gasto:

-Elaboración e implementación de metodología para análisis de costos por Unidades y Centros de Atención.

-Innovación de modelo de administración y dispensación de medicamentos.

-Compras electrónicas.-

-Renegociación tarifas de especialistas y fortalecimiento convenios docencia servicios.

4 Medida de saneamiento del pasivo:
Gestión del pago de las mesadas

	<p>pensionales por parte de la Alcaldía y cesantías retroactivas.</p>			
<p>2.1.2-SANEAMIENTO DEL PASIVO PENSIONAL</p>	<p>Dentro de las medidas contempladas en el plan preventivo de saneamiento fiscal y financiero estuvo la adopción de la medida de saneamiento del pasivo cuyo objetivo era la Gestión del pago de las mesadas pensionales por parte de la Alcaldía y cesantías retroactivas, en este sentido, en acuerdo con la Alcaldía se hace reconocimiento de los expedientes de pensionados con el fin de determinar a cargo de quien estaba la cuota parte pensional y así proceder a hacer el cobro del 75% según lo estipulado en la ley, queda aclarado que el ISABU asumirá el 25% del excedente.</p>	<p>AÑO 1: 3 AÑO 2: 14 AÑO 3: 14 AÑO 4: 14</p>	<p>AÑO 1: 3 AÑO 2: 14 AÑO 3: 14 AÑO 4: 14</p>	<p>NÚMERO DE MESADAS PENSIONALES DEJADAS DE PAGAR</p>
<p>2.1.3-ELABORACION E IMPLEMENTACIÓN DE METODOLOGIA PARA EL ESTUDIO DE COSTOS</p>	<p>Se realizó estructura de costos por centro de salud y unidades hospitalarias con el fin de que se cargue el costo respectivo al servicio que generó la atención.</p>	<p>AÑO 1: 0 AÑO 2: 3 AÑO 3: 4 AÑO 4: 4</p>	<p>AÑO 1: 0 AÑO 2: 3 AÑO 3: 4 AÑO 4: 4</p>	<p>ANÁLISIS DE COSTOS REALIZADOS</p>
<p>2.1.4 - OBSERVATORIO FINANCIERO</p>	<p>Se llevó a cabo el monitoreo de unos indicadores financieros que permitieron establecer todo el tiempo la situación financiera de la entidad y poder tomar decisiones a tiempo.</p>	<p>AÑO 1: 6 AÑO 2: 6 AÑO 3: 6 AÑO 4: 6</p>	<p>AÑO 1: 6 AÑO 2: 6 AÑO 3: 6 AÑO 4: 6</p>	<p>TABLERO DE MANDO DE INDICADORES FINANCIEROS PERMANENTEMENTE ACTUALIZADO</p>
<p>2.1.5-REALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ESTUDIO DE FORMALIZACIÓN LABORAL</p>	<p>Obedeciendo a un proceso sancionatorio del ministerio de trabajo en donde interpusieron una multa por \$492.800.000. En el año 2016 se inició un estudio técnico a las cargas y necesidades laborales, el cual culminó en el año 2017, este estudio fue la base y soporte para el proceso de formalización laboral que inició con</p>	<p>AÑO 1: 0 AÑO 2: 1 AÑO 3: 0 AÑO 4: 0</p>	<p>AÑO 1: 0 AÑO 2: 1 AÑO 3: 0 AÑO 4: 0</p>	<p>ESTUDIO REALIZADO</p>

	<p>el acuerdo n° 010 de 2017 el cual creo 96 cargos en una planta temporal el cual entraba en vigencia el 01 de enero de 2018 y hasta el 31 de diciembre de 2018. Con el acuerdo 11 de 2018 se formalizaron y crearon 58 nuevos cargos que iniciaban el 01 de enero de 2019 y en el 2019 se firmó el acuerdo n°005 el cual formalizo 84 nuevos cargos. Para un total de 238 cargos formalizados en el cuatrienio.</p>			
--	---	--	--	--

Fuente: Oficina asesora de planeación

TABLA 9 RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO POR AÑO OBJETIVO ESTRATÉGICO 2 DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 -2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO	CUMPLIMIENTO 2017	CUMPLIMIENTO 2018	CUMPLIMIENTO 2019
	2 PREVENCIÓN Y SANEAMIENTO FISCAL Y SOSTENIBILIDAD FIANANCIERA	85.71%	100%

Fuente: Oficina asesora de planeación

Durante la vigencia 2017 se obtuvo un cumplimiento del 98.84% ya que, de las 173 actividades planteadas, se lograron ejecutar 171, es preciso aclarar que las dos actividades que no lograron cumplirse al 100% pertenecían a esta estrategia y fueron formuladas para la siguiente vigencia. Por lo tanto, este objetivo estratégico logró un 85.71% en el año 2017.

Actividades que fueron replanteadas para la siguiente vigencia:

- Consolidación del documento final de formulación del PSFF: En razón a que no todos los responsables del diligenciamiento de las matrices habían elaborado los documentos descriptivos y explicativos, por lo tanto, no fue posible elaborar el documento final consolidado del PSFF en la vigencia 2017.
- Diligenciamiento de los cuadros: (29) IPS en zona de Influencia (33) Proyección de Servicios de Régimen Subsidiado, (34) Proyección Servicios de Régimen, (35) Proyección Venta Servicios otros: en razón a que estaba en proceso de elaboración y diligenciamientos los cuadros de proyección de venta de servicios a los regímenes subsidiado y contributivo, así como a diferentes entidades responsables de pago. Del mismo modo, estaba en proceso la elaboración de los documentos explicativos.

Durante las vigencias 2018 Y 2019 se cumplió con cada uno de los proyectos a cabalidad según lo programado.

2.1.2.3 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL BAJO UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN.

Por medio de este objetivo se logró fortalecer el desempeño institucional mediante la articulación de políticas, estrategias, procedimientos y mecanismos para la gestión de diferentes procesos logrando el cumplimiento de la misión y los objetivos estratégicos.

Este objetivo estratégico contenía 3 programas y 14 proyectos e indicadores que permitieron el logro de los objetivos estratégicos para la vigencia 2016 – 2020 evaluados en los seguimientos anuales del plan de acción del plan de desarrollo.

TABLA 10 CUMPLIMIENTO OBJETIVO ESTRATÉGICO 3 DEL PLAN DE DESARROLLO E.S.E ISABU 2016-2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 3-Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión				
PROGRAMA: 3.1 FORTALECIMIENTO E INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES				
PROYECTOS	CUMPLIMIENTO	META	R/TDO	INDICADORES
3.1.1- GARANTIZAR PLANES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Durante el cuatrienio se planeó, diseño y ejecuto el plan de mantenimiento preventivo anual de equipos de cómputo, los cuales incluían 4 mantenimientos preventivos por año a todos los equipos los que se cumplieron en un 100% en cada vigencia, para ello la ESE ISABU realizo contratos para garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo.	AÑO 1:> 75% AÑO 2: 100% AÑO 3: 100% AÑO 4: 100%	AÑO 1:> 75% AÑO 2: 100% AÑO 3: 100% AÑO 4: 100%	DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS/ # MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS*100 # DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS REALIZADOS/ # MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS*100
3.1.2 - ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DEL SOFTWARE DE GESTIÓN INTEGRAL	Al inicio del periodo se tenían 12 centros de salud con historia clínica digital, se implementó la historia clínica a los 22 centros de salud y las 2 unidades hospitalarias, además se hizo la actualización del software a plataforma web la cual ya está implementada en toda la entidad incluidos módulos administrativos, el nuevo sistema tiene 36 módulos que están en operación.	AÑO 1: 25% AÑO 2: 50% AÑO 3: 75% AÑO 4: 100%	AÑO 1: 25% AÑO 2: 50% AÑO 3: 75% AÑO 4: 100%	# DE MÓDULOS IMPLEMENTADOS / # DE MODULOS EXISTENTES *100
3.1.3 - AJUSTE Y MEJORAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA EN LAS SEDES DE ATENCIÓN	Se realizaron los ajustes solicitados en las plantillas de historia clínica, se reciben las solicitudes por parte del comité de historias, se hicieron ajustes a las plantillas de historia ajustándolas a la normatividad vigente como son las resoluciones 4505 y 3280.	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	# DE AJUSTES REALIZADOS A HC/ · DE AJUSTES PROGRAMADOS*100
PROGRAMA:3.2 GESTIÓN DE PROCESOS INTERNOS				
PROYECTOS	CUMPLIMIENTO	META	R/TDO	INDICADORES
3.2.1 - REDEFINICIÓN Y MEJORAMIENTO DE	Durante la vigencia se trabajó constantemente en la actualización y revisión del mapa de	AÑO 1: 75% AÑO 2: 80%	AÑO 1: 75% AÑO 2: 80%	NUMERO DE PROCESOS CARACTERIZADOS Y

LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES	procesos, en el 2.019 se trabajó en un diagnóstico del estado de los procedimientos, levantamiento in-situ de los mismos y como resultado final se obtuvo el Manual de procesos y procedimientos de la entidad, el cual fue aprobado mediante acta del Comité CIGD del 18 de junio de 2.019 y quedó conformado de la siguiente manera: 4 Macro procesos, 18 Procesos, 15 Subprocesos y 124 Procedimientos.	AÑO 3: 85% AÑO 4: 100%	AÑO 3: 85% AÑO 4: 100%	DOCUMENTADOS / NUMERO DE PROCESOS EXISTENTES*100
3.2.2 - AUTOEVALUACIÓN EN HABILITACIÓN	Se realizaron las autoevaluaciones de habilitación de los años 2016 al 2019. Por Resolución 3100 del 25 de Noviembre del 2019 para el año 2020 en el Artículo 26, Numeral 26,1 Los prestadores de salud no requerirán la autoevaluación que debían presentar por el vencimiento de su inscripción.	AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1	AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1	NÚMERO DE AUTOEVALUACIONES REALIZADAS
3.2.3 - AUTOEVALUACIÓN EN CICLO DE PREPARACION PARA LA ACREDITACIÓN	Se realizaron la autoevaluación de estándares de acreditación de forma anual con respecto al año inmediatamente anterior es así como la ESE ISABU inicia en el año 2.017 evaluando el año 2.016, en el 2.018 se evaluó el 2.017, en el 2.019 se evaluó el 2.018 y en el mes de febrero de 2.020 se evaluará el año 2.019.	AÑO 1: 1,11 AÑO 2: 1,37 AÑO 3: 1,40 AÑO 4: 2	AÑO 1: 1,11 AÑO 2: 1,65 AÑO 3: 1,98 AÑO 4:	AUTOEVALUACIONES VIGENCIA ANTERIOR / AUTOEVALUACIONES VIGENCIA ACTUAL
3.2.4 - MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA	Durante el cuatrienio se planeó, diseño y ejecutó el plan de mantenimiento preventivo anual de equipos de cómputo, los cuales incluían 4 mantenimientos preventivos por año a todos los equipos los que se cumplieron en un 100% en cada vigencia.	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	# DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS/ # MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS*100 # DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS REALIZADOS/ # MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS*100
3.2.5 - IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC	A continuación, podemos observar el resultado del PAMEC del periodo 2.015 a 2.019, donde se puede evidenciar el fortalecimiento de este componente: en el año 2015 se obtuvo el 75 % de cumplimiento, en el ingreso de la administración no se realiza evaluación, para el año 2017 se obtiene el 97%, en el 2018 y el 2019 el 98%. Los planes de mejoramiento de Pamec 2.019 se implementaron de acuerdo al ciclo PHVA, que consiste en generar una oportunidad por cada paso del ciclo de mejoramiento.	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	NÚMERO DE PLANES DE MEJORA EJECUTADAS/ NÚMERO DE PLANES DE MEJORA PROYECTADOS*100

3.2.6 - IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	Durante toda la vigencia se cumplió con el Modelo estándar de control interno (MECI), realizando la autoevaluación por componentes y generando un plan de actividades anual cumpliendo al 100%, mediante resolución 421 del 6 de diciembre de 2.018 se adopta el Modelo Integrado de Planeación y gestión (MIPG) y se articula el MECI con MIPG.	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	AÑO 1:100% AÑO 2:100% AÑO 3:100% AÑO 4:100%	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/ NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS*100
3.2.7 - IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	La oficina Asesora de Planeación realizó el asesoramiento durante las vigencias 2017.2018 y 2019 a todos los líderes de procesos en la construcción del plan de anticorrupción, consolidación y el cual fue reportado en página web de la institución con fecha máxima del 31 de enero de cada vigencia; la Oficina de control Interno realiza la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilizarían, el seguimiento y control de las acciones, en las fechas establecidas acorde a la normatividad vigente, las cuales se encuentran publicadas en página web el PAAC y sus seguimientos de las vigencias 2017, 2018 y 2019.	AÑO 1:0 AÑO 2:80% AÑO 3:90% AÑO 4:100%	AÑO 1:0 AÑO 2:80% AÑO 3:90% AÑO 4:100%	NÚMERO DE ESTRATEGIAS CUMPLIDAS POR COMPONENTE/ ESTRATEGIAS PROGRAMADAS *100
3.2.8 - FORTALECIMIENTO DE LOS CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO	Se realizaron 4 Reuniones de Comité de Docencia Servicio por vigencia (2 por cada semestre) con las 6 IES y Escuelas de Enfermería con las cuales la E.S.E ISABU tiene Convenios en el año 2.017 al 2019. Todo esto se evidencia en las actas de seguimiento del Comité Docencia-Servicio y el cuadro de rotaciones. Dando cumplimiento al decreto 2376 del 2010 en el artículo 11 y 12, Regulación de Docencia Servicio.	AÑO 1:0 AÑO 2:4 AÑO 3:4 AÑO 4:4	AÑO 1:0 AÑO 2:4 AÑO 3:4 AÑO 4:4	COMITÉS DOCENCIA SERVICIO REALIZADOS
PROGRAMA:3.3 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO				
PROYECTOS	CUMPLIMIENTO	META	R/TDO	INDICADORES
3.3.1 - IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Conforme a los nuevos lineamientos definidos por el ministerio de trabajo en la resolución 0312 de 2019 se procedió a realizar una revisión documental partiendo de una evaluación de requisitos y se fijaron todos los esfuerzos del año 2019 en la ejecución de actividades en las unidades operativas para el control de los peligros prioritarios. Es así como se cierra año 2019 con un cumplimiento del 90% de la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	AÑO 1:>60% AÑO 2:>70% AÑO 3:>80% AÑO 4:>90%	AÑO 1:>60% AÑO 2:>70% AÑO 3:>80% AÑO 4:>90%	NÚMERO DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EJECUTADAS/ NUMERO DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*100

3.3.2 - FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	Realice la formulación de un plan de capacitación por vigencia, la formulación del plan de capacitaciones se hace anualmente, este inicia con un diagnóstico de necesidades, posteriormente se priorizan los temas teniendo como referencia el plan de desarrollo y plan de acción institucional, y finalmente se crea el documento junto con el cronograma al cual se le hace el seguimiento de ejecución. estos fueron aprobados con las siguientes resoluciones 2017 r152 año 2018 r013 y modificado con la resolución 074 y año 2019 r028. estos planes de capacitaciones se han ejecutado en un 100%.	AÑO 1:>90% AÑO 2:>90% AÑO 3:>90% AÑO 4:>90%	AÑO 1:>90% AÑO 2:>90% AÑO 3:>90% AÑO 4:>90%	NÚMERO DE CAPACITACIONES DEL PIC REALIZADAS/NUMERO DE CAPACITACIONES PROYECTADAS *100
3.3.3 - FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN BIENESTAR E INCENTIVOS	Realizamos la formulación de plan de bienestar laboral e incentivos para las vigencias 2017, 2018 y 2019, cada uno aprobado mediante resolución 053, 0101 y 029, respectivamente. Cada uno de estos tiene una tapa de diagnóstico, formulación, definición de cronograma y seguimiento a su ejecución. Las actividades programadas en los planes de bienestar fueron ejecutadas en su totalidad.	AÑO 1:>90% AÑO 2:>90% AÑO 3:>90% AÑO 4:>90%	AÑO 1:>90% AÑO 2:>90% AÑO 3:>90% AÑO 4:>90%	NÚMERO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE BIENESTAR REALIZADOS/NUMERO DE ACTIVIDADES DEL PLAN PROGRAMADAS*100

Fuente: Oficina asesora de planeación

TABLA 11 RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO POR AÑO OBJETIVO ESTRATÉGICO 3 DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 -2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO
	2017	2018	2019
3 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL BAJO UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	100%	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

Durante las vigencias 2017, 2018 Y 2019 se cumplió con cada uno de los proyectos a cabalidad según lo programado.

2.1.2.4 ARTICULACIÓN EN REDES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Este objetivo busca organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud de baja y mediana complejidad a cargo de la ESE ISABU, construyendo un sistema mucho mejor enfocado al servicio de los ciudadanos y ciudadanas articulada con la red de servicios definida para la ciudad y el Departamento, donde todas las IPS, EPS y todos los agentes del sector deberán confluir hacia prestar un mejor servicio, donde se logre la integralidad de la atención del usuario que es finalmente lo que busca el desarrollo del MIAS (Modelo integral de atención en salud), en condiciones de calidad y oportunidad, logrando un enfoque de Atención Primaria en Salud que sea primordial para que gran porcentaje de las atenciones de salud se den en el primer nivel.

Este objetivo estratégico contenía un programa y 5 proyectos e indicadores que permitieron el logro de los objetivos estratégicos para la vigencia 2016 – 2020 evaluados en los seguimientos anuales del plan de acción del plan de desarrollo

TABLA 12 CUMPLIMIENTO OBJETIVO ESTRATÉGICO 4 DEL PLAN DE DESARROLLO E.S.E ISABU 2016-2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO: 4-Articulación en redes para la prestación de servicios de salud				
PROGRAMA: 4.1 MODERNIZACIÓN DE LA RED Y NUEVO MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS				
PROYECTOS	CUMPLIMIENTO	META	R/TDO	INDICADORES
4.1.1 -DESARROLLAR ESTRATEGIA DE MARKETING	<p>Para el desarrollo de la estrategia de marketing se realizaron diferentes acciones, todas lideradas desde la Gerencia y la Oficina Asesora de Planeación de la ESE ISABU.</p> <p>Acciones: Uso y desarrollo de material audiovisual y grafico que apoyaron el desarrollo de las diferentes estrategias.</p> <p>- Videos – Diseños – Publicaciones- Acompañamiento a eventos y cubrimiento de los mismos.</p> <p>http://www.isabu.gov.co/isabu/</p> <p>https://www.facebook.com/ESEISABUBGA/?ref=setting</p> <p>https://www.facebook.com/pg/ESEISABUBGA/photos/?ref=page_internal</p> <p>-Boletines de prensa bimensual http://www.isabu.gov.co/isabu/boletines-y-publicaciones/</p> <p>-Publicación de convocatorias públicas, simples y contratación en Bionexo en página web. Así mismo, dentro de estas acciones se le apuntó a dar a conocer información institucional (información de interés de nuestra institución como horarios, servicios, planes de contingencia) a través de las carteleras digitales, en los diferentes centros de salud.</p>	<p>AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1</p>	<p>AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1</p>	<p>NÚMERO DE ESTRATEGIAS DESARROLLADAS</p>
4.1.2 -IDENTIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD	<p>Se elaboraron e implementaron 4 Rutas Integrales de atención en salud (1 por cada vigencia, siendo estas: Ruta de atención materno perinatal, Ruta de atención de cáncer de cérvix, Ruta de atención de cáncer de mama y ruta de mantenimiento y promoción de la salud por ciclos de vida. Durante el período 2016 - 2019, de conformidad a los lineamientos técnicos operativos de la Resolución 3280 y las Rutas de atención definidas por el ministerio de salud. Estas rutas han sido socializadas y se han tenido en cuenta para la contratación con las EPS. Fueron revisadas y aprobadas mediante procedimientos en el CIGD.</p>	<p>AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1</p>	<p>AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1</p>	<p>RUTA IDENTIFICADA Y DOCUMENTADA</p>

<p>4.1.3 - REDISEÑAR EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.</p>	<p>Se elaboraron 4 perfiles epidemiológicos por vigencia (1 por cada trimestre) durante el período 2016 - 2019, basados en los RIPS. Estos perfiles epidemiológicos se presentaron en Junta Directiva y en COVE.</p>	<p>AÑO 1: 4 AÑO 2: 4 AÑO 3: 4 AÑO 4: 4</p>	<p>AÑO 1: 4 AÑO 2: 4 AÑO 3: 4 AÑO 4: 4</p>	<p>NÚMERO DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS</p>
<p>4.1.4 - GESTIÓNAR PROYECTOS DE INVERSIÓN PARA MODERNIZAR LA INFRAESTRUCTURA.</p>	<p>En el Cuatrienio se gestionó los siguientes proyectos de inversión: 2017 se gestionaron y ejecutaron 3 convenios, cumpliendo con el 100% de la meta proyectada en el plan de desarrollo. 1. Convenio 227 mantenimiento y adecuación de los centros de salud de Pablo VI, Toledo Plata, Gaitán, Villa Rosa, Regaderos, Santander y Hospital del Norte, proyectos ejecutados por la ESE ISABU 2. Convenio 299 Fortalecimiento del HLN y centros de salud a través de la dotación de equipos Biomédicos y mobiliario hospitalario. 3. Convenio 337 Realización de los estudios médico Técnico de diferentes centros de salud.</p> <p>2018 Se realizó la inscripción de los proyectos en plataforma del plan bienal, Se gestionó el proyecto de Dotación de equipo biomédico para la ESE ISABU del municipio de Bucaramanga y se ejecutó entre el año 2018 y 2019 el Convenio 268/2018 Adquisición de dotación de equipos biomédicos para la ESE ISABU para fortalecer la atención integral de la salud de la población del régimen subsidiado. Continuación de la ejecución del convenio 337 de 2017 donde se realizaron los estudios médico técnicos de 8 centros de salud cedidos a la Secretaria de salud de la Alcaldía de Bucaramanga: CS SAN RAFAEL CS GIRARDOT CS CAMPO HERMOSO CS LIBERTAD CS KENNEDY CS BUCARAMANGA CS LA JOYA CS ROSARIO.</p> <p>En toda la vigencia se gestionó los proyectos de remodelación de los centros de salud CS SAN RAFAEL CS GIRARDOT CS CAMPO HERMOSO CS LIBERTAD CS KENNEDY CS BUCARAMANGA CS LA JOYA, CS ROSARIO y CLÍNICA ANTONIA SANTOS.</p> <p>Se dio cumplimiento en el 100% a la meta establecida para el año evaluado.</p> <p>2019 Se realizó la gestión y ejecución de 7 proyectos los cuales se están ejecutando a través del convenio 152 de 2019, a la vez se inscribió, formuló y ejecutó proyecto de mantenimiento de la cocina del Hospital Local del Norte y por último se formuló, inscribió, gestionó y ejecutó proyecto de adquisición del mobiliario para los 7 centros de salud en remodelación</p>	<p>AÑO 1: 3 AÑO 2: 3 AÑO 3: 3 AÑO 4: 3</p>	<p>AÑO 1: 3 AÑO 2: 3 AÑO 3: 3 AÑO 4: 3</p>	<p>NÚMERO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN PARA MODERNIZAR LA INFRAESTRUCTURA EJECUTADOS</p>

	del convenio 152 de 2019, con la gestión y ejecución de los 7 proyectos se dá cumplimiento de la meta del año 3 y 4 del plan de desarrollo.			
4.1.5- REALIZAR UN MODELO DE RED CON BASE EN LA CAPACIDAD INSTALADA Y LOS SERVICIOS HABILITADOS PARA AMPLIAR COBERTURA DE USUARIOS	En el año 2018 se proyectó Modelo de red de la ESE ISABU el cual fue presentado a la Secretaría de Salud de Bucaramanga, dando cumplimiento a la meta establecida para el cuatrienio.	AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1	AÑO 1: 1 AÑO 2: 1 AÑO 3: 1 AÑO 4: 1	MODELO DE RED REALIZADO

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

TABLA 13 RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO POR AÑO OBJETIVO ESTRATÉGICO 4 DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 -2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO
	2017	2018	2019
4 MODERNIZACIÓN DE LA RED Y NUEVO MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS	100%	100%	100%

Fuente: Oficina asesora de planeación

Durante las vigencias 2017, 2018 Y 2019 se cumplió con cada uno de los proyectos a cabalidad según lo programado.

Los siguientes procesos, fueron participes en el desarrollo de las actividades y permitieron el cumplimiento de los objetivos estratégicos diseñados en Plan de Desarrollo Institucional:

- Gestión Planeación y direccionamiento estratégico.
- Gestión de Calidad
- Gestión de Talento Humano
- Gestión en Salud Pública
- Gestión Atención Ambulatorios
- Gestión de Internación, Gestión Atención de Urgencias y Gestión Cirugía y Atención Partos.
- Gestión de Apoyo Terapéutico
- Gestión Apoyo Diagnóstico
- Gestión Financiera
- Gestión Jurídica

- Gestión Ambiental
- Gestión Documental
- Gestión de Recursos Físicos
- Gestión De Las Tics
- Evaluación y Control a La Gestión
- Gestión de Atención al Ciudadano

TABLA 14 CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE CUMPLIMIENTO VIGENCIA 2017, 2018, 2019 DEL PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 – 2020

	VIGENCIA 2017	VIGENCIA 2018	VIGENCIA 2019
TOTAL ACTIVIDADES	173	123	58
TOTAL ACTIVIDADES CUMPLIDAS PARA LA VIGENCIA	171	123	58
% CUMPLIMIENTO ANUAL	98.84	100	100

ESTRATEGIA	% DE PARTICIPACIÓN 2017	% DE PARTICIPACIÓN 2018	% DE PARTICIPACIÓN 2019
1 ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA CON SERVICIOS SEGUROS Y DE CALIDAD	19,65	16,97	48.27
2 PREVENCIÓN Y SANEAMIENTO FISCAL Y SOSTENIBILIDAD FIANANCIERA	8,09	4,85	12.06
3 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL BAJO UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	58,96	75,75	32.75
4 ARTICULACIÓN EN REDES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	12.14	2,42	6.89
% CUMPLIMIENTO PARA LA VIGENCIA	98.84	100	100

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

Durante la vigencia 2017 se obtuvo un cumplimiento del 98.84% ya que, de las 173 actividades planteadas, se lograron ejecutar 171, es preciso informar que las dos que actividades que no lograron cumplirse al 100% se formularon para la siguiente vigencia.

Durante la vigencia 2018 se obtuvo un cumplimiento del 100% ya que, de las 123 actividades planteadas, se lograron ejecutar 123.

Durante la vigencia 2019 se obtuvo un cumplimiento del 100% ya que, de las 58 actividades planteadas, se lograron ejecutar 58.

Es así como se evidencia una tendencia positiva en el cumplimiento de los 4 objetivos estratégicos, 7 programas y 31 proyectos planteados en el plan de desarrollo 2016-2020 ISABU avanzando con los ciudadanos, gracias al compromiso y aporte de cada una de las personas que pertenecen a la gran familia ISABU.

Nota Aclaratoria: es necesario aclarar que la E.S.E ISABU ya cumplió con las metas propuestas para el cuatrienio, sin embargo, por cumplimiento de ley para la vigencia 2020, la oficina asesora de planeación con ayuda de todos los líderes de proceso, realizó la formulación de 53 actividades en el plan de acción del plan de desarrollo, además su respectivo cargue del documento firmado en página web. Por otro lado, se realizó la presentación de diligenciamiento del plan de acción ante el comité de CIGD, para que estos lineamientos sean transmitidos a los profesionales que diligencian y consolidan la información de cada área. Se está a la espera del cierre del primer trimestre 2020.

Ruta soportes: P:/Planes/ Plan de desarrollo

Ruta soportes: P:/Planes/ POA2017

Ruta soportes: P:/Planes/ POA2018

Ruta soportes: P:/Planes/ POA2019

2.1.3 PLAN DE ACCIÓN ALCALDÍA – E.S.E ISABU

Dando cumplimiento a los objetivos propuestos en el plan de desarrollo de la Alcaldía “Gobierno de los Ciudadanas y los ciudadanos”, la E.S.E ISABU realizó 5 acciones de manera coordinada con algunos integrantes del sistema tales como la Secretaría de Salud y la secretaria de infraestructura, es pertinente aclarar que algunas actividades fueron ejecutadas con recursos de la alcaldía y otras con recursos propios de funcionamiento de la E.S.E ISABU.

Línea Estratégica: 4- Calidad de vida

Componente: Salud Pública: Salud para todos y con todos.

Programa: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud.

TABLA 15 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ALCALDÍA DE BUCARAMANGA VIGENCIA 2016 - 2019

ACTIVIDAD	¿CÓMO SE LOGRÓ?	LOGRO AL CUATRIENIO
Personal en salud que está capacitado e implementando la estrategia AIEPI e IAMI en las unidades operativas de la ESE ISABU.	La Institución elabora un Cronograma anual de capacitación donde incluye temas relacionados con IAMI Y AEIPI, dentro de este cronograma ya se trataron temas como, Cáncer Infantil según estrategia AIEPI, Código Rojo, contacto piel a piel, lo referente a la rutas de la 3280 actualizada entre otros, de acuerdo a este cronograma también se realizó la Jornada Pediátrica que incluye temas de IAMI Y AEIPI con una intensidad horaria de 16 Horas para el mes de Noviembre de 2019; esta actividad se ejecutó con la coordinación y apoyo de las Universidades, Secretaria de Salud Departamental y Secretaria de Salud Municipal.	100%

<p>Avance en la implementación de la historia clínica digital en todas las unidades operativas de la ESE ISABU.</p>	<p>Desde el mes de septiembre del 2016 se encuentra implementada y sistematizada en un 100% la historia clínica digital, en todas las unidades operativas de la E.S.E ISABU por medio del software de CNT.</p> <p>El proceso de implementación de CNT en las sedes ambulatorias fue una actividad que se ejecutó paulatinamente y que contó con un proceso de inducción individual donde se plasmó los diversos escenarios en que el profesional se enfrenta en una atención (Consultas de medicina general, Programas PYP, procedimientos, ordenes , Odontograma etc.) de esta forma se crea la noción de un sistema adaptable que contribuya en pro del beneficio de una mejor atención y simultáneamente una trazabilidad respalda con seguridad e integridad , no existieron barreras o grandes inconvenientes , sin embargo se presentaron casos normales de una implementación y el impacto de pasar de una historia manual a una sistematizada , en un inicio los tiempos de respuestas aumentaban teniendo en cuenta que el personal se estaba adaptando (diligenciamiento de historia ordenes), pero con el tiempo se fue subsanando hasta estabilizarse y retomar los tiempos normales , otros casos de configuración que en tiempo real se soluciona a su vez que se iba mitigando los procesos para optimizarlos, en su tiempo no se contaba con equipos de cómputo, esto fue la razón principal por el cual no se había realizado dicha implementación , resumiendo lo anterior la implementación fue satisfactoria teniendo en cuenta los por menores presentados.</p>	<p>100%</p>
<p>Puntos de atención ampliados y mantenidos de servicios de imagenología.</p>	<p>Inicialmente el municipio de Bucaramanga hace entrega en calidad de comodato o préstamo de uso a la E.S.E ISABU, el equipo de RX mediante el contrato de comodato N°59 del 7 junio de 2016. Este equipo fue instalado y en el año 2017 se realizó un estudio radio físico para obtener su licencia de funcionamiento expedida por la secretaria de salud departamental para la prestación óptima del servicio.</p> <p>EL equipo de RX marca TRX, se encuentra instalado en la Unidad Intermedia Santa Teresita UIMIST y se encuentra en óptimas condiciones de funcionamiento.</p>	<p>100%</p>
<p>Ambulancias habilitadas y mantenidas con el fin de mejorar el sistema de referencia y contrareferencia interna de la ESE ISABU.</p>	<p>Inicialmente el municipio de Bucaramanga hace entrega en calidad de comodato o préstamo de uso a la E.S.E ISABU, 2 ambulancias medicalizadas mediante el contrato de comodato N°60 del 7 junio de 2016. Estas ambulancias entraron en funcionamiento el día 10 de Agosto y se encuentran habilitadas y mantenidas, adicional a esta meta la E.S.E ISABU mantiene habilitada y mantenida una ambulancia básica, permitiendo así el logro de la meta.</p>	<p>100%</p>
<p>Hospitales Locales del Norte fortalecidos.</p>	<p>Dentro de las acciones del plan de desarrollo 2016-2019 "Gobierno de los ciudadanos y los ciudadanos, la E.S.E ISABU consideró gestionar proyectos de inversión para la modernización de la infraestructura de sus centros de salud y unidades hospitalarias con el objetivo de consolidarse como la mejor IPS pública municipal de la ciudad de Bucaramanga mediante procesos de reorganización, rediseño modernización institucional cumpliendo con altos</p>	<p>100%</p>

	<p>estándares de calidad las necesidades de los usuarios, con los siguientes proyectos:</p> <p>-MANTENIMIENTO DE ASCENSORES DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE</p> <p>-CONVENIO 227-2017: AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS CON EL FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO: MANTINIMIENTO Y ADECUACIÓN DE CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARMANGA</p> <p>-CONVENIO 299-2017: AUNAR ESFUERZOS PARA FORTALECER AL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE Y SUS UNIDADES DE SALUD QUE FORMAN PARTE DE LA ESE ISABU A TRAVES DE LA DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y MOBILIARIO HOSPITALARIO.</p> <p>-CONVENIO 268-2018: CONVENIR ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA ESE ISABU PARA ADQUIRIR LA DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA ESE ISABU, CON EL FIN DE FORTALECER LA ATENCION INTEGRALDE LA SALUD DE LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO QUE HABITA EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN BIENAL.</p> <p>-CONVENIO 129-2019: ANUAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO BUCARAMANGA Y LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA-ISABU PARA EL MANTENIMIENTO DE LA COCINA DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.</p> <p>-CONVENIO 152-2019: MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.</p> <p>CONVENIO 230-2019: AUNAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA- ESE ISABU PARA LA ADQUISICION DEL MOBILIARIO PARA SIETE (7) CENTROS DE SALUD OBJETO DE REMODELACION DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA</p>	
--	--	--

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

Nota aclaratoria: En estos momentos la E.S.E ISABU como parte del sistema de salud de la ciudad de Bucaramanga se encuentra trabajando en sinergia con la Alcaldía de Bucaramanga, apoyando y asistiendo a mesas de trabajo en el proceso de elaboración y formulación del plan de desarrollo de la alcaldía Gobernar es Hacer 2020-2023, por lo tanto, no se ha realizado seguimiento alguno al plan de acción de la Alcaldía.

Durante este proceso se ha venido realizando:

- Socialización de la metodología con entes descentralizados
- Mesas de trabajo por objetivo estratégico
- Formulación del contenido estratégico

- Formulación del contenido programático
- Mesas sectoriales, estas mesas no se han realizado aún debido a la dificultad que atraviesa el mundo con la pandemia COVID19.

Ruta soportes: P:/Planes/ Plan de acción Alcaldía

2.1.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El portafolio de servicios es un documento creado por instituciones, en él se incluyen datos básicos, tales como nombre, historia, objetivos de la organización, misión y visión; información de contacto, entre otros.

En términos generales, los portafolios de servicios funcionan como tarjetas de presentación para dar conocer la empresa a otras personas u organizaciones que estén interesadas. Pueden ser documentos físicos o digitales. En caso de ser físicos, los portafolios contendrán una serie de documentos que evidencien la situación de la empresa.

Teniendo en cuenta lo anterior, y en vista que dentro de la E.S.E no se contaba con ningún portafolio de servicios, para el año 2016 se inició levantamiento de información con los jefes de las zonas (1,2 y 3) información que se validó con la oficina de calidad y de acuerdo a eso se procedió a la realización del mismo.

Ya para el año 2017 y con la información consolidada y revisada por Oficina de Planeación; se creó una pieza impresa y digital del portafolio de servicios, el cual acompañado de fotografías, direcciones y servicios permitió a las diferentes instituciones, entes y comunidad en general ubicar con mayor facilidad los 22 centros de salud de atención ambulatoria de baja complejidad y dos unidades atención hospitalaria siendo estas dos la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita - UIMIST y Hospital local del Norte – HLN.

Así mismo, se incluyó información pertinente del programa Bandera, Maternidad Segura la Magia del Amor, donde se especifica el paso a paso de este programa para conocimiento de los usuarios y comunidad en general.

TABLA 16 UBICACIÓN DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA RED DE LA ESE ISABU

UNIDADES HOSPITALARIAS Y CENTROS DE ATENCIÓN		Localización
Hospital Local del Norte		Cr. 9A Cl 12 Colseguros
Unidad Intermedia de Atención Materno Infantil Santa Teresita – UIMIST		Cr. 21 No. 12 - 02
Zona 1 – Norte	C.A. Sector COLORADOS	Av. 52N N°. 21 - 89
	C.A. Sector CAFÉ MADRID	Cll 34 norte N° 8a bis-18
	C.A. Sector VILLA ROSA	Cr. 11 N°. 18B - 50

UNIDADES HOSPITALARIAS Y CENTROS DE ATENCIÓN		Localización
	C.A. Sector REGADEROS	Cr. 23C N°. 1 - 04
	C.A. Sector IPC	Km. 2 Vía a la costa
	C.A. Sector SAN RAFAEL	Cl. 4 No. 10 - 45
	C.A. Sector KENNEDY	Temporalmente en H.L.N.
Zona 2 – Centro Oriente	C.A. Sector ROSARIO	Cl. 34 No. 35 - 57
	C.A. Sector MORRO RICO	Km. 4 Vía Pamplona
	C.A. Sector COMUNEROS	Cl. 10 No. 17 – 28
	C.A. Sector GIRARDOT	Cr. 6 No. 25 - 34
	C.A. Sector GAITÁN	Cr. 12 No. 16 - 10
	C.A. Sector SANTANDER	Cl. 27 No. 8 occ. - 35
Zona 3 – Sur	C.A. Sector CONCORDIA	Cl. 53 No. 21 - 63
	C.A. Sector LA JOYA	Cl. 41 No. 4 - 31
	C.A. Sector CPO. HERMOSO	Cl. 45 No. 0 occ. - 199
	C.A. Sector MUTIS	Cr 3W No. 57 - 51
	C.A. Sector PABLO VI	Cr 10E No. 67 ^a - 08
	C.A. Sector LA LIBERTAD	Cr. 32 No. 99 - 18
	C.A. Sector CRISTAL ALTO	Cl. 122 No. 19 - 65
	C.A. Sector TOLEDO PLATA	Cl. 105 No. 15D - 28
	C.A. Sector BUCARAMANGA	Cl. 69 No. 10 - 01

Fuente: Certificado de Libertad y Tradición

SERVICIOS AMBULATORIOS

- Consulta de Medicina General.
- Consulta Odontológica General.
- Consulta y Actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: incluyen actividades de capacitación, información y educación continua en relación con los siguientes programas y componentes: Maternidad Segura “La Magia del Amor”, Control Prenatal, Recién Nacido, Crecimiento y Desarrollo, PAI, IAMI, AIEPI, Salud Oral, Detección Temprana de Alteraciones de la Agudeza Visual, Control de Planificación Familiar, Detección Temprana de Alteraciones del Joven, Detección Temprana de Cáncer de Cérvix y Mama y Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor.
- Consulta de Medicina Especializada: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Pediátrica, Medicina Interna, Dermatología, Ortopedia, Cirugía Plástica y Urología.
- Apoyo Terapéutico: Fisioterapia, Fonoaudiología, Trabajo Social, Nutrición, Psicología y Farmacia.
- Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Clínico, Ecografías, Rayos X, Electrocardiografía y Monitoreo Fetal

SERVICIOS HOSPITALARIOS

- Servicios de Urgencias: Medicina General y Ginecobstetricia, Sala de Observación, Sala de Partos e Interconsulta de Medicina Especializada en Pediatría, Medicina Interna, Cirugía Ginecobstetricia y Cirugía General.
- Servicios de Quirúrgicas y Obstétricas: En las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía General.
- Internación en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Neonatología y Cirugía General.
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, de primero y segundo nivel de atención.
- Otros servicios: Sala de Rehidratación Oral, Sala General de Procedimientos Menores, Sala ERA de Adultos y Pediátrica, Sala de Yesos.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- Atención Primaria en Salud (A.P.S.).
- Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.).
- Vigilancia Epidemiológica.

En la vigencia 2020 se realizó ajustes en la distribución de los centros de salud en virtud de la Resolución 0058 del 4 de febrero de 2020, estableció la zonificación de los centros de salud del Municipio de Bucaramanga en dos (2) zonas para la supervisión y coordinación de los servicios habilitados en los veintidós (22) centros de salud, quedando las zonas de la siguiente manera:

TABLA 17 UBICACIÓN DE LAS SEDES QUE CONFORMAN LA RED DE LA ESE ISABU DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 0058 DEL 4 DE FEBRERO DE 2020

UNIDADES HOSPITALARIAS Y CENTROS DE ATENCIÓN		Localización
Hospital Local del Norte		Cr. 9A Cl 12 Colseguros
Unidad Intermedia de Atención Materno Infantil Santa Teresita – UIMIST		Cr. 21 No. 12 - 02
Zona 1 Norte	C.A. Sector COLORADOS	Av. 52N No. 21 - 89
	C.A. Sector CAFÉ MADRID	Cr. 8B No. 33N - 30
	C.A. Sector VILLA ROSA	Cr. 11 No. 18B - 50
	C.A. Sector REGADEROS	Cr. 23C No. 1 - 04
	C.A. Sector IPC	Km. 2 Vía a la costa
	C.A. Sector SAN RAFAEL	Cl. 4 No. 10 - 45
	C.A. Sector KENNEDY	Temporalmente en H.L.N.
	C.A. Sector GAITÁN	Cr. 12 No. 16 - 10
	C.A. Sector GIRARDOT	Cr. 6 No. 25 - 34
	C.A. Sector SANTANDER	Cl. 27 No. 8 occ. - 35
Zona Suroriente	C.A. Sector ROSARIO	Cl. 34 No. 35 - 57
	C.A. Sector MORRORICO	Km. 4 Vía Pamplona
	C.A. Sector COMUNEROS	Cl. 10 No. 17 – 28
	C.A. Sector CONCORDIA	Cl. 53 No. 21 - 63
	C.A. Sector LA JOYA	Cl. 41 No. 4 - 31
	C.A. Sector CPO. HERMOSO	Cl. 45 No. 0 occ. - 199

UNIDADES HOSPITALARIAS Y CENTROS DE ATENCIÓN		Localización
	C.A. Sector MUTIS	Cr 3W No. 57 - 51
	C.A. Sector PABLO VI	Cr 10E No. 67 ^a - 08
	C.A. Sector LA LIBERTAD	Cr. 32 No. 99 - 18
	C.A. Sector CRISTAL ALTO	Cl. 122 No. 19 - 65
	C.A. Sector TOLEDO PLATA	Cl. 105 No. 15D - 28
	C.A. Sector BUCARAMANGA	Cl. 69 No. 10 - 01

Fuente: Certificado de Libertad y Tradición

Para la socialización de este, se procedió a la publicación en página web y se entregaron a los directores técnicos, en ese entonces jefe de zonas, alianzas de usuarios, Secretaria de Salud municipal y EPS.

EL portafolio de servicios se encuentra publicado en la página web institucional, en el siguiente link <http://www.isabu.gov.co/isabu/servicios-por-sede/>

En la actualidad el portafolio de servicios se encuentra en proceso de actualización teniendo en cuenta las mejoras y remodelaciones de los centros, sin embargo, se cuenta con portafolio de servicios actualizados por centros de salud con horario de atención. (Anexo 3. Portafolio de Servicios)

2.1.5 PLAN DE GESTIÓN

El Plan de Gestión de la ESE ISABU refleja los compromisos del gerente que estableció ante la junta directiva de la entidad, los cuales contempla las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de dirección y gerencia, financiera y administrativa y clínica o asistencial y las metas, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la entidad territorial y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social, que sin ir en contravía de la planeación general de la empresa, se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento fue medido a través de los indicadores definidos en la normatividad vigente.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 72 y 73 de la ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012 modificaciones por la Resolución 743 de 2013, el gerente entrega el Plan de Gestión 2016 – 2020 a la Junta Directiva para aprobación, entregado el día 5 de septiembre de 2016 y a través del acuerdo 09 del 26 de septiembre de 2016, fue aprobado el plan de Gestión para la vigencia 2016 – 2020.

El 28 de febrero de 2018 se envía modificación al Plan de Gestión acorde con la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, que el día 13 de marzo de 2018 la Junta Directiva a través del acuerdo 004 aprueba la modificación al Plan de Gestión 2016 – 2020.

El gerente para la vigencia 2016 no tuvo calificación de indicadores de Gestión debido a que según diligencia de posición 0353 del 2016, el posicionamiento del Dr. Juan Eduardo Durán Durán como gerente de la Institución fue el 25 de Julio de 2016, por lo anterior, no se hizo calificación de indicadores de gestión para dicha vigencia, dado el poco tiempo de gestión del mismo, ante esto, se procedió a evaluar a partir de la vigencia 2017, donde se pudiera evaluar dichos indicadores por vigencia completa.

En cumplimiento del artículo 74 de la ley 1438 de 2011, a las Resoluciones 710 de 2012, modificaciones realizadas a la 710 por la resolución 743 de 2013 y posterior a las modificaciones en la Resolución 408 de 2018, el gerente presentó de forma anual la evaluación de gestión obteniendo los siguientes resultados.

La evaluación de la Gestión se mide a través de los indicadores y de estos se genera la calificación definitiva de la gestión teniendo una escala de resultados, siendo esta la escala de resultados:

TABLA 18 ESCALA DE RESULTADOS – ANEXO 5 DE LA RESOLUCIÓN 710 DE 2012

ANEXO N° 5		
Escala de resultados		
Rango calificación (0,0-5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

(C. F.).

Fuente: Anexo 5 Resolución 710 de 2012

TABLA 19 EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN VIGENCIA 2017, 2018 Y 2019

CONSOLIDADO TABLERO MEDICION DE INDICADORES DE GESTION										
PROYECCION CALIFICACION										
AREA	NO.	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	RESULTADOS INDICADORES VIGENCIA 2017	CALIFICACION OBTENIDA G. GERENCIAL - VIGENCIA 2017	RESULTADOS INDICADORES VIGENCIA 2018	CALIFICACION OBTENIDA G. GERENCIAL - VIGENCIA 2018	RESULTADOS INDICADORES VIGENCIA 2019	CALIFICACION OBTENIDA G. GERENCIAL - VIGENCIA 2019	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Autoevaluación en la vigencia evaluada con resultado ≥ -1.20	1,5	5	1,2	5	1,2	5	
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	$\geq 0,90$	0,97	5	0,98	5	0,99	5	
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,90$	0,99	5	1	5	1	5	
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2) (1)	$\leq 0,90$	0,88	5	0,86	5	1,09	5	
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos : a) 1. compras conjuntas b) 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c) 3. compras a través de mecanismos electrónicos	$\geq 0,70$	0,93	5	0,8	5	78,8	5	
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	CERO (0) o VARIACION NEGATIVA	0	5	0	5	0	5	
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	4	5	4	5	4	5	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	0,89	1	0,93	3	0,84	1	
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TERMINOS PREVISTOS	1	0	1	0	1	5	
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 Compilado en la Sección 2. Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector de Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TERMINOS PREVISTOS	1	5	1	5	1	5	
	Gestión Clínica o asistencial 40%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	$\geq 0,85$	0,62	3	0,66	3	0,71	3
		22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 casos	4	0	1	0	0	5
		23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	$\geq 0,9$	0,92	5	0,94	5	0,98	5
24		Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	$\geq 0,8$	0,96	5	0,95	5	0,999	5	
25		Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	$\leq 0,03$	0,001	5	0,0041	5	0,00205	5	
26		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3	2,417	5	3,07	5	2,54	5	
TOTALES				SATISFACTORIA	3,9	SATISFACTORIA	4,04	SATISFACTORIA	4,38	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

TABLA 20 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN DE LAS VIGENCIAS 2017 Y 2018

VIGENCIAS	2017	2018
JUNTA DIRECTIVA	Acta No. 6 del 17 de Abril de 2018	Acta No. 4 del 10 de Abril de 2019.
CALIFICACIÓN	3.93	4.04
OBSERVACIONES	Según Acuerdo 006 por medio del cual se evaluó el cumplimiento del plan de gestión del gerente de la ESE ISABU para el periodo comprendido entre el 1ro de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017 fue de 3.93 con un porcentaje de cumplimiento del 78.51% acorde con la matriz establecida en los anexos técnicos.	Según Acuerdo 004 por medio del cual se evalúa el cumplimiento del plan de gestión del gerente de la ESE ISABU para el periodo comprendido entre el 1ro de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018 fue de 4.04 con un porcentaje de cumplimiento del 80.8% acorde con la matriz establecida en los anexos técnicos.
ANEXOS	Acta No. 6 del 17 de Abril de 2019 y Acuerdo 006 del 17 de abril de 2018.	Acta No. 4 del 10 de Abril de 2019 y Acuerdo 004 de 2019.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

El informe del Plan de Gestión de la vigencia 2019 fue satisfactoria con una calificación de 4,38 sobre 5, con un porcentaje de cumplimiento del 87,6% de acorde con la matriz establecida en los anexos técnicos de la norma, es de resaltar que está pendiente la presentación ante la Junta directiva en el mes de abril de 2020.

En la oficina Asesora de Planeación reposa el archivo físico y magnético del plan de Gestión con la evaluación realizada anualmente. (Anexo 4. Herramienta de calificación de los indicadores vigencia 2017, 2018 y 2019).

Ruta soportes: P:\9. INDICADORES DE GESTIÓN

2.1.6 PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC

La ESE ISABU, comprometida con el objetivo de promoción de estándares de Transparencia y Lucha contra la corrupción, está regida por una serie de principios, valores y comportamientos, que consolidan su cultura institucional mediante un continuo aprendizaje y la participación de todo los colaboradores de la institución, quienes adelantan acciones que contribuyen a una gestión transparente, preservación de la ética empresarial, administración eficiente de los recursos, reconocimiento y respeto de los

derechos de los pacientes y partes interesadas, generando cercanía , confianza y seguridad a los ciudadanos.

El fundamento del PAAC es considerar los hechos de corrupción como acciones inaceptables e intolerables dentro de la Entidad y trabaja en este sentido por prevenir y evitar estos sucesos y brinda toda la información requerida por la ciudadanía acatando los lineamientos del gobierno nacional.

El plan está compuesto por seis componentes:

1. Mapa de Riesgos de Corrupción
2. Racionalización de trámites
3. Rendición de cuentas
4. Mecanismos para mejorar la atención del ciudadano
5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información
6. Iniciativas Adicionales

La oficina Asesora de Planeación realizó el asesoramiento durante las vigencias 2017, 2018 y 2019 a todos los líderes de procesos en la construcción del plan de anticorrupción, consolidación y el cual fue reportado en página web de la institución con fecha máxima del 31 de enero de cada vigencia; la Oficina de control Interno realiza la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilización, el seguimiento y control de las acciones, en las fechas establecidas acorde a la normatividad vigente, las cuales se encuentran publicadas en página web el PAAC y sus seguimientos de las vigencias 2017, 2018 y 2019.

Para los años 2015 y 2016 la ESE ISABU, identificó y documento los riesgos de corrupción por procesos, plasmando cada uno de estos dentro de una matriz, la cual comprende aspectos como: identificación del riesgo, causas, controles y acciones de seguimientos con sus respectivos indicadores y responsables de la medición y trazabilidad.

A partir de la vigencia 2017, se da inicio al cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2641 de 2012 y la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, la cual proyecta el plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano, como una herramienta de nivel estratégico que busca la prevención de hechos de corrupción, mejorar la atención a las necesidades de los ciudadanos y la efectividad del control de la gestión del riesgo institucional.

De esta manera para los años 2017,2018, 2019 y 2020, se lleva a cabo el desarrollo del PAAC de manera formal, a través del compromiso del equipo directivo, administrativo y asistencial, con el fin de inculcar en los funcionarios la cultura de autocontrol y lucha contra la corrupción teniendo como referente los principios y valores éticos.

Cabe resaltar que de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la información, el PAAC es publicado anualmente en página web: <http://www.isabu.gov.co/isabu/plan-anticorrupcion/>

2.1.6.1 Componente 1: Gestión de Riesgo de Corrupción.

Para los años 2015 y 2016 la ESE ISABU, identificó y documentó los riesgos de corrupción por procesos, plasmando cada uno de estos dentro de una matriz, la cual comprende aspectos como: identificación del riesgo, causas, controles y acciones de seguimientos con sus respectivos indicadores y responsables de la medición y trazabilidad. Sin embargo, no se encuentra soporte de la puesta en marcha para los años mencionados.

A partir del año 2017, se da inicio al cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2641 de 2012 y la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, documentando los riesgos de manera formal, socializando a los procesos para el cumplimiento de actividades de minimización del riesgo, acciones de control, recolección de evidencias y seguimiento para evaluación del cumplimiento.

De esta manera para los años 2017, 2018, 2019 y 2020, se evalúa el cumplimiento del seguimiento a la gestión del riesgo por procesos de la ESE ISABU, identificando el estado de riesgo en que se encuentra la Entidad y realizando acciones de control para minimizar los mismos.

Finalmente, Como parte integral de este Plan, se consolidó el Mapa de Riesgos de Corrupción que agrupa los riesgos de corrupción identificados y que pueden generar impacto a la entidad. Los Riesgos de Corrupción se publicaron en la página WEB de la entidad <http://www.isabu.gov.co/isabu/mapas-de-riesgo-de-corrupcion/> donde están disponibles para los entes de control y la comunidad en general.

2.1.6.2 Componente 2: Racionalización de Trámites

El componente Racionalización de Trámites en la E.S.E ISABU, se planteó como una herramienta de prevención de actos de corrupción que apunta al cumplimiento de la Ley 962 de 2005, Ley 1474 de 2011 y el Decreto Ley 019 de 2012, mediante la formulación de estrategias que permiten simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y/o automatizar los procesos, para que los usuarios y demás partes interesadas puedan acceder a los servicios ofertados por la institución.

Estas estrategias se trabajan de manera articulada bajo lineamientos de Gobierno digital, lo que ha permitido la revisión de los procesos existentes y hacer el análisis, evaluación, descripción, consolidación y actualización de los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios.

Para la vigencia 2015, no existía registro de racionalización de trámites, sin embargo, se encontraban identificados los 9 trámites que son obligatorios para la ESE ISABU.

De esta manera, los respectivos trámites no estaban aprobados en la página del SUIT dado que no se había realizado la racionalización, razón por la cual tampoco aparecían en No más filas y por ende no existía vínculo con la página de la institución.

Para el año 2016 se dio inicio a la recolección de la información de cada uno de los trámites, la cual correspondió a la parte legal y todo lo relacionado con los pasos a seguir para la inscripción de los 9 trámites en el SUIT.

En el año 2017 se creó la primera racionalización, la cual fue realizada de manera manual. Así mismo se hizo el análisis para la racionalización de los trámites inscritos en el SUIT para la vigencia del 2018, realizándose también actualizaciones en la plataforma del SUIT sobre horarios y atenciones.

Para el año 2018, se dio inicio a la ampliación de los trámites en la plataforma del SUIT, dando lugar al registro de los pasos a seguir para cada uno de los trámites, así mismo, se creó la primera racionalización en el sistema, la cual consistía en lo siguiente para cada uno de los trámites:

Asignación de citas

Situación anterior: Pocos canales de atención para la prestación del servicio.

Mejora implementada: Se amplían los canales y puntos de atención para la prestación del servicio al ciudadano.

Beneficio al ciudadano: Costos de desplazamiento, mayor accesibilidad al servicio, reducción tiempos de respuesta.

Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos

Situación anterior: Pocos canales de atención para la prestación del servicio.

Mejora implementada: Ampliar la disponibilidad de centros de salud para la prestación de servicios.

Beneficio al ciudadano: Costos de desplazamiento, mayor accesibilidad al servicio, reducción tiempos de respuesta.

Certificado de nacido vivo

Situación anterior: un solo canal de atención para la prestación del servicio el Hospital Local del Norte.

Mejora implementada: Con la implementación de la ventanilla única en la UIMIST el ciudadano puede radicar la solicitud desde este punto de atención y se le entregara al ciudadano un pantallazo de soporte de la plataforma RUAF.

Beneficio al ciudadano: Costos de desplazamiento, mayor accesibilidad al servicio.

Certificado de defunción

Situación anterior: un solo canal de atención para la prestación del servicio el Hospital Local del Norte.

Mejora implementada: Con la implementación de la ventanilla única en la UIMIST el ciudadano puede radicar la solicitud desde este punto de atención y se le entregara un pantallazo de soporte de la plataforma RUAF.

Beneficio al ciudadano: Costos de desplazamiento, mayor accesibilidad al servicio.

Examen de laboratorio clínico

Situación anterior: No se cuenta con puntos de salud adicionales para toma de muestras para la prestación del servicio.

Mejora implementada: Ampliar la disponibilidad de centros de salud para la prestación de servicios y con esto mejoras en reducción de tiempos de asignación.

Beneficio al ciudadano: Costos de desplazamiento, mayor accesibilidad al servicio, reducción tiempos de respuesta.

Radiología e imágenes diagnósticas

Situación anterior: No se cuenta con puntos de salud adicionales para la prestación del servicio.

Mejora implementada: Ampliar la disponibilidad de centros de salud para asignar los servicios, adicional las citas se pueden solicitar por correo electrónico y en los centros de salud las facturadoras solicitan la cita vía Skype al hospital.

Beneficio al ciudadano: Costos de desplazamiento, mayor accesibilidad al servicio, reducción tiempos de respuesta.

Posterior a la racionalización de los tramites, se realizaron socializaciones con la Alianza de Usuarios, Facebook y página Web Institucional, lo anterior, mediante charlas, videos y demás publicaciones, así mismo, se crearon folletos con el fin de que estos trámites fueran socializados tanto al personal de la institución como a los usuarios, los cuales quedaron publicados en las diferentes carteleras de los centros de salud.

Para el 2018 con el fin de generar mejoras en la próxima racionalización, se realizó una encuesta en la página web, socializada en Facebook donde se invitó a la comunidad a participar de la misma, se realizó una encuesta físicas, las cuales fueron socializadas con la alianza de usuarios para recolectar la información, luego de analizar los resultados obtenidos en las encuestas se identificaron los trámites a racionalizar para la vigencia de 2019 y el análisis de las PQR por cada uno de los trámites.

Por otro lado, se realizó el informe donde se identificó cual es el trámite que hacía parte de la ruta de la excelencia del Plan de Desarrollo Municipal, así mismo, se identificaron cuáles eran los trámites que hacían parte del Plan de Desarrollo Municipal, para darle cumplimiento al requisito por parte de la Alcaldía, cuyo objetivo principal es el análisis de los planes de desarrollo territorial desde el punto de vista de los tramites que tiene inscritos el Instituto de salud de Bucaramanga en la plataforma SUIT vs el plan de desarrollo de la Alcaldía de Bucaramanga, identificando en que se relacionan y que actividades apuntan directamente a estos para mejorar el bienestar de los ciudadanos en virtud de la Ley 962 del 2005 y del Decreto 019 del 2012.

De igual manera, se realizó seguimiento por medio de la plataforma del SUIT dándole cumplimiento a lo estipulado de acuerdo a los parámetros racionalizados, así mismo, se creó una clave para que una vez realizado el respectivo seguimiento por parte de planeación, Control Interno entrara a evaluar lo realizado.

Durante esta vigencia, también se inició a solicitar la información correspondiente a datos de operación de cada uno de los trámites, los cuales debían ser cargados trimestralmente en el SUIT, sin embargo, dado que en las vigencias anteriores no se realizó dicho procedimiento, para el año 2018 se llevó a cabo a partir del mes de octubre, cumpliendo con el cargue total de la información de datos de operación para la vigencia de 2018.

Durante la vigencia del 2019, se registró la racionalización que se generó de acuerdo al análisis de las encuestas realizadas en el 2018, cuyos resultados arrojaron que 2 trámites debían racionalizarse:

- Asignación de citas web
- Reducción en el tiempo de entrega de laboratorio.

Actualmente se encuentran totalmente racionalizados y montados a plataforma SUIT los dos trámites a racionalizar para la vigencia 2019, uno de ellos es la estrategia “Se acabaron las colas” en la cual se realizaron diferentes videos explicativos, donde se indica el paso a paso de cómo solicitar una cita vía Web, estos videos fueron socializados por medio de la página de Facebook y carteleras digitales, así mismo se habilitó un número de celular institucional para tal fin 3185500877 y un correo electrónico soportecitasweb.isabu@gmail.com para ayudar a los usuarios que hacen uso de esta nueva herramienta. Lo anterior dándole cumplimiento a la racionalización del trámite “Asignación de citas” que tenía como fecha final 30/09/2019, por otro lado, en cuanto a laboratorio, para entrega de resultados pasó de 17 horas a 11,94 (Indicador de disponibilidad del resultado) dándole cumplimiento a la estrategia de racionalización donde se buscaba mejorar la oportunidad del trámite, lo anterior dándole cumplimiento a la racionalización del trámite “Laboratorio” el cual tenía como fecha final 31/12/2019.

Debido a los tiempos establecidos en el consolidado de la estrategia de racionalización de trámites para la vigencia 2019, cuya fecha límite para el trámite de Exámen de laboratorio clínico era de 31 de Diciembre de 2019. Ante esto, se evidencia que se realizó la racionalización del trámite anteriormente mencionado el día miércoles, 18 de Diciembre de 2019, realizando la debida actualización en la plataforma de SUIT .

TABLA 21 CONSOLIDADO ESTRATEGIA DE RACIONALIZACION DE TRÁMITES VIGENCIA 2019.

Fuente:

Plataforma SUIT

En cuanto a datos de operación, se recopiló la información referente a los datos de operación de cada trámite, la cual es recopilada mensualmente, para hacer el cargue trimestral, dado que los datos de productividad son generados de esta forma, lo anterior correspondiente a la vigencia 2019.

TABLA 22 DATOS DE OPERACIÓN EN PLATAFORMA SUIT

Fuente: Plataforma SUIT

Adicionalmente fueron publicados los datos mensuales de operaciones de la vigencia 2019 de cada trámite con el fin de que fueran priorizados y estructurar la estrategia de racionalización de trámites para la vigencia 2020 la cual se encuentra cargada en la plataforma del SUIT. Los tramites a racionalizar son los siguientes:

- Asignación de citas
- Dispensación de medicamentos

Estrategia de racionalización de trámites

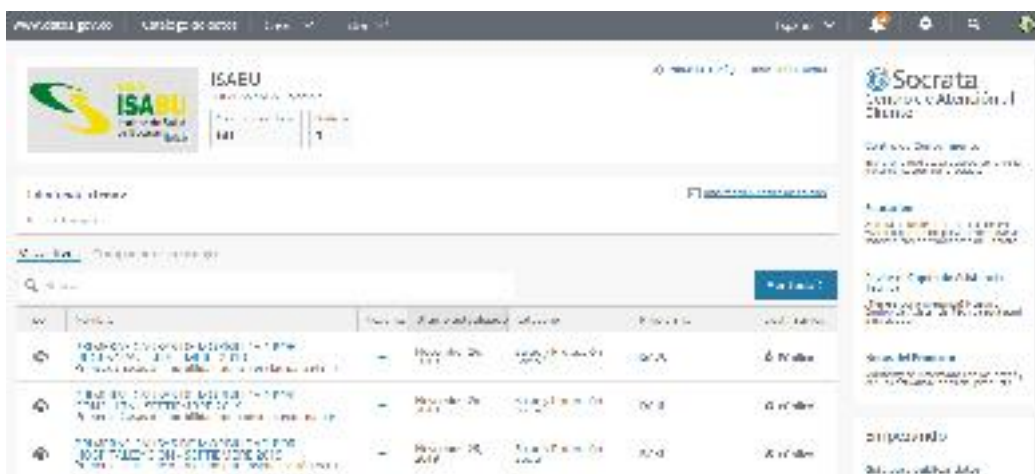
Nombre de la entidad:				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA				Orden:		Territorial			
Sector administrativo:				No Aplica				Año:		2020			
Departamento:				Santander									
Municipio:				BUCARAMANGA									
DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR					PLAN DE EJECUCIÓN				
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora por implementar	Beneficio al ciudadano o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización	Fecha inicio	Fecha final racionalización	Responsable	Justificación	
Modelo Único – Hijo	17528	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Inscrito	Usuarios no cuentan con internet o equipos de comput para poder solicitar la cita por web	se instalaran pantallas táctiles en los centros de salud y en sitios estratégicos de la ciudad, para que el usuario solicite su cita por WEB facilitando el acceso	Costos de desplazamiento, reducción en el tiempo.	Tecnologica	Optimización del aplicativo	01/04/2020	31/05/2020	planeación		
Modelo Único – Hijo	17530	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	Inscrito	No se cuenta con puntos de dispensación en el centro de salud café madrid	se habilitara un punto de atencion en el centro de salud café madrid	beneficios en disminución de tiempo, costos para los usuarios, desplazamientos	Administrativa	aumento de canales y/o puntos de atención	01/03/2020	02/04/2020	planeación		

Actualmente se encuentran en proceso de racionalización y montados a plataforma SUIT los dos trámites a racionalizar para la vigencia 2020, uno de ellos es la Asignación de cita para la prestación de servicios en salud, se instalaron pantallas táctiles en los centros de salud y en sitios estratégicos de la ciudad, para que el usuario solicite su cita por WEB facilitando el acceso Lo anterior dándole cumplimiento a la racionalización del trámite “Asignación de citas” que tiene como fecha final 31/05/2020, por otro lado, Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, se habilito un punto de atención en el centro de salud Café Madrid obteniendo beneficios en disminución de tiempo, costos para los usuarios, que tiene como fecha final 02/04/2020.

2.1.6.2.1 DATOS ABIERTOS

Dando cumplimiento al derecho de acceso a la información por parte del ciudadano, según ley 1712 de 2014, la plataforma de datos abiertos se implementó en el año 2018 a partir de agosto, a la fecha se han creado 60 conjuntos de datos, los cuales responden a los parámetros exigidos en la ley de transparencia y acceso a la información.

TABLA 23 DATOS ABIERTOS



The screenshot shows the 'Plataforma Datos Abiertos' interface for ISABU. It features a search bar, a list of datasets with columns for 'Nombre', 'Fecha de actualización', 'Formato', 'Proceso', and 'Acciones', and a sidebar with navigation options like 'Inicio', 'Sobre nosotros', and 'Contacto'.

Nombre	Fecha de actualización	Formato	Proceso	Acciones
TRABAJOS COLGADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA INSTITUCIÓN	Noviembre 2018	Excel	Actualizado	Ver datos
TRABAJOS COLGADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA INSTITUCIÓN	Noviembre 2018	Excel	Actualizado	Ver datos
TRABAJOS COLGADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA INSTITUCIÓN	Noviembre 2018	Excel	Actualizado	Ver datos

Fuente: Plataforma datos abiertos

Durante la vigencia de 2018, se gestionó la contraseña y el usuario para la ESE ISABU de la plataforma de Datos Abiertos, así mismo, se empezó a recolectar información y ajustarla para darle cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 y La ley 1581 de 2012. También se realizaron socializaciones de datos abiertos a Alianza de Usuarios, así mismo, se socializaron videos a los ciudadanos sobre la plataforma de Datos Abiertos y socialización sobre la Ley 1712 de 2014 al personal administrativo de la institución.

Por otro lado, se le hace seguimiento de visitas y descargas a cada uno de los datos publicados en la plataforma, también se crearon los links desde la página web de la Institución <http://www.isabu.gov.co/isabu/datos-abiertos/> para ingresar directamente a la información publicada de la institución.

2.1.6.3 Componente 3: Rendición de Cuentas

De acuerdo con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, la rendición de cuentas es “... un proceso... mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”; es también una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la

evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

Conforme a estos lineamientos para la E.S.E ISABU, la rendición de cuentas va más allá de ser una práctica de audiencias públicas y se concibe como un proceso continuo y bidireccional que genere espacios de dialogo entre la institución y los ciudadanos sobre la gestión y manejo, lo cual implica que los ciudadanos conozcan el desarrollo de las acciones de la administración y la institución explique el manejo de su actuar y de su gestión.

Se encuentra soporte documental de la Rendición de Cuentas de los años 2015 y 2016, la cual comprende actas de reunión, diseños, divulgación, formatos, informes a la Súper salud, orden del día, pantallazos y presentación, dando cumplimiento a la normatividad aplicable.

Para la rendición de cuentas de los años 2017 y 2018, se ha venido realizando la estrategia de rendición de cuentas bajo la siguiente estructura, con el desarrollo de las siguientes actividades:

TABLA 24 ESTRATEGIA RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2017 Y 2018

ESTRUCTURA	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD
DIAGNÓSTICO	Evaluación Estrategia	Se realizó un análisis donde se tuvieron en cuenta las observaciones presentadas por la oficina de Control Interno, las cuales permiten evaluar las actividades o acciones que deben ser mejoradas y establecer las soluciones a estas debilidades y amenazas
	Actores	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitan base de datos de los grupos localizados que se manejen en la ESE ISABU. • Se solicitan base de datos a funcionarios ESE ISABU. • Se solicitan base de datos de asociaciones de Usuarios identificando quien es su presidente. • Se actualizan base de datos en cuanto a gremios, empresarios, universidades y demás que puedan haber presentado cambios.
	Necesidades de información	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisa el Inventario de información actual y sus fuentes de información con respecto a la matriz. • Se realiza valoración de información en cuanto a confiabilidad, pertinencia, actualidad y veracidad. • Se identifica información faltante para lograr realizar las actividades pactadas. • Se identifican mecanismos de consulta e interacción con los actores para determinar los temas principales de las rendiciones de cuentas.
CAPACIDAD Y REQUERIMIENTOS OPERATIVOS	Personal	Se organiza un equipo interdisciplinario de profesionales de las diferentes oficinas de la ESE ISABU.
	Logísticos	Se gestionó sitio apropiado dotado de: sonido, sillas, equipos de video y demás elementos que hicieron parte de la organización de las actividades que se realizarán en esta estrategia MEDIOS DE COMUNICACIÓN: Se realizó transmisión de audiencias públicas por televisión regional y contar por medio de la oficina de prensa y comunicaciones con espacios radiales y medios escritos (boletín institucional), para la difusión de la información de la gestión de la ESE ISABU.
	Acceso información ^a	Se cuenta con acceso a los sistemas de información de la ESE ISABU y seguimiento a los proyectos y a las metas planteadas en el plan de Desarrollo "ISABU Avanzando con los Ciudadanos 2016-2020"

	Difusión por página web y redes sociales	Se cuenta con el apoyo de la oficina de comunicaciones y sistemas para realizar las actividades de rendición pública de cuentas como de los avances en el desarrollo y cumplimiento de las metas del plan de desarrollo Institucional "Avanzando con los Ciudadanos 2016- 2020"
ESTRATEGIA	Información	Elaboración y Difusión de los Informes de Gestión. Publicación de proyectos, sus avances y/o entregas y demás noticias relacionadas con la gestión de la Administración en los diferentes medios de comunicación masivos, redes sociales, boletines de prensa y página WEB.
	Dialogo	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó audiencia pública en donde se dialogó con la comunidad de la gestión de la Institución en la vigencia de los temas que los actores hayan seleccionado en las consultas previas a las audiencias. Se realizó reuniones con grupos de interés para acordar la temática que querían conocer. <p>Se realizó la identificación de los informes de interés de la comunidad en las redes sociales.</p> <p>Se realizó fortalecimiento en la página WEB, a través del Link de rendición de cuentas que facilitó el dialogo con la comunidad permitiendo compartir fotos, videos, comentarios y demás evidencia para que la comunidad pudiera evidenciar el avance y estado de las obras realizadas por la ESE ISABU en sus comunidades.</p>
	Incentivo	Se realizan capacitaciones tanto a la comunidad como a los funcionarios públicos de como pedir y como rendir cuentas, así como de temas relacionados con transparencia y anticorrupción.
	Implementación de la estrategia	Las acciones de información, dialogo e incentivo junto con las actividades relacionadas con el proceso de rendición de cuentas se plasmaron en el cronograma de acuerdo a la ejecución de la estrategia de rendición pública de cuentas.
	Evaluación de la estrategia	<p>Una vez finalizadas las actividades de dialogo o incentivo se realiza una retroalimentación en acta donde se plasmaron las cosas positivas como las negativas y así poder plantear acciones correctivas y de mejora para las siguientes actividades.</p> <p>Al finalizar la vigencia se realizó la evaluación de toda la estrategia y en el mes de diciembre se publicó y difundió mediante página WEB los resultados de esta evaluación junto con el plan de mejoramiento presentado con base en la experiencia obtenida en la vigencia.</p> <p>Es importante conservar de forma física y digital las memorias de cada actividad que incluyen actas, registros de asistencia, videos audios, fotografías, formatos de encuestas, preguntas, evaluaciones, información presentada en cada evento y demás material que pueden servir para realizar y que permiten cumplir con los requerimientos de los diferentes entes de control.</p>

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

La rendición de cuentas del año 2018, se llevó a cabo el 6 de junio de 2019 en el auditorio Low Murtra del SENA de Bucaramanga, liderado por la oficina Asesora de Planeación, teniendo en cuenta las estrategias y metodología anteriormente mencionada.

Con el propósito de continuar consolidando la estrategia de rendición de cuentas como un proceso tendiente a fortalecer un cambio cultural, de manera democrática y participativa; la ESE ISABU desde la Dirección de Planeación, ha establecido los siguientes objetivos y metas en materia de Rendición de Cuentas, de manera que para la rendición de cuentas a realizarse en el primer semestre del año 2020, correspondiente a la ejecución de la vigencia

2019, sean tenidas en cuenta para que este proceso se siga llevando a cabo de manera eficaz, eficiente y con calidad de resultados.

La audiencia pública para la rendición de cuenta de 2019 se llevará a cabo el día 22 de Mayo de 2020, en el auditorio del Hospital local del norte liderado por la oficina Asesora de Planeación, teniendo en cuenta las estrategias y metodología anteriormente mencionada.

2.1.6.4 Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al Ciudadano

Dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la ESE ISABU cuenta con diferentes medios de atención y comunicación para fortalecer la cultura de la denuncia poniéndolos a disposición de la ciudadanía.

Con el propósito de brindar un mejor servicio a los usuarios y sus familias, los cuales se constituyen en el eje central del modelo de atención de la ESE ISABU; la implementación de este componente desarrollado en el marco de la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (CONPES 3785 de 2013) y de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano – PNSC, desde el año 2016 y durante el año 2017, 2018 y 2019 se viene trabajando en la elaboración de la caracterización de usuarios e implementación acciones adicionales que permiten identificar la situación actual del servicio al ciudadano, las brechas respecto al cumplimiento normativo y definición de acciones precisas para mejorar la situación actual, el acceso a los trámites y servicios de la entidad que garanticen la satisfacción de los usuarios y faciliten el ejercicio de sus derechos.

Para la vigencia 2019 la ESE ISABU desde el Área de Atención al Cliente, Quejas y Reclamos, ha venido evaluando la calidad de las respuestas a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias - PQRDS que radican los usuarios, grupos de valor y de interés ante la entidad, teniendo en cuenta criterios de oportunidad, calidez, claridad, solución de fondo y coherencia.

Como cumplimiento a la política se han ejecutado actividades con respecto a la estrategia del programa SIAU, tales como:

- Socialización en participación social, deberes y derechos de los usuarios afiliados al SGSSS.
- Atención personalizada de usuarios en cada una de las unidades operativas y Hospital Local del Norte.
- Aplicación de encuestas en todas las unidades operativas de la ESE ISABU, lo cual permite medir la satisfacción de nuestros usuarios con respecto a los servicios que presta la entidad.
- Socialización y publicación en las carteleras de las unidades operativas de los resultados del indicador de satisfacción según encuestas aplicadas a los usuarios.
- Recolección y trámite de Buzones.

- Actualización y Socialización en los Comités del Proceso de atención al Usuario y sus procedimientos, así como también en Participación Social.
- Aperturas semanales de buzones en el período de enero a diciembre
- Capacitaciones a todo el personal de atención al usuario, con el fin de fortalecer la humanización del servicio y sensibilizar a nuestros servidores en el trato digno y con calidez humana.
- Socialización a los usuarios el portafolio de servicios y su respectiva red de servicios.
- Atención a las diferentes solicitudes de información por parte de los entes de control (control interno, secretaria de salud y ambiente, contraloría municipal).

Para el 2020 para continuar dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la ESE ISABU cuenta con diferentes medios de atención y comunicación para fortalecer la cultura de la denuncia poniéndolos a disposición de la ciudadanía como son:

Los canales y modos de contacto que fueron establecidos para el servicio al ciudadano son los relacionados a continuación:

TABLA 25 CANALES DE COMUNICACIÓN PARA EL SERVICIO CIUDADANO ESE ISABU

CANAL	MODO DE CONTACTO	
Teléfono	Línea telefónica local :6405757 extensión 140, disponible en horas Hábiles	
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos radicado por ventanilla única	
Virtual	Correo Electrónico:	atencionalusuario@isabu.gov.co
	Sitio Web:	http://www.isabu.gov.co
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso del Hospital Local del Norte – consulta externa	
Buzones	En cada una de las sedes y centros de salud se han dispuesto buzones y se fijan.	
	Los formatos donde el usuario puede escribir. Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias, Agradecimientos o Felicitaciones. Se hace recorrido por los buzones y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos de ley.	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

2.1.6.5 Componente 5: Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información

La promoción de la transparencia, la lucha anticorrupción y el acceso a la información pública para la ESE ISABU es una forma de actuar que debe trascender toda la estructura organizacional de la entidad y en ese sentido, además de la implementación de las acciones contenidas en el presente plan.

Este componente se asume como un asunto de cultura organizacional que requiere de un apoyo decidido del nivel directivo, el diseño y la aplicación de estrategias de comunicación, el empoderamiento de todos los colaboradores y el acompañamiento de la ciudadanía.

La ESE ISABU desde el año 2015, por medio de la adopción de sistemas de gestión y comunicaciones, viene generando procesos que ayudan a fortalecer el sistema administrativo y los mecanismos para la transparencia y el acceso a la información tales como programas, planes, políticas, proyectos y demás actividades que de alguna manera han apuntado al logro de los objetivos institucionales.

Para el año 2016 el proceso de comunicaciones de la E.S.E. ISABU, tenía como dimensión estratégica, ser el agente que hace posible el flujo comunicativo al interior de la entidad y a su vez plantea soluciones a la necesidad de divulgar los actos administrativos y asistenciales en concordancia con lo establecido en el artículo 32 de la ley 489 de 1998.

Así mismo el equipo de comunicaciones desde el año en mención progresivamente logró la consolidación y posicionamiento de diferentes canales de comunicación internos y externos, que evidencian el quehacer institucional, fortaleciendo la identidad corporativa en los funcionarios y a su vez generando impacto local en la divulgación de servicios, estrategias y programas, con el fin de contribuir a la lucha contra la corrupción.

En el año 2016 la entidad desarrolló su estrategia de transparencia y acceso a la información en el marco del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC, y lo ha venido ejecutando durante los años 2017,2018 y 2019.

A estas actividades se realizó el correspondiente seguimiento cuatrimestral para garantizar el resultado esperado al cierre de la vigencia del 100%, resultado que contribuye a una gestión transparente, preservar la ética empresarial, administración eficientemente de sus recursos, reconocimiento y respeto de los derechos de los pacientes y partes interesadas generando así cercanía confianza y seguridad a los ciudadanos.

Para el 2020 se continuara con la estrategia de transparencia y acceso a la información en el marco del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC y sus respectivos seguimientos de manera cuatrimestral.

2.1.6.6 Componente 6: Iniciativas Adicionales

Para garantizar el cierre del ciclo de los componentes del Plan de Anticorrupción y de atención al ciudadano, la ESE ISABU presentó sus Códigos de Integridad y código de Ética

y Buen Gobierno, como una estrategia para promover comportamientos éticos frente a la atención ciudadana por parte de funcionarios y colaboradores.

A través del aseguramiento del cumplimiento y puesta en práctica de los Códigos, se obtienen mayores índices de satisfacción que redundan en la fidelización de nuestros usuarios y nos permitirá crecer en el competitivo mercado de la salud, ya que los usuarios fieles generan imagen y opiniones positivas a otros clientes potenciales y facilitan el camino para la consecución de nuevas oportunidades de negocio.

Con el fin de apuntar al logro de estándares de integridad, la ESE ISABU a través de la Resolución 274 del 30 de octubre de 2014, adopta el código de Ética y buen gobierno.

Así mismo través de la resolución 403 del 29 de noviembre de 2018, se adoptó el código de integridad dando inicio al desarrollo de la respectiva política, con una orientación más sólida conforme a los requisitos de MIPG.

Es por ello que se requiere de la participación activa de todos los empleados y prestadores de servicio de la Institución, independiente de su modalidad de contratación para asumir todos los postulados del código los cuales deben destacarse desde las mismas relaciones laborales y en nuestra interacción diaria con los usuarios.

De esta manera en el año 2019 se conforma el equipo de integridad, cuya misión es liderar la sensibilización y motivación para el arraigo de la cultura de integridad y de servicio en las prácticas cotidianas de la entidad. Con el apoyo de este equipo se avanza firmemente en la construcción colectiva del Código de Integridad alineado a la normatividad vigente aplicable, y de igual manera, se podrá realizar un diagnóstico más completo del estado actual de la entidad en temas de integridad; así como también crear y formalizar espacios de retroalimentación que permitan recolectar ideas que ayuden a estructurar la ruta de implementación de este importante Código.

Para el año 2020 se continuará socializando los Códigos de Integridad y código de Ética y Buen Gobierno, como una estrategia para promover comportamientos éticos frente a la atención ciudadana por parte de funcionarios y colaboradores.

Ruta soportes: P:/6.PAAC

2.1.7 PLAN BIENAL

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

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

administración solo actualizó el plan bienal en marzo de 2018 y realizó los seguimientos respectivos a partir del segundo semestre de 2016.

Los recursos del Plan Bienal del Municipio de Bucaramanga provienen de los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, como lo establece la Ley 1608 de 2013, en el artículo 2 numeral 4. *En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.*

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

El Plan Bienal en la vigencia 2015 se encontraban inscritos los proyectos en el Ajuste 4 de la plataforma del Plan Bienal, los centros de salud de La Libertad, Antonia Santos, Bucaramanga, Campo Hermoso, Girardot, Rosario, Gaitán, Kennedy, La Joya y San Rafael, proyectos inscritos como proyectos de obra nueva, como se evidencia en la siguiente tabla.

TABLA 26 PROYECTOS INSCRITOS PLATAFORMA PLAN BIENAL PERIODO 2014–2015–AJUSTE 4

Proyecto	Valor	Valor actualizado	Valor presupuesto	Valor ejecución	Valor ejecución	Valor ejecución	Valor ejecución
Centro de Salud Campo Hermoso	81	81	81	0	0	0	0
Centro de Salud Girardot	95	95	95	0	0	0	0
Centro de Salud La Libertad	720	720	720	0	0	0	0
Centro de Salud Antonia Santos	554	554	554	0	0	0	0
Centro de Salud Bucaramanga	134	134	134	0	0	0	0
Centro de Salud Kennedy	4	4	4	0	0	0	0
Centro de Salud La Joya	95	95	95	0	0	0	0
Centro de Salud Rosario	26	26	26	0	0	0	0
Centro de Salud San Rafael	107	107	107	0	0	0	0

Fuente: Plataforma Plan Bienal

Estos proyectos fueron radicados en el Ministerio para su aprobación los cuales fueron devueltos por falta de documentación, no cumplimiento de normas arquitectónicas y por ajustes en presupuesto; los proyectos devueltos fueron:

- Proyecto Centro de Salud Campo Hermoso devuelto el 27 de enero de 2016 por falta de documentación concepto técnico donde se indica la conveniencia del proyecto en el marco del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de empresas sociales de estado, viabilizado por el Ministerio, cronograma de ejecución de obra, certificado de Planeación, donde conste que el lote no tiene ninguna clase de riesgo, diseños de ingeniería (estructurales, eléctricos, hidrosanitarios, estudios de

suelo, etc.), presupuesto en sus valores unitarios son elevados con respecto a los precios del mercado observados para la ciudad de Bucaramanga y de acuerdo con el tipo de obra que se requiere, por lo anterior el proyecto no fue viabilizado. (Anexo 5. Concepto Minsalud C.S. Campo Hermoso y Girardot)

- Proyecto Centro de Salud Girardot devuelto el 27 de enero de 2016 por falta de documentación PMA – Programa Médico Arquitectónico, cronograma de ejecución de obra, certificados de planeación, diseños de ingeniería (estructurales, eléctricos, hidrosanitarios, estudios de suelo, etc.), presupuesto en sus valores unitarios son elevados con respecto a los precios del mercado observados para la ciudad de Bucaramanga y de acuerdo con el tipo de obra que se requiere, por lo anterior el proyecto no fue viabilizado. (Anexo 5. Concepto Minsalud C.S. Campo Hermoso y Girardot)
- Proyecto Centro de Salud el Rosario devuelto el 20 de enero de 2016 por falta de documentación (PMA – Programa Médico Arquitectónico, diseños de ingeniería (estructurales, eléctricos, hidrosanitarios, estudios de suelo, etc.), ajustes en la MGA, certificaciones erradas de la Secretaria de Salud Departamental, presupuesto en sus valores unitarios son elevados con respecto a los precios del mercado observados para la ciudad de Bucaramanga y de acuerdo con el tipo de obra que se requiere, por lo anterior el proyecto no fue viabilizado. (Anexo 6. Concepto Minsalud Rosario)
- Proyecto Centro de Salud Bucaramanga devuelto por falta de documentación (PMA – Programa Médico Arquitectónico, diseños de ingeniería (estructurales, eléctricos, hidrosanitarios, estudios de suelo, etc.), presupuesto en sus valores unitarios son elevados con respecto a los precios del mercado observados para la ciudad de Bucaramanga y de acuerdo con el tipo de obra que se requiere, por lo anterior el proyecto no fue viabilizado. (Anexo 7. Concepto Minsalud C.S. Bucaramanga)
- Proyecto Centro de Salud Kennedy devuelto por falta de documentación: falta de los estudios de ingeniería estructurales, hidráulico sanitario y eléctricos, en este sentido no es posible estudiar su concordancia con la propuesta arquitectónica. (Anexo 8. Concepto Minsalud C.S. Kennedy)
- Proyecto Centro de Salud San Rafael devuelto el 14 de diciembre de 2015, por falta de los diseños de ingeniería (estructurales, eléctricos, hidrosanitarios, estudios de suelo, etc.), falta de certificado de disponibilidad presupuestal, el valor por medio por metro cuadrado de construcción es muy elevado, por lo que se debe revisar y ajustar; se concluye que el proyecto es No Viable hasta la presentación de los ajustes solicitados con anterioridad. (Anexo 9. Concepto Minsalud C.S. San Rafael)

En marzo de 2016 la administración anterior inscribió y actualizó los proyectos en la plataforma del Plan Bienal para los años 2017 y 2018, inscribiéndose nuevamente los proyectos devueltos en la vigencia 2015 y enero de 2016; es de resaltar que la plataforma del Plan Bienal es estimativa, por ende se pueden realizar ajustes a los proyectos inscritos, por lo anterior cada uno de los ajustes realizados se encuentra disponible en dicha plataforma, al igual el seguimiento que se hace a cada proyecto.

En marzo de 2018 esta administración actualizó y realizó la inscripción de los proyectos para las vigencias 2018 y 2019, encontrándose inscritos los siguientes proyectos:

TABLA 27 PROYECTOS INSCRITOS PLATAFORMA PLAN BIENAL PERIODO 2018 – 2019

The image displays three screenshots of the 'Plataforma del Plan Bial' web application, showing project registration data for the 2018-2019 period. Each screenshot displays a table with columns for 'Proyecto', 'Valor', 'Fecha de inscripción', 'Valor E-LECCIÓN', 'Valor de Bienes', 'Valor de Edificaciones', and 'Valor de Mobiliario'.

Table 1: PROYECTOS INSCRITOS PERIODO 2018 - 2019

Proyecto	Valor	Fecha de inscripción	Valor E-LECCIÓN	Valor de Bienes	Valor de Edificaciones	Valor de Mobiliario
PROYECTO DE INICIATIVA DE LEY	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0

Table 2: PROYECTOS INSCRITOS PERIODO 2018 - 2019

Proyecto	Valor	Fecha de inscripción	Valor E-LECCIÓN	Valor de Bienes	Valor de Edificaciones	Valor de Mobiliario
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0

Table 3: PROYECTOS INSCRITOS PERIODO 2018 - 2019

Proyecto	Valor	Fecha de inscripción	Valor E-LECCIÓN	Valor de Bienes	Valor de Edificaciones	Valor de Mobiliario
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTO	100	2018	100	0	0	0

Fuente: Plataforma del Plan Bial – Ministerio de Salud y Protección Social

De los 15 proyectos inscritos, 13 se encuentran aprobados en plataforma por el Ministerio de Salud y Protección Social y 2 proyectos fueron inscritos en agosto de 2019, por fuera del cronograma reglamentario y a solicitud de la Secretaria de Salud Municipal, están pendientes por aprobación en plataforma por el Ministerio de Salud.

TABLA 28 ESTADO DE LOS PROYECTOS INSCRITOS EN EL PERIODO 2018 - 2019

PROYECTO	ESTADO
Proyecto de Dotación de equipos biomédicos para la ESE ISABU	Proyecto ejecutado a través del convenio interadministrativo 268 de 2018, entre el Municipio de Bucaramanga y la ESE ISABU, convenio liquidado.
Proyecto de construcción, adecuación y remodelación Centro de Salud Café Madrid.	Proyecto de obra nueva, ejecutado por el Municipio de Bucaramanga entre el año 2018 y 2019, entregada a la ESE ISABU el 4 de julio de 2019.
Los proyectos de remodelación de la infraestructura física de los centros de salud de la Libertad, Bucaramanga, Campo Hermoso, Girardot, Kennedy, La Joya y San Rafael	En ejecución a través del convenio interadministrativo 152 de 2019, proyectos que se terminaran en marzo de 2020.
Proyecto remodelación de la infraestructura física del Centro de Salud Rosario	En ajustes por parte del Municipio de Bucaramanga, cabe resaltar que con el cambio de la norma de habilitación el proyecto se debe realizar revisión y los ajustes pertinentes si hay lugar.
Proyecto de reposición de la infraestructura física centro de salud Morrórico	El Municipio de Bucaramanga está en la búsqueda del lote.
Proyecto de Reposición de la infraestructura física de la Clínica Antonia Santos	Proyecto que cuenta con lote, comprado por el municipio de Bucaramanga en septiembre de 2018, se encuentra en etapa de ajustes solicitados por la Curaduría 2, el municipio de Bucaramanga debe realizar revisión al proyecto frente a la nueva norma de habilitación la Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019 para la actualización y posterior radicación del proyecto en la Secretaria de Salud Departamental, este proyecto por pasar los 5000 SMLMV es viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Reposición de la Infraestructura física Unidad Materno Infantil Santa Teresita	Se encuentra en diseños por parte del municipio de Bucaramanga.
Proyecto adquisición de centros de salud Móviles para la atención integral en salud a la población rural del municipio de Bucaramanga.	Inscrito en agosto de 2019, por fuera del cronograma reglamentario y a solicitud de la Secretaria de Salud Municipal, están pendientes por aprobación en plataforma por el Ministerio de Salud. Inscrito en ajuste 1 por un valor de \$600.000.000
Proyecto Dotación Hospitalaria con destino a las unidades hospitalarias y centros de salud de la ESE ISABU.	Inscrito en agosto de 2019, por fuera del cronograma reglamentario y a solicitud de la Secretaria de Salud Municipal, están pendientes por aprobación en plataforma por el Ministerio de Salud.

El proyecto de remodelación del centro de salud el Rosario también pasó de la la vigencia anterior 2018 – 2019, el cual se encuentra en etapa de ajustes para ser presentado nuevamente a la Secretaria de Salud Departamental para su viabilidad.

El proyecto de obra nueva del centro de salud Morrórico se pasó de la vigencia anterior 2018 – 2019 para hacer el proyecto, viabilizarlo y ejecutarlo en el periodo 2020 – 2021.

El proyecto de obra nueva de reposición de la UIMIST viene del periodo anterior 2018 – 2019, el cual, se encuentra en etapa de diseños por parte de la alcaldía y luego continuar con las etapas de viabilidad y ejecución del mismo en el periodo 2020 – 2021.

Además de realizar la transferencia de los proyectos de la vigencia anterior, se inscribió los siguientes proyectos para que sean aprobados por el concejo territorial y queden aprobados en la plataforma del Plan Bineal para su elaboración, viabilidad y ejecución de los mismos, estos proyectos son:

- Construcción y adecuación de centro de salud Cristal Alto del municipio de Bucaramanga, proyecto de obra nueva.
- Reposición de la infraestructura física de la Clínica Antonia Santos del municipio de Bucaramanga, obra nueva.
- Dotación hospitalaria y equipo biomédico con destino al Hospital Local del Norte, Clínica Antonia Santos y centros de salud del municipio de Bucaramanga.
- Reforzamiento estructural de la infraestructura del Hospital Local del Norte del municipio de Bucaramanga.
- Remodelación y ampliación del servicio de urgencias del Hospital Local del Norte del municipio de Bucaramanga.
- Adquisición, adecuación e instalación de ascensores para el mejoramiento en la prestación de servicios de salud para el Hospital Local del Norte del municipio de Bucaramanga.

RECOMENDACIONES

- CLÍNICA ANTONIA SANTOS: Dotación Mobiliaria.
- UIMIST: Dotación Mobiliaria y Biomédica, inscripción en el Plan Bienal (lo de control especial) en agosto de 2020, para ello se debe realizar un estudio de las necesidades de acuerdo a la capacidad instalada.
- Realizar estudio y proyecto con la alcaldía para cambio de aire acondicionado central del Hospital Local del Norte.
- CENTRO DE SALUD MORRORICO: Compra de lote, realización de diseños y proceso de viabilidad. Dotación Mobiliaria y Biomédica.
- CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO: Compra de lote, realización de diseños y proceso de viabilidad. Dotación Mobiliaria y Biomédica.
- UNIDADES MÓVILES: Asignar recursos propios para ejecutar el proyecto (No se recomienda financiamiento con cuentas maestras), proceso de viabilidad.

Ruta soportes: Plataforma en plan bienal

2.1.8 CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS

2.1.8.1 CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2015.

Teniendo en cuenta una vez recibida la Oficina Asesora de Planeación la información relacionada de convenios interadministrativos suscritos por esta oficina gestora, se evidencia que, para el corte a 31 de diciembre de 2015, no reposa ninguna información relacionada con la suscripción de convenios interadministrativos.

2.1.8.2 CORTE A 30 DE JUNIO DE 2016

De enero a junio de 2016, la Oficina Asesora de Planeación no suscribió ningún convenio interadministrativo, sin embargo, se realizó dos comodatos con el municipio de Bucaramanga.

TABLA 30 RELACIÓN DE COMODATO DE LA VIGENCIA 2016

CONSOLIDADO DE GASTOS DIRECCIONADOS POR LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL PARA LA INVERSIÓN SOCIAL POR PARTE DE LA E.S.E ISABU 2016- 2019	
OBJETO	Contrato mediante el cual el municipio de Bucaramanga hace entrega en calidad de comodato o préstamo de uso a la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga, de 1436 unidades que conforman la totalidad de los equipos biomédicos básicos especializados y mobiliario hospitalario adquiridos a la muela S.A.S a través del contrato de compraventa n°418 de octubre 8 de 2015
NO. DE CONTRATO	CONTRATO DE COMODATO N°59
VALOR INICIAL	\$ 6.855.231.720
VALOR APOORTE ALCALDIA	\$ 6.855.231.720
FECHA DE INICIO	07/06/2016
EJECUCIÓN	100%
CONSOLIDADO DE GASTOS DIRECCIONADOS POR LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL PARA LA INVERSIÓN SOCIAL POR PARTE DE LA E.S.E ISABU 2016- 2019	

OBJETO	Contrato mediante el cual el municipio de Bucaramanga hace entrega en calidad de comodato o préstamo de uso a la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga, de dos ambulancias de transporte asistencial, una Básica (TAB) y una Medicalizada (TAM), adquiridos a carrocerías el sol S.A.S, a través de la compraventa n°475 de noviembre 3 de 2015
NO.	CONTRATO DE COMODATO N°60
VALOR INICIAL	\$ 495.989.900
VALOR APORTE ALCALDIA	\$ 495.989.900
FECHA DE INICIO	07/06/2016
EJECUCIÓN	100%

Fuente: Oficina de Recursos Físicos – ESE ISABU

2.1.8.3 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO VIGENCIA 2017

2.1.8.3.1 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 227 DE 2017.

TABLA 31 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 227 DE 2017

CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS CON EL FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO: MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARMANGA CONVENIO 227: CS. PABLO VI, CS. TOLEDO PLATA, CS. GAITÁN, CS. VILLA ROSA, CS. REGADEROS, CS. SANTANDER, HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
CONTRATO REALIZADO POR LA ESE ISABU PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO	1207/2017 COASCON S.A.S
	1208/2017 Consorcio FC Ingenieros
	AO47/2017 INCECOL – (Interventoría)
FECHA DE INICIO DEL CONVENIO	09/10/2017
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONVENIO	29/03/2018

Contrato 1207 Mantenimiento COASCON	
Contrato Inicial	\$ 557.410.756,00
Adicional # 1	\$ 95.500.000,00
Adicional # 2	\$ 90.000.000,00
Valor no ejecutado	(-\$3.121)
Valor total ejecutado del contrato	\$ 742.907.635,00
Contrato 1208 Mantenimiento FS INGENIEROS	
Contrato Inicial	\$ 670.281.078
Adicional # 1	\$ 149.998.190,00
Adicional # 2	\$ 162.640.431,00
Valor no ejecutado	(-\$ 13.860.000)
Valor total ejecutado del contrato	\$ 969.059.699
Contrato 047 INCECOL - Interventoría	
Contrato Inicial	\$ 93.762.480,00
Adicional # 1	\$ 33.129.409,60
Adicional # 2	\$ 13.721.176,00
Valor total ejecutado del contrato	\$ 140.613.065,60
FUENTE DE FINANCIACIÓN	ISABU: \$588.926.253,22
RECURSOS	ALCALDIA: \$1.263.654.146.38
Valor no ejecutado de los contratos	-(\$13.863.121)
INVERSIÓN TOTAL DEL CONVENIO	\$1.852.580.399.60
EJECUCIÓN TÉCNICA	100%
EJECUCIÓN FINANCIERA	La ejecución financiera del convenio fue de 99.25%, debido a que un valor de \$13.863.121 fue devuelto a la ESE ISABU por incumplimiento en las obligaciones contractuales del contrato 1208-2017 con el contratista: CONSORCIO FS INGENIEROS.

Fuente: Ejecución convenio 227 de 2017

Para Llevar a cabo la ejecución del objeto contractual del convenio, la ESE ISABU adelantó convocatoria pública a partir de la cual se suscribieron 2 contratos de mantenimiento y adecuación: Contrato No.1207 de 2017- Mantenimiento Hospital Local del Norte adjudicado a la empresa COASCON S.A.S y el Contrato No.1208 de 2017 - Mantenimiento de los centros de salud adjudicado a la empresa Consorcio FS Ingenieros.

Este convenio tuvo interventoría la cual para su contratación se realizó a través de convocatoria simple, adjudicada a través del contrato de interventoría A0-47 de 2017 a la empresa INCECOL Ltda.

El convenio 227 de 2017 se cumplió el objeto, de mantenimiento de 6 centros de salud y el Hospital del Norte con el fin de mejorar la infraestructura, para prestar un servicio con calidad para nuestros usuarios, los cuales se encontraban en malas condiciones de salubridad y no cumpliendo con los requisitos mínimos de habilitación.

2.1.8.3.2 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO 299 DE 2017

TABLA 32 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 299 DE 2017

OBJETO DEL CONVENIO	AUNAR ESFUERZOS PARA FORTALECER AL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE Y SUS UNIDADES DE SALUD QUE FORMAN PARTE DE LA ESE ISABU A TRAVÉS DE LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y MOBILIARIO HOSPITALARIO.
CONTRATO REALIZADO POR LA ESE ISABU PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO	ACEPTACIÓN DE OFERTA N° 62-2017 ACEPTACIÓN DE OFERTA N° 66-2017 CONTRATO DE COMPRAVENTA DE BIENES MUEBLES N° 1849 - CONVOCATORIA PÚBLICA DE OFERTAS
FECHA DE INICIO DEL CONVENIO	29/09/2017
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONVENIO	28/03/2018
ACEPTACION DE OFERTA N° 62-2017	\$ 77.000.000,00
ACEPTACION DE OFERTA N° 66-2017	\$ 38.992.730,00
CONTRATO DE COMPRAVENTA DE BIENES MUEBLES N° 1849 -	\$ 917.578.701,31

CONVOCATORIA PUBLICA DE OFERTAS	
FUENTE DE FINANCIACIÓN	ISABU: \$ 20.000.000
RECURSOS	MUNICIPIO: \$ 1.259.984.174
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	\$ 1.279.984.174
VALOR EJECUTADO DEL CONVENIO	\$ 1.033.571.431
SUPERVISORES Municipio de Bucaramanga	BLANCA INES GÓMEZ YEPES CARLOS ALBERTO ADARME RINCÓN
EJECUCIÓN TÉCNICA	La Ejecución Técnica fue de 100%. Este convenio permitió mejorar la dotación en equipos biomédicos y mobiliario hospitalario de los centros de salud y las unidades hospitalarias, con la finalidad de brindar una mejor atención a los usuarios y sus familias, dignificar la labor de nuestro personal que labora en la entidad y cumplir con los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
EJECUCIÓN FINANCIERA	La ejecución financiera fue de 80%. El convenio obtuvo un ahorro en el proceso de contratación realizado por la ESE ISABU de \$226.412.742,69 , recursos que fueron devueltos al Municipio de Bucaramanga.

Fuente: Ejecución convenio 299 de 2017

TABLA 33 ADQUISICIÓN CONVENIO 299 DE 2017

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Mesa Pequeña Infantil	20
Sillas Pequeñas Para Niños	80
Escritorios Tipo L Con Cajonera	120
Silla Ergonómica	177
Silla Interlocutor (Paciente)	210
Sillas Para Sala De Espera	225

Estante Medicamentos	18
Archivadores	46
Silla Giratoria (Butaco Para Pequeñas Cirugías O Toma De Citologías)	28
Mesa Auxiliar Para Consultorios	94
Sofá Reclinable Para Observación Y/O Acompañante Serv. Pediatría	53
Mesa Cambiar Bebes	7
Sillón Para Acompañante	70
Mesa De Centro Grande	5
Sillas Para Mesa De Centro	24

Fuente: Ejecución convenio 299 de 2017

2.1.8.3.3 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 337 DE 2017

TABLA 34 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 337 DE 2017

OBJETO DEL CONVENIO	“AUNAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y ESE INSTITUTO MUNICIPAL DE BUCARAMANGA “ESE ISABU”, PARA ESTUDIO MÉDICO TÉCNICO DE DIFERENTES CENTROS DE SALUD DE BUCARAMANGA”
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	\$ 50.000.000
VALOR APORTE ALCALDIA	\$ 45.000.000
VALOR APORTE E.S.E ISABU	\$ 5.000.000
VALOR TOTAL CONVENIO	\$ 50.000.000
SUPERVISORES	Ing. FANY ARIAS ARIAS
Municipio de Bucaramanga	Arq. LUDWID ALMEYDA DUARTE
FECHA DE INICIO	08/11/2017
ADICIONAL EN TIEMPO # 1	42 días
ADICIONAL EN TIEMPO # 2	2 meses
FECHA DE SUSPENSIÓN	22/12/2017 A 09/01/2018 (18 días)
FECHA DE REINICIO	10/01/2018

FECHA DE FINALIZACIÓN	28/04/2018
EJECUCIÓN TÉCNICA	La ejecución técnica fue de un 100%. Se realizó los Estudios Médico Técnicos, con el fin de soportar la elaboración de los proyectos de inversión de infraestructura en salud, los cuales deben estar articulados en el marco de la red de prestación de servicio del departamento de Santander. El cual se ejecutó al 100%.
EJECUCIÓN FINANCIERA	100%

Fuente: Liquidación del Convenio interadministrativo N°337 - 2017

Actividades generales desarrolladas en el Convenio 337 de 2017

- Se designó un Gerente de proyectos mediante contrato 1602 de 2017, quien apoyó la coordinación y elaboración de los Estudios Médico Técnicos.
- Se diseñaron los instrumentos de recolección de información por dependencias, los cuales fueron puestos a disposición en el link <http://192.168.10.116/Reports/Pages/Folders.aspx> que es el generador de información.
- Se revisó el proceso de referencia y contra referencia de pacientes, para satisfacer las necesidades de remisiones a servicios de mayor complejidad, desde las diferentes sedes de la institución, realizando un análisis de la suficiencia de servicios de Transporte Básico o Transporte Asistencial Medicalizado.
- Se diseñó cuadro comparativo entre capacidad instalada actual vs capacidad instalada proyectada, acorde al portafolio de servicios, teniendo en cuenta:

HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN POR UNIDAD: Para cada ambiente físico señale las horas diarias en las que se está atendiendo el servicio, Ejemplo, 2, 3, 6, 12, o 24 horas/día. En el caso de camas hospitalarias se atiende un usuario por cama día.

OFERTA POR HORA POR UNIDAD: Indicar de acuerdo a las características de su ESE el número de servicios por hora, ejemplo, si es consulta externa 3 consultas por hora, en caso de urgencias calcule el mismo de acuerdo al comportamiento de la ESE por cada atención, en Hospitalización 1 diaria por cama, etc.

OFERTA DISPONIBLE / DIA: Es el resultado de multiplicar la OFERTA POR HORA POR UNIDAD por las HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN POR UNIDAD.

OFERTA DISPONIBLE / MES: Es el resultado de multiplicar la OFERTA DISPONIBLE / DIA por el número de días en que se presta la atención. Por ejemplo: consulta externa se presenta días hábiles y las camas hospitalarias los 30 días del mes.

OFERTA DISPONIBLE / AÑO: Es el total de la oferta de cada servicio que está la ESE en capacidad de brindar en sus instalaciones físicas actuales, se calcula con la OFERTA DISPONIBLE/ MES por los meses del año.

OFERTA REAL UTILIZADA / AÑO: Coloque de acuerdo con la producción de cada ambiente físico la producción real en número de atenciones para la vigencia. En el caso de hospitalización se debe tener en cuenta que la unidad de producción es el total días de estancia de los egresos.

Ruta: P/Anexo1 2017/Cov 337 Est Md Técnico

2.1.8.4 CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS 2018

En la vigencia 2018 se realizó un convenio interadministrativo con el Municipio de Bucaramanga, este convenio fue financiado con los recursos de cuentas maestras, se ejecutó entre el cuarto trimestre de 2018 y el primer trimestre de 2019.

2.1.8.4.1 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO 268 DE 2018

TABLA 35 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 268 DE 2018

OBJETO DEL CONVENIO	CONVENIR ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA ESE ISABU PARA ADQUIRIR LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA ESE ISABU, CON EL FIN DE FORTALECER LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO QUE HABITA EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN BIENAL
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	\$ 2.039.378.675
VALOR APORTE ALCALDIA	\$ 2.034.378.675
VALOR APORTE E.S.E ISABU	\$ 5.000.000
VALOR EJECUTADO DEL CONVENIO	\$ 1.634.310.812
SUPERVISORES Municipio de Bucaramanga	NANCY ROCIO MARQUEZ MOLINA SUB SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA BLANCA INES GOMEZ YEPES
FECHA DE INICIO	19/10/2018

FECHA DE FINALIZACIÓN	30/07/2019
EJECUCIÓN TÉCNICA	96%
EJECUCIÓN FINANCIERA	80%
ESTADO	Liquidado

Fuente: Ejecución convenio 268 de 2018

Descripción dotación de equipo biomédico la ESE ISABU del municipio de Bucaramanga

Proyecto ejecutado a través de convenio Interadministrativo con la ESE ISABU No 268 de octubre del 2018, en el cual se realizó la adquisición de equipamiento en equipos Biomédicos para el fortalecimiento de las 22 sedes y las 2 unidades hospitalarias, donde se adquirió la compra de los siguientes ítems:

TABLA 36 EQUIPAMIENTO ADQUIRIDO CONVENIO 268 DE 2018

ITEMS COMPRADOS	CANTIDAD
Cama hospitalaria pediátrica	15
Colchón cama pediátrica	15
Colchón adulto	75
Cama hospitalaria adulto	75
Carro de paro	10
Sillas de ruedas	50
Camilla de transporte	30
Electrocardiógrafo	5
Videocolposcopio	1
Laringoscopio pediátrico	10
Resucitador manual (adulto) reusable	30
Resucitador manual (pediátrico) reusable	14
Resucitador manual (neonatal) reusable	13
Autoclave odontológica	15
Espejo bucal	1000
Pinza algodонера	1000

Explorador	1000
Espátula fp3	400
Espátula para cemento	200
Bruñidor de Bola y Orqueta	48
Tallador discoide cleoide	48
Porta matriz de tofflemire	23
Mango para bisturí	500
Elevador recto delgado - mediano – grueso	150
Elevador recto pediátrico	25
Cureta de Lucas	50
FORCEP 150 , 151, 150s , 151s	280
Fórceps 69	70
Rayos x odontológico	4
Scaler	20
Cavitron	20
Compresor	14
Cucharilla	1000
Sonda Periodontal	100
Explorador De Conducto	24
Aplicador Dycal	200
Periostotomo	36
Cureta Periodontal	50
Lámpara De Foto curado	5
Pieza De Mano De Baja Velocidad	50
Pieza De Mano De Alta Velocidad	50
Unidad Odontológica Portátil	12
Unidad Odontológica Completa	20
TOTAL	6757

Fuente: Convenio 268 de 2018

En la ejecución del proyecto no se logró la adquisición de unos ítems los cuales la ESE ISABU agotó todo el proceso para la contratación y no fue posible la realización, por consiguiente, los valores de estos ítems establecidos en el proyecto fueron devueltos a la cuenta maestra que es administrada por el Municipio de Bucaramanga.

TABLA 37 EQUIPAMIENTO NO COMPRADOR CONVENIO 268 DE 2018

EQUIPO	CANTIDAD
Bruñidor 21b	48
Elevador Angulado Derecho-Izquierdo	100
Elevador De Bandera Derecho-Izquierdo	100
Bicicleta Estática	2
Bicicleta Elíptica	2
Tens Electroestimulador	4
Ultrasonido	4
Centrifuga	15
Aspirador De Secreciones	8
Desfibrilador	2
Nebulizador	14
Gramera	2
Equipo De Órganos De Pared	6
Laringoscopio Adulto	10
TOTAL EQUIPOS NO ADQUIRIDOS	317

Fuente: Convenio 268 de 2018

TABLA 38 BALANCE FINANCIERO CONVENIO 268 DE 2018

VALOR DEL CONVENIO	\$ 2.039.378.675
APORTE DE LA ALCALDIA	\$ 2.034.378.675
APORTE DE LA ESE ISABU	\$5.000.000
VALOR EJECUTADO DE LA ALCALDIA	\$ 1.632.848.157

VALOR EJECUTADO DE LA ESE ISABU	\$1.462.655
VALOR NO EJECUTADO DE LA ESE ISABU	\$3.537.237
VALOR AHORRO DEL CONVENIO A TRAVES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN	\$ 166.729.556
VALOR DE LOS ITEMS NO ADJUDICADOS	\$ 234.800.963
VALOR DEVUELTO DE LA LIQUIDACIÓN DE 3-60	\$ 77
VALOR DEVUELTO A LA ALCALDIA (VALOR AHORRO DEL CONVENIO + VALOR DE LOS ITEMS NO ADJUDICADOS)	\$ 401.530.596

Fuente: Convenio 268 de 2018

De acuerdo al balance financiero se ejecutó \$1.634.310.812 millones del convenio, los cuales fueron recursos de la cuenta maestro de la alcaldía (Proyecto plan bienal) y aportes de la ESE ISABU, el convenio obtuvo un ahorro en el proceso de contratación realizado por la ESE ISABU de \$166.729.556, los cuales fueron devueltos a la Alcaldía, también se devolvió los recursos a la Alcaldía por un valor de \$ 234.800.963 de ítems no adjudicados, es de resaltar que la ESE ISABU agotó todas las modalidades de contratación para estos ítems los cuales no se logró la compra de los mismos por cambios en el valor en el Mercado, siendo mas elevados a los generados en el estudio de Mercado, EL valor devuelto fue de \$401.530.518 y los rendimientos financieros generados de estos recursos por un valor \$13.941.726.

2.1.8.5 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2019

En la vigencia 2019 se realizó tres convenios interadministrativos con el Municipio de Bucaramanga siendo los siguientes:

- Convenio interadministrativo 129 de 2019: Adecuación de cocina del Hospital Local del Norte.
- Convenio interadministrativo 152 de 2019: Remodelación de siete centros de salud.
- Convenio interadministrativo 230 de 2019: Mobiliario hospitalario para los siete centros de salud en remodelación.

2.1.8.6 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 129 DE 2019

TABLA 39 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 129 DE 2019

OBJETO	ANUAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO BUCARAMANGA Y LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU PARA EL MANTENIMIENTO DE LA COCINA DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	\$ 199.308.254
VALOR APORTE DE LA ALCALDIA	\$ 197.308.254
VALOR APORTE ESE ISABU	\$ 2.000.000
VALOR TOTAL EJECUTADO DEL CONVENIO	\$141.889.266.06
SUPERVISORES Municipio de Bucaramanga	JAVIER APARICIO BELTRAN- profesional Universitario Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga MIGUEL ANGEL PINTO MANTILLA- profesional especializado - Secretaria de Infraestructura
FECHA DE INICIO	09/04/2019
FECHA DE FINALIZACIÓN	08/08/2019
ESTADO	Liquidado
EJECUCIÓN TÉCNICA	100%
EJECUCIÓN FINANCIERA	La ejecución financiera fue de 71%, el convenio 129 de 2019 obtuvo un ahorro en el proceso de contratación realizado por la ESE ISABU por un valor de \$57.418.988, recursos que fueron devueltos al municipio de Bucaramanga.

Fuente: Convenio 129 de 2019

El convenio 129 nace de la necesidad de mejorar las condiciones y la optimización del desarrollo de los procesos dentro de la Institución, para lo cual se requiere contar con instalaciones en las condiciones adecuadas para el servicio de cocina necesario para brindar un buen servicio, conforme a las obligaciones contraídas con las empresas promotoras de salud, los entes territoriales de salud y particulares, en la prestación de un servicio integral en hospitalización y urgencias en lo que corresponde a la preparación y suministro de alimentación tanto a pacientes durante su estancia en la unidad hospitalaria,

así como a los médicos internos de las instituciones educativas con convenio docencia, que se encuentren de turno en estos servicios.

El Hospital Local del Norte se constituye como centro de referencia en mediana complejidad, en donde se atienden en promedio 111.200 raciones por año. La cocina del Hospital Local del Norte se evidenciaba que ya había cumplido con el ciclo de vida y sus requisitos no se ajustan a la reglamentación según la ley, requisitos sanitarios establecidos por la norma vigente, para la fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, distribución de alimento, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas, exigida en la normatividad actual (resolución 2674 de 2013).

El área de cocina central, ubicada en el sótano del hospital, seguida de los puntos fijos para mejor movilidad del personal, presentaba una serie de problemas de bioseguridad teniendo como principal foco el deterioro del piso y paredes, convirtiéndose en un foco infeccioso, poniendo en riesgo el proceso de cocción y preparación de los alimentos allí, también La tubería de agua potable, sanitaria y contra incendios pasan por la parte superior del sótano, así como las bandejas de luz y datos del centro hospitalario, tuberías auxiliares y canaletas de red (lugar donde se encuentra la cocina), lo cual era un problema latente por las condiciones de presión y temperaturas del ambiente de cocina, esto se convirtió en un riesgo no solo de contaminaciones sino un problema civil ante una rotura de alguna tubería o desprendimiento de algún sistema o cableado.

Así mismo, la ESE ISABU ante la necesidad y debido a los continuos hallazgos presentados en las auditorías realizadas por los diferentes entes de vigilancia y control respecto a la infraestructura y saneamiento de la cocina se inicia la gestión con el Municipio de Bucaramanga para aunar recursos, a fin de realizar el mantenimiento de la cocina del Hospital Local del Norte; a través de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga y la ESE ISABU se suscribieron el Convenio Interadministrativo No. 129 de 2019 entre el Municipio de Bucaramanga a través de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga y la ESE ISABU cuyo objeto es **"AUNAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMNGA - ISABU PARA EL MANTENIMIENTO DE LA COCINA DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"** en el cual se realizaron aportes por las partes en aras de hacer posible el mantenimiento de la cocina.

Para la ejecución del convenio la ESE ISABU realizó tres contratos como lo establece el manual de contratación de la entidad:

- Teniendo en cuenta los cronogramas en cada uno de los procesos y una vez surtidos el proceso se suscribió el contrato CEB- 50, siendo contratista la empresa DCRV CIA SAS Nit. 832000016-6, por un valor total de ejecución de \$67.257.867,06.
- Con relación al proceso de dotación de cocina, teniendo en cuenta la resolución 322 de 2018 modificada por la resolución 480 de 2018, artículo 1, la ESE-ISABU surtió el proceso para la selección del contratista a través de la plataforma Bionexo Colombia bajo el ID no.3259344, no obstante, una vez se surtió el proceso de evaluación ninguno de los proponentes cumplió con los requisitos habilitantes y de evaluación que permitiera adjudicar el contrato, por lo cual se declaró desierto mediante resolución No. 167 de 2019, comoquiera que la necesidad persistía y la entidad requería realizar esta

contratación, una vez surtido el procedimiento contemplado en el artículo 1 de la Resolución 480 de 2018, se procedió a realizar la selección por la modalidad de convocatoria simple y una vez surtido el proceso de evaluación los proponentes no cumplieron con los requisitos habilitantes y de evaluación establecida por la entidad, por lo cual se declaró desierto el proceso mediante resolución No. 185 de 2019. En este orden de ideas y teniendo en cuenta que para la entidad es necesario realizar la contratación, se procedió a realizar nuevamente invitación para la convocatoria simple abriendo la posibilidad a los proponentes para que puedan ofertar total o parcialmente las especificaciones técnicas.

Una vez surtido el proceso, se suscribieron los contratos AO-08 con el contratista ICH SOLUCIONES SAS por valor de 44.400.000 con un plazo de ejecución de (1) mes y (20) días y AO-09 de 2019 con el contratista JAIRO OSORIO CABALLERO con un plazo de (1) mes y (20) por un valor total de \$27.553.899.

2.1.8.7 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 152 DE 2019

TABLA 40 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 152 DE 2019

OBJETO	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS CON EL FIN DE EJECUTAR LOS PROYECTOS DE REMODELACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	\$ 5.315.537.883,00
VALOR APOORTE DE LA ALCALDIA	\$ 5.235.537.883,40
VALOR APOORTE ESE ISABU	\$ 80.000.000,00
VALOR ADICIONAL No. 1	\$ 1.787.305.419,82
VALOR ADICIÓN No. 2 RECURSOS DE LA ESE ISABU	\$ 51.331.160,58
VALOR ADICIÓN No. 3 RECURSOS DE LA ALCALDIA	\$200.526.851,45
SUPERVISORES	LUWDIG ALMEYDA DUARTE
FECHA DE INICIO	08/06/2019
FECHA DE FINALIZACION	30/06/2020

EJECUCION TÉCNICA	El convenio se encuentra en ejecución y tiene un avance a la fecha del 97% en la ejecución técnica.
EJECUCIÓN FINANCIERA	El convenio se encuentra en ejecución y tiene un avance 90% en la ejecución financiera
ESTADO	En ejecución

Fuente: Convenio interadministrativo 152 de 2019

Teniendo en cuenta que la infraestructura física con la que cuenta la red de Prestación de Servicios de Salud del Municipio de Bucaramanga presentaba serias deficiencias en el cumplimiento de normas hospitalarias y sanitarias; centros de salud con años sin mantenimiento, deteriorados y avandonados, tras un arduo trabajo entre la Secretaria de de Infraestructura, Secretaria de Salud y el Instituto de Salud de Bucaramanga- ESE ISABU llevaron a cabo el desarrollo de estos proyectos, los cuales fueron viabilizados por la Secretaria de Salud Departamental en los meses de marzo y abril del 2019, una vez es obtenido la viabilidad de los siete (7) proyectos la ESE ISABU en conjunto con el municipio de Bucaramanga, a través de la Secretaria de Infraestructura, suscribieron el convenio interadministrativo No. 152 del 7 de mayo de 2019 cuyo objeto es: “AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS CON EL FIN DE EJECUTAR LOS PROYECTOS DE REMODELACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.”; la ESE ISABU dentro de sus obligaciones realizó el proceso contractual respectivo para la ejecución de las obras e interventoría conforme al manual de contratación de la entidad.

En este sentido, la ESE ISABU de conformidad con su estatuto contractual, en ejecución del Convenio Interadministrativo No. 152 del 07 de mayo de 2019, adelantó la Convocatoria Pública de Ofertas No. 01 de 2019, convocando a los interesados para que presentaran propuestas con el objeto de contratar el “MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA”

- Mediante resolución No. 264 del 28 de junio de 2019, se adjudica el contrato de obra para el grupo No. 1 al CONSORCIO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.
- Mediante resolución No. 265 del 28 de junio de 2019 se adjudica el contrato de obra para el grupo No. 2 a COASCON SAS.
- Mediante resolución No. 266 del 28 de junio de 2019 se adjudica el contrato de obra para el grupo No. 3 a UT CENTROS DE SALUD.

Actividades realizadas en la etapa contractual

La ESE- ISABU suscribió los siguientes contratos:

-763-2019 “MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS CENTROS DE SALUD BUCARAMANGA Y LA LIBERTAD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.” Con acta de inicio de fecha 9 de julio de 2019.

- 764-2019 “MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS CENTROS DE SALUD GIRARDOT, LA JOYA, CAMPO HERMOSO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.” Con acta de inicio de fecha 10 de julio de 2019

- 765-2019 “MANTENIMIENTO Y ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS CENTROS DE SALUD KENNEDY, SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.” Con acta de inicio de fecha 10 de julio de 2019.

TABLA 41 CONTRATO DE OBRA DE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 152 - 2019

CONTRATO	CONTRATISTA	DESCRIPCION	VALOR ADJUDICADO POR LA ESE- ISABU CONTRATO DE OBRA	Valor Adicional No 1 Fuente financiación Alcaldía	Valor Adición No 2 Fuente de Financiación ESE ISABU	VALOR CON ADICIONALES POR CENTROS DE SALUD	VALOR POR CONTRATO
764/2019	CONSORCIO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	Girardot	\$ 725.807.746,47	\$ 348.353.411,89	\$ 14.550.461,35	\$ 1.088.711.619,71	\$ 2.814.933.047,20
		Campo hermoso	\$ 510.010.157,78	\$ 159.108.678,95	\$ 30.104.166,62	\$ 699.223.003,35	
		La Joya	\$ 717.102.213,77	\$ 309.896.210,37	\$ -	\$ 1.026.998.424,14	
763/2019	COASCON SAS	Libertad	\$ 719.284.859,23	\$ 285.837.454,59	\$ -	\$ 1.005.122.313,82	\$ 2.005.318.464,77
		Bucaramanga	\$ 716.691.215,54	\$ 277.830.310,22	\$ 5.674.625,19	\$ 1.000.196.150,95	
765/2019	UT CENTROS DE SALUD 2019	Kennedy	\$ 568.881.993,60	\$ 222.999.062,82	\$ -	\$ 791.881.056,42	\$ 1.614.578.791,83
		San Rafael	\$ 597.443.419,12	\$ 224.252.408,87	\$ 1.001.907,42	\$ 822.697.735,41	
TOTAL			\$ 4.555.221.605,51	\$ 1.828.277.537,71	\$ 51.331.160,58	\$ 6.434.830.303,80	\$ 6.434.830.303,80

Fuente: Contratos 763, 764 y 765 de 2019

INTERVENTORIA: El 10 de junio de 2019 suscribió el contrato No.731 de 2019, entre la ESE – ISABU y OLMA YOLANDA GIRALDO CUARTAS, cuyo objeto corresponde a: “INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE JURÍDICA Y AMBIENTAL A LOS CONTRATOS DE MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD SAN RAFAEL, GIRARDOT, KENNEDY, BUCARAMANGA, CAMPO HERMOSO, LA JOYA Y LA LIBERTAD DE BUCARMANGA, EN VIRTUD DEL CONVENIO INTERADMINSITRATIVO No.152 DE 2019.” La selección del contratista se realizó mediante la modalidad de contratación directa de conformad con el numeral 14 de la Resolución 322 de 2018 (Manual de Contratación de la entidad.)

Se suscribió acta de inicio del contrato 731 de 2019 el día 17 de junio de 2019, por un valor de \$639.344.040, en febrero de 2020 se realice adición en el mes de febrero de 2020 por un valor de \$200.526.851,45 pesos, se encuentra en ejecución junto con la obra.

2.1.8.7 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 230 DE 2019

TABLA 42 CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 230 DE 2019

OBJETO	AUNAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA- ESE ISABU PARA LA ADQUISICION DEL MOBILIARIO PARA SIETE (7) CENTROS DE SALUD ONJETO DE REMODELACION DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	\$ 666.089.109
VALOR APORTE DE LA ALCALDIA	\$ 664.089.109
VALOR APORTE ESE ISABU	\$ 2.000.000
SUPERVISORES Municipio de Bucaramanga	NANCY ROCIO MARQUEZ MOLINA -SUB SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
FECHA DE INICIO	27/06/2019
FECHA DE FINALIZACIÓN	26/12/2019
EJECUCIÓN TÉCNICA	100%
EJECUCIÓN FINANCIERA	La ejecución financiera fue de 71%, el convenio 230 de 2019 obtuvo un ahorro en el proceso de contratación realizado por la ESE ISABU por un valor de \$195.201.159, recursos que serán devueltos al municipio de Bucaramanga en la liquidación del convenio.

Convenio firmado el 26 de junio de 2019, y acta de inicio del 27 de junio de 2019, cuyo objeto es: AUNAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ESE ISABU PARA LA ADQUISICION DEL MOBILIARIO PARA SIETE (7) CENTROS DE SALUD OBJETO DE REMODELACION DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.

De acuerdo a lo establecido en el contrato del convenio en su cláusula 4: FORMA DE ENTREGA DE LOS APORTES dice que estos serán desembolsados a los 05 días hábiles después de firmado el convenio y con lleno de requisitos.

La ESE ISABU solo pudo iniciar proceso de contratación a través de la Subgerencia Administrativa hasta tanto la ESE tuviera el desembolso de los recursos en nuestras cuentas para garantizar el registro presupuestal de los contratos que surtieran del mismo,

dando cumplimiento a lo establecido en el convenio que 5 días después de firmado el convenio se realizaría el desembolso de los recursos.

Hasta el 31 de julio de 2019 se firmó el desembolso del aporte del convenio interadministrativo entre el municipio de Bucaramanga y la ESE ISABU.

EL 05 de agosto de 2019 la ESE ISABU, inicio el proceso para la selección del contratista de conformidad con las reglas definidas en su Manual de Contratación, previa incorporación de los recursos al presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2019.

De acuerdo con el tipo de mobiliario a comprar se adelantaron dos procesos contractuales de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución No. 322 de 2018, Manual de Contratación de la ESE ISABU, modificado por la Resolución No. 480 de 2018, así:

- SISTEMA DE COMPRAS ELECTRÓNICAS – BIONEXO COLOMBIA para compraventa de mobiliario hospitalario con el fin de dotar los centros de salud de la ESE ISABU que se encuentran en remodelación, según convenio interadministrativo 152 de 2019 entre la ESE ISABU y el Municipio de Bucaramanga, se lanza por un valor de \$176.335.535.
- CONVOCATORIA PÚBLICA DE OFERTAS – SUBASTA INVERSA PRESENCIAL para compraventa de mobiliario de oficina con el fin de dotar los centros de salud de la ESE ISABU que se encuentran en remodelación, según convenio interadministrativo 152 de 2019 entre la ESE ISABU y el Municipio de Bucaramanga se lanza pro un valor de \$489.753.574

El 05 de septiembre de 2019 se realizaron las confirmaciones de la compra electrónica con el proveedor 3-60 LTDA, de acuerdo con el cronograma del proceso con ID 3388436, y en ese sentido, se realizó Aceptación de Compra Electrónica No. CEB 58- 2019 con registro presupuestal No. 1640 del 06 de septiembre de 2019 por valor de CIENTO SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE (\$175.887.950), se obtuvo un ahorro de \$447.585, donde se adquirió la compra de los siguientes ítems:

TABLA 43 EQUIPAMIENTO ADQUIRIDO CON EL PROVEEDOR 3-60 LTDA

EQUIPAMIENTO ADQUIRIDO	CANTIDAD
Carrito portátil para pesa bebe	32
Silla con brazaletes para toma de muestra de laboratorio clínico o nebulizaciones	17
Escalerilla de 2 pasos	178
Gabinete para instrumental de odontología	30
Camilla ginecológica	14

Diván	69
Diván para vacunación pediátrico	7
Mesa de mayo	17
TOTAL	364

Fuente: Ejecución Convenio 230 de 2019

El 27 de septiembre de 2019 se suscribió el contrato de compraventa No. 846-2019 entre la ESE ISABU y WILLIAM FELIPE CARDENAS HERRERA por valor de DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (\$295.000.000), con póliza No. 14-44-101112457 y un plazo de ejecución de tres meses, como resultado de la subasta inversa se obtuvo un ahorro de \$194.753.574, donde se adquirió la compra de los siguientes ítems:

TABLA 44 EQUIPAMIENTO ADQUIRIDO CON EL WILLIAM FELIPE CÁRDENAS HERRERA

EQUIPAMIENTO ADQUIRIDO	CANTIDAD
Escritorio en L con archivador 150 x 150	46
Escritorio lineal con archivador 120 x 60	64
Silla ergonómica con mecanismo neumático	197
Silla interlocutora	200
Butaco alto para consultorio	26
Mesa Auxiliar para consultorio	95
Archivador vertical de 4 cajones	44
Vitrina medicamentos	32
Tándem de espera de 4 puestos	139
Mesa infantil	33
Silla infantil	68
Mesa de centro	2
Sofá 3 puestos sin brazos	2
TOTAL	948

Fuente: Ejecución Convenio 230 de 2019

Todo el equipamiento adquirido por el convenio 230 fueron instalados en los siete (7) centros de salud remodelados a través del convenio 152 de 2019. de salud que se encuentran en remodelación en el mes de marzo de 2020.

2.1.9 MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión se institucionaliza a través de la creación del Comité institucional de Gestión y Desempeño mediante la expedición de la Resolución N° 0242 del 20 de junio de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño “CIGD” de la empresa social del Estado Instituto de Salud del Municipio de Bucaramanga ESE ISABU, el cual tiene como fin la planeación, implementación, evaluación y por supuesto el mantenimiento eficaz del sistema MIPG.

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, es el órgano rector dentro de la entidad ESE ISABU, para realizar la trazabilidad al modelo MIPG, encargado de supervisar los lineamientos y las políticas, así como las estrategias que se deben llevar a cabo para su implementación. A la fecha del informe, se evidencian 36 reuniones realizadas por el comité institucional de gestión y desempeño, 14 realizadas en la vigencia 2018 y 22 realizadas durante la vigencia 2019.

La ESE ISABU en cumplimiento del Decreto 612 del 04 de abril de 2018 “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado”, decreto que es emitido como complemento a MIPG, se realizó la compilación de los diferentes planes que se establecen en las entidades públicas y que deben estar inmersos en el plan de acción.

Es por esto que la ESE ISABU, acorde a la resolución 422 del 06 de diciembre de 2018, actualizó la integración de los planes institucionales y estratégicos de acción denominado PLAN DE ACCIÓN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.

Como RESULTADO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA VIGENCIA 2018, se relaciona a continuación por cada dimensión, de acuerdo al número de actividades Planeadas Vs las ejecutadas. Cabe resaltar, que ninguna actividad presentó incumplimiento, quedando para el 2019 33 actividades planeadas en desarrollo de las 113 actividades planteadas.

TABLA 45 CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO 2018 AL MIPG

TALENTO HUMANO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	CONTROL INTERNO
6 = 100%	1 = 100%	55 = 100%	1 = 100%	14 = 100%	1 = 100%	2 = 100%
1 = 80%		1 = 40%		1 = 80%		
17 = 70%		4 = 50%		2 = 50%		

4 = 50%		1= 60%					
1 = 10%		1 = 10%					
TOTAL DE ACTIVIDADES TALENTO HUMANO							29
TOTAL DE ACTIVIDADES DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN							1
TOTAL DE ACTIVIDADES GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO							62
TOTAL DE ACTIVIDADES EVALUACIÓN DE RESULTADOS							1
TOTAL DE ACTIVIDADES INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN							17
TOTAL DE ACTIVIDADES GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN							1
TOTAL DE ACTIVIDADES CONTROL INTERNO							2
TOTAL DE ACTIVIDADES EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO							113
ACTIVIDADES CUMPLIDAS AL 100% = 80							
ACTIVIDADES EN DESARROLLO = 33							
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL 100% = 70.8 %							

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

De esta manera y de acuerdo a la labor ejecutada durante el año 2018, la Entidad fue evaluada por la función pública, a través de la herramienta FURAG, obteniendo la ESE ISABU una puntuación de 65.8 puntos con respecto al índice de desempeño institucional y los siguientes resultados por políticas expuestos a continuación:

TABLA 46 RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL FURAG POR POLÍTICAS DE LA VIGENCIA 2018

Políticas MIPG	Resultados FURAG 2018
Política de Talento Humano	61,9
Política de Integridad	66,7
Política de Planeación Institucional	64,2
Política presupuestal y eficiencia del gasto publico	
Política de Fortalecimiento organización y simplificación de procesos	62
Política de Gobierno Digital	67,6
Política de Seguridad Digital	66,3
Política de Defensa Jurídica	55,2
Política de Mejora Normativa	NA
Política de Servicio al Ciudadano	59,5
Política de Racionalización de tramites	74,3
Política de Participación Ciudadana	66,3

Política de seguimiento y evaluación de desempeño Institucional	63,7
Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	65,4
Política de Gestión Documental	64,4
Política de Gestión del conocimiento y la Innovación	56,4
Política de Control Interno	66,8

Fuente: Resultados de Evaluación FURAG vigencia 2018

Para la vigencia 2019 se realizó una verificación al trabajo realizado en el año 2018, donde el objetivo principal es lograr articular MIPG, con MECI y PAMEC, alcanzando así la estandarización y unificación de aquellos requerimientos normativos aplicables a la Entidad.

Antes de dar inicio al diligenciamiento de los autodiagnósticos, se realizó la revisión de los productos mínimos que debe tener la Entidad por cada dimensión o política, para así proporcionar cumplimiento efectivo a la Implementación del Modelo. Esto nos permitió visualizar: ¿Qué tenemos? ¿qué nos hace falta? y ¿qué de lo que tenemos podemos adaptarlo y mejorarlo para alcanzar el óptimo cumplimiento?

Conforme al proceso de diligenciamiento de los autodiagnósticos, se contempló la identificación y el análisis de las brechas existentes entre el MIPG y el Sistema Integrado de Gestión, con la realización de 17 autodiagnósticos de cada una de las dimensiones y los líderes de las mismas, brechas cuyas actividades o estrategias a desarrollar, se plasmaron en los planes de acción Vigencia 2018 y Vigencia 2019, con el fin de mejorar los procesos en todos aquellos aspectos que se evidenciaron falencias en su desarrollo, definiendo así cronogramas para la ejecución de actividades.

El plan de mejoramiento generado del autodiagnóstico de la vigencia 2019 se realizó seguimiento mensual al cumplimiento a través del comité del CIGD donde se logró en el mes de diciembre el cierre del plan de acción del MIPG con un cumplimiento del 100%.

Con el fin de seguir dando cumplimiento al modelo integrado de planeación y gestión, se formularon, documentó y se aprobó 16 políticas requeridas para la eficaz implementación de MIPG.

La ESE ISABU cuenta con la intranet donde está disponible un módulo con toda la información de la implementación del MIPG para disponibilidad de todo el personal de la entidad.

En la vigencia 2020 se realizó ajustes a la resolución del comité del CIGD realizándose un compendio de todas las 2 resoluciones vigentes y los ajustes realizados, quedando el vigente la Resolución 006 del 7 de enero de 2020 *“Por medio de la cual se deroga la Resolución 0421 de 2018, Resolución 0099 de 2019, Resolución 0311 2019 y se acoge la Resolución no 006 por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño CIGD de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga”*

El día 21 de enero se inició los comités del CIGD, a la fecha 31 de marzo se han realizado 6 comités dando cumplimiento con la periodicidad establecida en la resolución de conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Se presentó la segunda parte de la evaluación del FURAG ante el Departamento de la Función Pública en los tiempos establecidos, obteniendo el certificado de presentación satisfactoria.

Para el mes de abril se tiene proyectado realizar el Autodiagnóstico de cada una de las políticas del MIPG, de este autodiagnóstico se generará el plan de mejoramiento para la vigencia 2020, el cual se realizará seguimiento a través del comité del CIGD.

Ruta soportes: P:/3.MIPG

2.1.10 COMUNICACIONES

El área de comunicaciones tiene una dimensión estratégica que hace posible el flujo comunicativo al interior de la entidad y a su vez, plantea soluciones a la necesidad de divulgar y dar a conocer a la ciudadanía cada una de las actividades promovidas por la institución. Por lo anterior, la E.S.E. ISABU a través de su oficina de Comunicaciones ha logrado un alto reconocimiento a través de los medios de comunicación, por su labor de divulgación permanente a través las redes sociales, (Facebook, Instagram, Twitter) página web y medios de comunicación radiales, televisivos y trabajo mancomunado con a la oficina de prensa de la Alcaldía Municipal.

También, se ha logrado aportar a la consolidación de la comunicación interna mediante los diferentes canales de comunicación que, a su vez, trascienden al público externo, favoreciendo la imagen y el quehacer institucional.

En la búsqueda del histórico de información de las diferentes vigencias para este informe, se logró evidenciar que los equipos de comunicaciones trabajaron por consolidar y posicionar desde los diferentes canales internos y externos existentes, una imagen en la mente de sus públicos; para ello hicieron uso de las siguientes actividades de comunicación:

Actividades realizadas

- Divulgación jornadas soy generación más sonriente y de vacunación
- Divulgación campaña semana de la seguridad social en salud
- Diseño artes apoyo para promover jornadas y campañas
- Administración y alimentación de redes sociales
- Actualización contenidos página web www.eseisabu.gov.co
- Divulgación de información institucional a través de publicación en Carteleras de las diferentes unidades de atención
- Realización contenidos web y boletín informativo

- Directorio plan de contingencia en las comunicaciones unidades de atención.
- Apoyo logístico, fotográfico y protocolario en diferentes eventos liderados por la Institución.

Lo anterior, de acuerdo al informe de gestión de la anterior vigencia, publicado en página web institucional <http://www.isabu.gov.co/isabu/informes-de-gestion/>

Si bien se observa que estas actividades fueron publicadas en sus redes sociales (perfil de Facebook) se denota que no había mucha interacción con los públicos, lo que demuestra acciones no sistemáticas al servicio de la imagen que, son generalmente acciones de comunicación desestructuradas y sin continuidad en el tiempo, carentes de un Plan Estratégico de Imagen, contrario a lo que se ha logrado hoy en día y que más adelante se explicará y desarrollará.

Si bien es cierto que en la actualidad muchas de esas actividades se continúan desarrollando, se debe mencionar que se realizan con más fuerza y más profundidad; pues para la administración del Dr. Juan Eduardo Durán Durán, el dar a conocer toda la información en tiempo real, precisa y profunda genera confianza en los públicos internos y externos; dando como resultado, el fortalecimiento de la identidad corporativa, posicionamiento de imagen en los públicos internos y externos y a su vez, la gestión e impacto local con la divulgación de servicios, programas, planes y proyectos. Lo anterior, solo ha sido posible gracias a la **estrategia de marketing**, establecida desde el plan de acción institucional en el año 2017, la cual está enfocada al posicionamiento de la institución, mediante el uso de acciones publicitarias en los diferentes canales; esto ha garantizado que la imagen esté controlada por la organización dando así un verdadero control que nace del diseño y ejecución de un Plan Estratégico de Imagen de la empresa, a través de la adecuada comunicación con los públicos.

2.1.10.1 REDES SOCIALES

Para el desarrollo de este ítem es preciso tener en cuenta lo que se realizó en la vigencia 2015 frente a lo que se ha trabajado desde el año 2016 a la fecha; teniendo esto claro a continuación se despliega lo ya mencionado.

Para el año 2015 la empresa contaba con un perfil de Facebook y una cuenta en Twitter, donde se publicaba información institucional, pero con poca frecuencia, de acuerdo a los requerimientos de las diferentes áreas. Si en este punto se analiza el tipo de cuenta que tenían (perfil de Facebook) el cual solo permite agregar “amigos” y tener un máximo 5,000 se evidencia que no era una cuenta apropiada para una empresa, por ende, para la nueva administración esto no generaba ningún impacto, pues si bien se cumplía con dar a conocer lo realizado no había la posibilidad de medir las visualizaciones, reacciones e interacciones con la publicación.

Fotografía 1. Perfil Facebook



Fuente: Facebook Ese Isabu/álbum fotográfico

Situación que llevó al gerente, Dr. Juan Eduardo Durán, junto a su equipo de comunicaciones, a crear una *FANPAGE*, una página especialmente para ser un canal de comunicación con fans dentro de Facebook (fan page = página para fans) y que, a diferencia de los perfiles, son espacios que reúnen a personas interesadas en un asunto específico o empresa. Entonces, ya para el Segundo semestre del 2016, el 18 de septiembre, se creó la *FANPAGE* la cual ha sido pieza fundamental en el objetivo de comunicar e interactuar con la ciudadanía y dar a conocer en tiempo real y de manera transparente, convocatorias, ejecución de proyectos, eventos masivos, información de interés, procesos contractuales y noticias tal y como lo evidencia las publicaciones en dicha página. <https://www.facebook.com/ESEISABUBGA/>

Así mismo, desde su apertura en el año 2016 se evidencia, en este medio, un crecimiento significativo y una interacción positiva con la comunidad. Ejemplo de ello es la calificación de 4,8 en una escala de 1 a 5 que se registra en el *FANPAGE* de Facebook, como resultado de las recomendaciones emitidas por gente. A esto se suman los 7.707 seguidores que de manera orgánica y paga siguen la gestión del Instituto en dicho medio.

El que la institución cuente con este tipo de plataformas para la divulgación de acciones ha permitido:

- Tener control sobre todo aquello que publica.
- Designación de varios administradores; en este caso los administradores autorizados en la E.S.E ISABU son: el gerente, la comunicadora y el apoyo a comunicaciones está designado como editor de la página.
- Acceso a las estadísticas, esto es muy importante ya que ha permitido, segmentar el público de acuerdo a sus gustos e intereses; saber de qué países o ciudades son los fans, su actividad en la página, procedencia y edades; información muy valiosa al momento realizar campañas publicitarias
- Creación de campañas publicitarias, lo que ha permitido conseguir un elevado número de “me gusta”, seguidores, reacciones positivas e interacciones, lo que se traduce a más conexiones para la página y tráfico a la página web institucional.

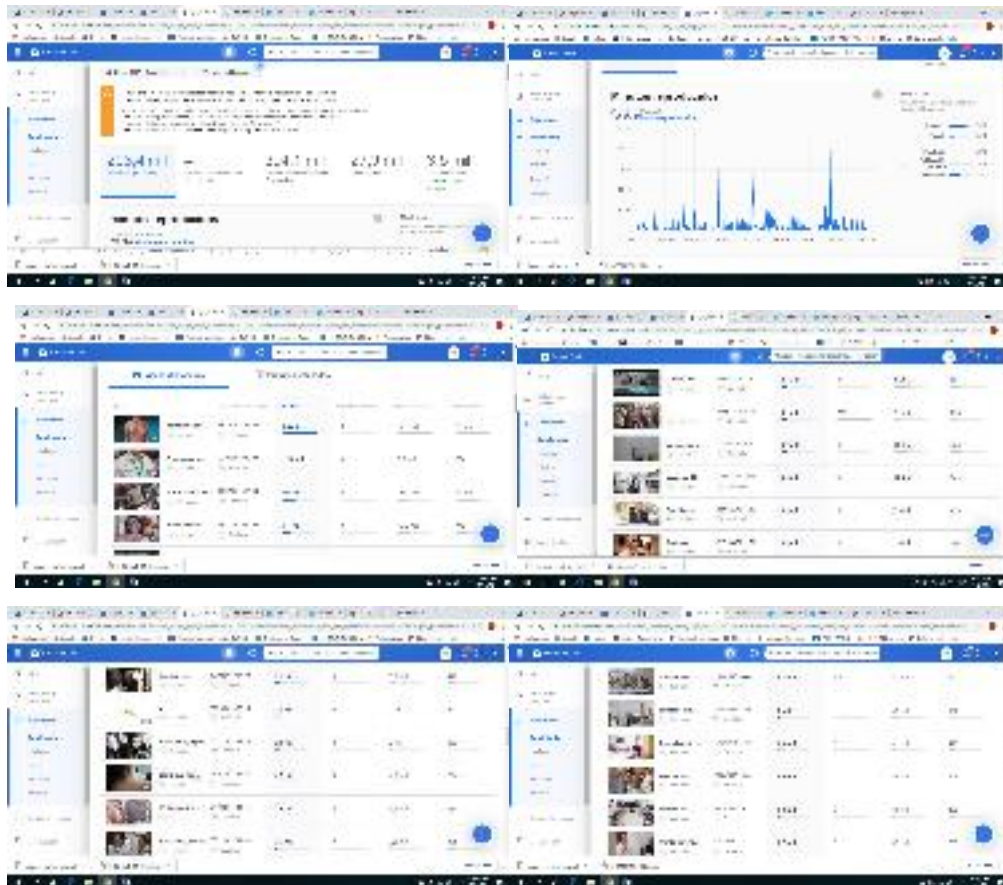
Dentro de esta estrategia de utilizar una FAN PAGE y de llevar a un mayor número de personas toda la información de interés colectivo (convocatorias, ejecución de

proyectos, vacantes de empleos, eventos masivos, información de interés, procesos contractuales y noticias) la E.S.E ISABU se ha valido de promocionar ciertas publicaciones, lo que ha permitido a la fecha obtener resultados positivos tal y como lo evidencia la siguiente captura de pantalla a las estadísticas generadas por Facebook

Para mayor información se puede consultar lo mencionado en el siguiente link y conocer el presupuesto invertido en dichas actividades.

https://business.facebook.com/creatorstudio/?selected_single_page_id=685575378272932&reference=liberty_redirection_from_pub_tool&mode=facebook&tab=insights_performance&collection_id=all_pages

Captura de Pantalla 1. Estadística de Facebook



Fuente: Página de Facebook.

Por otra parte, en los perfiles de Twitter, YouTube e Instagram, en los que se ha realizado la administración de manera orgánica y la interacción es un tanto menor que el Facebook, registrando en el primero más de 300 seguidores y el segundo cerca de 827, donde al igual que Facebook, se publica solo información institucional.

Captura de pantalla 2. Página de Twitter, Instagram y YouTube



Fuente: Página de Twitter, Instagram y YouTube

Es importante aclarar que las estrategias anteriormente referidas corresponden a acciones de tratamiento de la imagen corporativa enfocadas en los públicos externos, y, así mismo, éstas son sólo algunas de las principales.

En cuanto a las redes sociales implementadas para el Plan de intervenciones Colectivas PIC, el 13 de febrero de 2018 se creó la FANPAGE, donde se ha publicado desde su creación actividades que apuntan al despliegue de las diferentes estrategias y dimensiones.

Desde su apertura se evidencia un crecimiento significativo y una interacción positiva con la comunidad. Ejemplo de ello también es la calificación de 5 en una escala de 1 a 5 que se registra en el FANPAGE de Facebook como resultado de las recomendaciones emitidas por seguidores. A esto se suman los 2.478 seguidores, obtenidos en dos años, que de manera orgánica y paga siguen la gestión del trabajo realizado por este maravilloso equipo.

Al igual que para la E.S.E ISABU, el contar con una FANPAGE le ha permitido al equipo de Intervenciones Colectivas PIC, llegar a un mayor número de asistentes en sus ferias y eventos masivos. Así mismo, tener control sobre todo aquello que publica, designación de varios administradores; en este caso, la comunicadora y el apoyo a comunicaciones, acceso a las estadísticas, segmentar el público de acuerdo a sus gustos e intereses; su actividad en la página, procedencia y edades; información muy valiosa al momento realizar campañas publicitarias, obteniendo como resultado un elevado número de “me gusta”, seguidores, reacciones positivas e interacciones, lo que se traduce a más conexiones para la página y tráfico de las mismas.

Por otro lado, para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos contemplados en el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC) la ESE ISABU, buscó llegar e impactar de manera positiva a la comunidad en general en temas que permitan educar y mejorar las condiciones de la ciudadanía.

Es por ello que, desde el PIC, se implementaron a través de la FANPAGE DE Facebook, 33 grupos a fin de generar espacios y acciones que fomentaran la promoción de la salud y se mejoraran las condiciones colectivas en salud, protegiendo a la comunidad en su conjunto de un riesgo en salud.

Así mismo, se buscó generar procesos de transformación, mediante el cual las personas recibieran información veraz y asertiva; del contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural. Lo anterior partiendo de que si “se invierten en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior”. Por esto, y aunque el

plan de intervenciones colectivas PIC contara con un recurso humano calificado para resolver todas las dudas referente a los temas en salud en las ferias y eventos, era necesario apoyar estas actividades con esta plataforma, a fin de interiorizar las estrategias y dimensiones que permiten educar y sensibilizar a la población objetiva .contempladas en el anexo 1, donde se incluyen videos, fotos, programación de eventos o actividades de cada una de las dimensiones contempladas(vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, discapacidad, envejecimiento y vejez, salud y género , niñas, niñas y adolescentes y víctimas del conflicto armado).

Para PIC también se crearon perfiles de Instagram y de YouTube, en los cuales se publica información institucional de los diferentes eventos (ferias, capacitaciones, talleres, eventos masivos) tal y como lo evidencian las capturas de pantalla a las cuentas.

Captura de pantalla 3. Página de Facebook, Instagram



Fuente: Página de Instagram y Facebook.

Al igual que para el ISABU en estos perfiles su interacción ha sido netamente orgánica y la interacción es un tanto menor que el Facebook, registrando en el primero 208 seguidores y el segundo 5 suscriptores a la fecha.

Ahora bien, dentro de las redes sociales de la E.S.E ISABU y PIC, y como se mencionó en renglones anteriores, el contar con una FANPAGE ha permitido una serie de ventajas, entre ellas la de publicitar; ya que es uno de los recursos más poderosos para conseguir resultados de negocio. Hoy en día, esta solución publicitaria se adapta a todo tipo de empresas, de presupuestos y de necesidades; las empresas cada vez tienen más presencia en estos tipos de canales, gracias a sus buenos resultados. Además, se trata de una tendencia al alza.

Por ello, para el Instituto de Salud de Bucaramanga y PIC estas inversiones han permitido:

- Incrementar rápidamente la visibilidad
- Llegar a una gran audiencia potencial
- Segmentar su publico
- Control del presupuesto
- Análíticas detalladas de estadísticas

Los soportes de estos pagos lo evidencian resoluciones que reposan en el archivo de la gerencia

- Resolución 030 pago para promoción en Facebook 28 de enero de 2019
- Resolución 0287 pago para promoción en Facebook 22 de julio de 2019

2.1.10.2 PÁGINA WEB

Para la ESE ISABU es de suma importancia el manejo de la información con transparencia, es por ello que en la página web de la institución se reporta toda la información de interés a la comunidad y a los entes de control; dando cumplimiento así a los lineamientos establecidos en la **ley de transparencia y acceso de a la información 1712 del 2014, la cual tiene por objeto, “regular el derecho de acceso a la información pública”**

Dicho esto, a continuación, se da a conocer lo sucedido con la página web a lo largo de estos cinco años.

A partir del mes de octubre, del año 2016, la ESE ISABU, entró a formar parte del dominio Gobierno en línea, la cual fue diseñada bajo los parámetros establecidos de gobierno en línea, tal cual se muestra en la siguiente captura de pantalla.

Captura de pantalla 4. Página web



Fuente: Página web versión 1 gobierno en línea.

Así, se mantuvo durante el 2017 y gran parte del 2018, periodo donde función con altibajos debido a las limitaciones que tenía la página para realizar cambios y agregar contenidos diferentes a los establecidos por gobierno en línea.

Posterior a esto, en el año 2018, para el **mes de marzo**, la **oficina de sistemas**, en cabeza del Ingeniero **Jaime Andrés Peña, coordinador** de la misma, envió solicitud a la oficina de gobierno en línea donde diligenció **FORMULARIO Y ACTA** para la solicitud de adjudicación del dominio: www.isabu.gov.co, a fin de migrar toda la información a una plataforma que se trabajaba desde el 17 de agosto de 2017 con la Alcaldía de Bucaramanga, correo, que por supuesto, fue resuelto por la oficina de gobierno en línea y enviado al correo de comunicaciones el **15 de marzo de 2018**, con posterior envío al **correo de sistemas**.

Luego, para el **22 de marzo de 2018**, llega nuevamente un correo de gobierno en línea, al **correo de comunicaciones**, donde comunicaban la creación del sitio web para el ISABU una actualización creada por gobierno en línea.

Ya para el **23 de julio del mismo año**, se envió un correo **desde la oficina de comunicaciones**, informando que no era posible el cargue de información a esta nueva versión actualizada y que se requería apoyo, ya que el cargue lo permitía pero, de manera intermitente; a lo que gobierno en línea respondió mediante correo electrónico, y numero de caso #18683## ***“la dirección de gobierno digital en atención a su solicitud , le informa que actualmente estamos en el proceso de evolución a la nueva plataforma Mi Colombia Digital, por este motivo no se están realizando mejoras estructurales al portal de plataformas territoriales. Adicionalmente indicamos que la entidad ya cuenta con un sitio creado en mi Colombia digital (ACTUALIZACIÓN) en espera de actualización de contenido”***. Actualización que quedó en pausa, puesto que aún funcionaba la página anterior (**primera VERSIÓN**) y se enfocaron todos los esfuerzos en el montaje y estructura de la nueva página, con la Alcaldía de Bucaramanga como ya se mencionó en renglones anteriores. Es preciso mencionar que este cambio se llevó a cabo, debido a lineamientos del gobierno local, donde todos los entes descentralizados debían manejar una misma estructura. Dicho cambio tuvo una mínima inversión, para la compra del Hosting y plantillas.

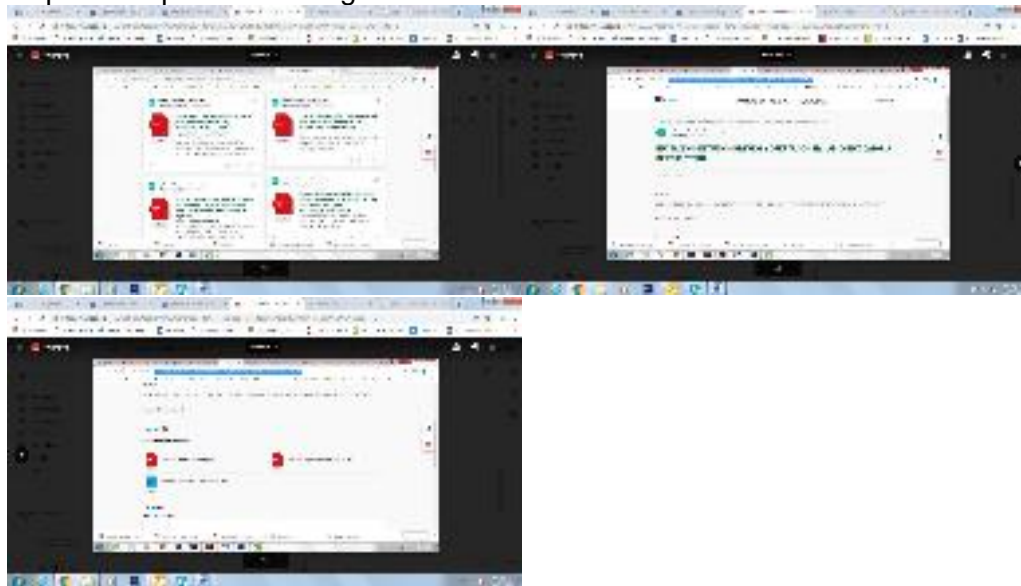
En esta instancia, para poder migrar a la nueva página que se trabajaba con la Alcaldía de Bucaramanga, fue necesario que el **Ingeniero Jaime Peña, coordinador de la oficina de sistemas**, insistiera en repetidas ocasiones mediante correo electrónico, para que gobierno en línea hiciera entrega total del dominio www.isabu.gov.co, lo que generó retraso en la publicación de la página que se trabajaba con la Alcaldía; pero aun así, se continuó trabajando con el equipo de las TIC de Alcaldía, en la estructura y forma de esta.

Paralelo a esto, el **Ingeniero Jaime Peña**, solicitó mediante correo electrónico al equipo de gobierno en línea, el envío de información de las dos versiones de la página, donde se especificó que debía ser una página de consulta de dichas versiones, donde se lograra evidenciar las fechas de los cargues de la información; pero se obtuvo como respuesta, un archivo Backup, en formato comprimido, con los documentos reportados en la página, y sin fechas de publicación.

Por ello que se solicitó nuevamente a Gobierno en línea una plataforma o link que permitiera que los ciudadanos y entes de control, consultarán la información de las versiones antiguas, y así dar cumplimiento con el histórico de información de la entidad, solicitud que no fue resulta ya que manifestaron mediante correo que esto no era posible.

Así pues, debido a la demora de la entrega de información y del dominio, por gobierno en línea, optamos por actualizar la segunda versión de gobierno en línea con información básica y requerimientos de otras áreas tal y como se evidencia en las capturas de pantallas siguientes. Dicha actualización se informó a la ciudadanía, Alcaldía, IPS, EPS Y SECRETARIAS DE SALUD, mediante circular 001 de 2018, la cual **estuvo online desde el mes de octubre del 2018 y hasta el 20 de diciembre de 2018**.

Captura de pantalla 5. Página web versión 2 ESE ISABU



Fuente: Página web versión 2.

Luego de estas versiones y con el objetivo de dar cumplimiento al requerimiento del gobierno local por unificar la imagen de las páginas web de los institutos descentralizados del municipio, se trabajó en conjunto con la Alcaldía de Bucaramanga, en todo el diseño, estructura y donde a la fecha se encuentra publicada, habilitada y vigente, para la consulta y acceso por parte de la ciudadanía y entes de control, tal y como se muestra en el siguiente link y captura de pantalla.

Esta estructura, a la fecha, es el resultado de un trabajo en equipo en conjunto con la Alcaldía de Bucaramanga, un trabajo que denota transparencia y estética.

<http://www.isabu.gov.co/isabu/>

Captura de pantalla. Página web versión 2 ESE ISABU



Fuente: Página web actual. <http://www.isabu.gov.co/isabu/>

Desde este espacio oficial, que, si bien corresponde a uno de los canales de comunicación por excelencia en la actualidad de las empresas, es también una efectiva herramienta para el tratamiento de la imagen corporativa.

A través de este portal se brinda información oportuna a los diferentes públicos, con contenidos acerca de noticias, servicios e información de interés para la ciudadanía relacionada con temas administrativos, gerenciales, transparencia en la gestión, entre otros. Cabe mencionar que esta última hace parte de sus compromisos de rendición de cuentas que tiene el Instituto de Salud como empresa social del Estado, por lo que mantener esta información actualizada muestra un claro interés de la compañía en la percepción que sus stakeholders puedan tener sobre su actuar.

Cómo se evidencia en la siguiente imagen de la página web, están dispuestos los espacios de “Noticias” y “Novedades” e “información al ciudadano” que condensa lo mencionado anteriormente.

Captura de pantalla 6. Página web versión 2 ESE ISABU



Fuente: <http://www.isabu.gov.co/isabu/>

Ahora, para el Plan de Intervenciones Colectivas y viendo la necesidad de dar a conocer todo lo relacionado con sus estrategias y dimensiones se creó un portal, en la plataforma gratuita wix, pero viendo toda la información generada institucional generada y lo poco seguro de la misma; se migró toda la información a un sitio oficial en la página de la Alcaldía de Bucaramanga, tal y como lo evidencia la siguiente ruta <https://www.bucaramanga.gov.co/la-ruta/pic-2018/>. Allí, con ayuda del equipo de las TICS de la Alcaldía de Bucaramanga se creó una estructura amigable con tres secciones principales (noticias, videoteca y dimensiones) que permitiera dar a conocer las actividades más representativas desarrolladas en la vigencia.

Todo esto con el objetivo de apoyar el desarrollo de acciones de promoción de salud y gestión del riesgo colectivo e individual que aporta al logro de las metas del plan de salud pública.

La población a la cual se dirigen las acciones del programa de intervenciones colectivas del plan territorial de salud pública, incluye los grupos de adultos mayores tanto del área urbana como rural; grupos de niños y jóvenes de las instituciones educativas del área urbana y rural, madres comunitarias, madres gestantes, población víctima del conflicto armado, usuarios que participan en las ferias integrales de salud y ambiente en su barrio que van dirigidas a las 17 comunas y los tres corregimientos.

2.1.10.3 ACCIONES COMUNICATIVAS

Para el instituto de salud de Bucaramanga E.S.E. ISABU dar a conocer su quehacer a través de acciones comunicativas.

Dentro de las acciones comunicativas como se evidencia en vigencias anteriores se trabajó y reforzó el mensaje institucional a través de diferentes piezas gráficas y apoyo a las estrategias de promoción y prevención tal y como se evidencia a continuación

Para el año 2015 se realizaron:

- Consolidación de información y recopilación fotográfica para elaboración del informe de gestión del año 2014. Adicional a ello, organización y protocolo evento de rendición de cuentas del año 2014.



- Agenda de medios para divulgación de actividades programadas para la comunidad



- **DISEÑO DE MATERIAL PUBLICITARIO:** en aras de reforzar y apoyar el mensaje que emite la institución a nivel interno y externo.





- Apoyo logístico, fotográfico y protocolario en diferentes eventos liderados por la Institución.



- Apoyo y asesoría en el levantamiento, diseño e instalación de la señalización del Hospital Local del Norte y Cs Colorados y Comuneros.



- [Inaguración consultorios rosados](#)

En la actualidad durante la administración del Dr. Juan Eduardo Durán Durán, se realizaron diferentes campañas todas enfocadas al fortalecimiento institucional y al mejoramiento de las condiciones de nuestros usuarios.

- [Maternidad segura la magia del amor](#)

En el año 2017 se dio inicio al programa MATERNIDAD SEGURA LA MAGIA DEL AMOR y desde la oficina de comunicaciones se apoyó con el despliegue en redes y elaboración de:

Logo, volantes, videos, pendón, banners, cartilla, carpeta para control prenatal y carné.

Archivos que reposan en la oficina de comunicaciones de la E.S.E ISABU y la Subdirección Científica.

- **Actualización portafolio de servicios**

Se levantó en conjunto con los jefes de zonas (1,2 y 3) y la oficina de calidad todos los datos para la elaboración del mismo; la información a tener en cuenta fue:

Servicios, horarios, teléfonos y direcciones.

Para consulta se encuentra publicado en el siguiente link de la página institucional.
<http://www.isabu.gov.co/isabu/servicios-por-sede/>

- **Pruebas de embarazo gratuitas**

Esta estrategia se inició en el año 2018, con el objetivo de ayudar completamente gratis a todas aquellas mujeres que creen estar embarazadas o simplemente que deseen ingresar al programa de planificación familiar.

Para el despliegue de esta estrategia, se realizaron piezas gráficas y noticias publicadas en redes y en medios locales.

Así mismo se desarrollaron vídeos con las usuarias beneficiadas con esta estrategia gratuita.

- **Estrategia de rendición de cuentas anual**

De acuerdo con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, la rendición de cuentas es “...un proceso... mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”; es también una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

Conforme a estos lineamientos para la E.S.E ISABU, la rendición de cuentas va más allá de ser una práctica de audiencias públicas y se concibe como un proceso continuo y bidireccional que genere espacios de dialogo entre la institución y los ciudadanos sobre la gestión y manejo, lo cual implica que los ciudadanos conozcan el desarrollo de las acciones de la administración y la institución explique el manejo de su actuar y de su gestión.

Para el despliegue de la estrategia de rendición de cuentas se realizaron invitaciones, banners, portada para informe; todos dirigidos a informar a entes de control, universidades, instituciones gubernamentales, veedurías en salud y alianza de usuarios.

Todo publicado en redes y página web de acuerdo a lo exigido por ley, un mes antes de la audiencia.

Para los diferentes periodos se han invertido recursos para su despliegue y refrigerios, soporte de esto reposa en la oficina de planeación en la carpeta de rendición de cuentas.

Para la vigencia 2018, presentada en el año 2019, se invirtieron recursos mediante resolución número 231 de 2019, para la trasmisión en vivo vía streaming, con el objetivo de transmitir en tiempo real y en buena calidad la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.

- **Sensibilización nueva planta temporal**

Durante la vigencia 2017 se realizó un estudio de formalización que contemplaba: las cargas laborales, las necesidades institucionales y un análisis financiero de los indicadores, razón de corriente, recaudos de ingresos corrientes, y superávit o déficit operacional, con el objetivo de establecer los requisitos financieros para darle continuidad al proyecto.

Ya para el año 2017 se creó el recaudo aprobado por la junta y para el año 2018 se creó la planta con 96 cargos y en el 2019 la segunda planta con 58 cargos, siendo un total a la fecha de 154 cargos formalizados. Para este despliegue, desde la oficina de comunicaciones realizó mensajes emotivos con fotografías de quienes pasaron a esta planta, videos testimoniales, los cuales al igual que los mensajes fueron publicados en redes sociales y canal de YouTube.

Así mismo, la noticia fue tan positiva que los medios locales y nacionales entrevistaron al gerente y catalogaron esta estrategia como un buen ejemplo para el país.

- **Plan de contingencia remodelación centros de salud**

A fin de dar a conocer a los usuarios de la E.S.E ISABU toda la información referente a los horarios, servicios y personal a encontrar durante el plan de contingencia,

Se realizaron, videos, notas e infografías con posterior publicación en redes sociales y página web. Así mismo se enviaron a la alcaldía de Bucaramanga, quienes desde sus plataformas ayudaron en la socialización de los mismos.

También se contó con el apoyo de la gran alianza de usuarios, quienes, con infografía en mano, recorrieron barrios aledaños y socializaron este plan de contingencia.

- **Se acabaron las colas**

El agendamiento online de citas ha sido creado con el objetivo de dar más practicidad a los pacientes y a reducir costos, es el camino para cualquier empresa del sector de salud que quiera mejorar su margen de beneficio, mejorando el nivel de satisfacción de los pacientes y su credibilidad en el mercado por ello desde el 1 de Julio del año 2019 se creó la estrategia SE ACABARON LAS COLAS, la cual desde su apertura ha sido todo un éxito y bien acogida por los usuarios, de esto dan fe ellos mismos los comentarios positivos y los casi 6000 a fecha de 23 de septiembre de 2019.

Para todo el despliegue de la estrategia se realizaron videos, banner en Facebook y página web, mensajes alusivos recordando su manejo y folleto en físico donde mostraba el paso a paso para el registro y la solicitud de cita.

Es preciso mencionar que todo lo ya mencionado se encuentra publicado y dispuesto para consulta en la FANPAGE de la E.S.E ISABU dentro de los términos y fechas solicitadas.

Boletín

El boletín institucional es un medio de comunicación interna el cual se alimenta de información de interés y tiene una periodicidad de dos veces al mes vía correo electrónico; para su elaboración se recopila información de interés enviada por otras áreas.

Si bien este medio de comunicación se ha utilizado en vigencias anteriores, para el año 2017 se actualizó su imagen por uno más fresco y con colores más vivos.

En la actualidad (2020) todos los boletines son enviados vía correo electrónico y publicados en página web.

Cartelera digital

Esta estrategia de cartelera digital se implementó en el año 2018, en un principio con una aplicación gratuita, implementado desde la oficina de sistemas de la E.S.E ISABU, pero debido a su poca capacidad, se optó por implementar un software pago que permitiera publicar mayor contenido. En la actualidad el software es manejado por la oficina de sistemas, pero alimentado en contenido por la oficina de comunicaciones.

Eventos

Para el cumplimiento de este ítem, todos los eventos que se realizan desde la E.S.E ISABU, se apoyan con la organización del evento, protocolo, registro fotográfico y posterior publicación en canales virtuales.

Recomendaciones

En este punto cabe recordar que el propósito de este informe no radica en vender de marea explícita los servicios, debido al enfoque social de la institución, por el contrario, busca dar a conocer el quehacer de la institución, a través de la promoción y divulgación de las diferentes actividades.

Es así como desarrollar campañas con pauta (asignando presupuesto) en los medios digitales se muestra como una de las estrategias a tener en cuenta como parte de los planes de promoción y divulgación. Así se logrará potenciar la percepción positiva que los públicos de interés tienen respecto a la ESE Isabu generando mayor impacto y crecimiento en los medios digitales.

Ruta soportes: P:/11comunicaciones

2.2 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

2.2.1 FORMALIZACIÓN LABORAL

Al inicio de la gestión, en el año 2016, la E.S.E. ISABU se encontraba inmersa en un proceso sancionatorio por parte del Ministerio de Trabajo el cual impuso a la ESE ISABU una multa por valor de CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$492.800.000); por razones de tercerización laboral no ajustada al ordenamiento legal vigente, situación que, sumada a argumentos de dignificación de los empleos al interior de la entidad y múltiples demandas de contrato realidad, conllevó a la realización de un estudio técnico para la formalización laboral que incluyó aspectos tales como necesidades institucionales, cargas laborales y proyecciones de sostenibilidad financiera.

Con este estudio como base, se inició un proceso de creación de cargos el cual se ha desarrollado en diferentes etapas como se describe a continuación:

- El 19 octubre de 2017 se firmó el acuerdo de Junta Directiva N° 11 por el cual se creó una Planta Temporal de 96 cargos, la cual entró a funcionar para la vigencia 2018, así:
 - 25 Médicos general
 - 37 enfermeros
 - 4 técnicos área de la salud
 - 30 auxiliares del área de la salud

- El 24 de octubre de 2018 se firmó el Acuerdo de Junta Directiva N° 11 que permitió que estos 96 cargos creados en el 2017, pasaran de ser temporales a una planta definitiva. Adicional a ellos, en el mismo acuerdo se creó una planta temporal compuesta por 52 nuevos cargos con funciones asistenciales y 6 cargos de planta fija con funciones administrativas, así:
 - 4 Profesionales del área de la salud
 - 9 odontólogos
 - 6 enfermeros
 - 33 auxiliares del área de la salud
 - 3 Profesionales Universitarios
 - 2 Profesionales Especializados
 - 1 Profesional Especializado del Área de la Salud

Es decir, que para la vigencia 2019 la planta de personal de la institución estaba conformada por 220 cargos de los cuales 168 cargos en planta fija y 52 temporales, así:

TABLA 47 PERSONAL DE PLANTA VIGENCIA 2019.

No. Cargos	Denominación Empleo	Planta
1	Gerente	Fija
2	Subgerente	Fija
1	Director técnico	Fija
3	Director técnico	Fija
1	Jefe oficina	Fija
3	Jefe oficina asesora	Fija
1	Tesorero General	Fija
1	Almacenista General	Fija
1	Profesional Especializado Área salud	Fija
1	Profesional Especializado	Fija
1	Profesional Especializado	Fija
1	Profesional Universitario	Fija
3	Profesional Universitario	Fija
18	Médico General (4) horas	Fija
2	Médico General (5) horas	Fija
25	Médico General	Fija
6	Enfermero	Fija
37	Enfermero	Fija
1	Técnico Administrativo	Fija
4	Técnico Área Salud	Fija
25	Auxiliar área de la salud	Fija
30	Auxiliar área de la salud	Fija
4	Profesional Universitario Área Salud	Temporal
9	Odontólogo	Temporal
6	Enfermero	Temporal
33	Auxiliar área Salud	Temporal
220	TOTAL	

Fuente: Formalización Laboral Talento Humano

- Continuando con el plan de formalización laboral el 29 de mayo de 2019 la junta directiva firmo el acuerdo N° 005 con el cual se crearon 84 nuevos cargos los cuales entraron a operar desde el 01 de enero de 2020, así:
 - 34 auxiliares del área de la salud
 - 10 conductores
 - 5 odontólogos
 - 5 enfermeros
 - 8 médicos generales
 - 9 profesionales del área de la salud (3 bacteriólogos, 3 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 2 instrumentadores quirúrgicos)
 - 2 profesionales universitarios
 - 1 profesional especializado área de la salud
 - 7 profesionales especializados
 - 3 técnicos administrativos

Así las cosas, para la vigencia 2020 nuestra planta de personal está conformada por 304 cargos distribuidos de la siguiente manera:

TABLA 48 PERSONAL DE PLANTA VIGENCIA 2020

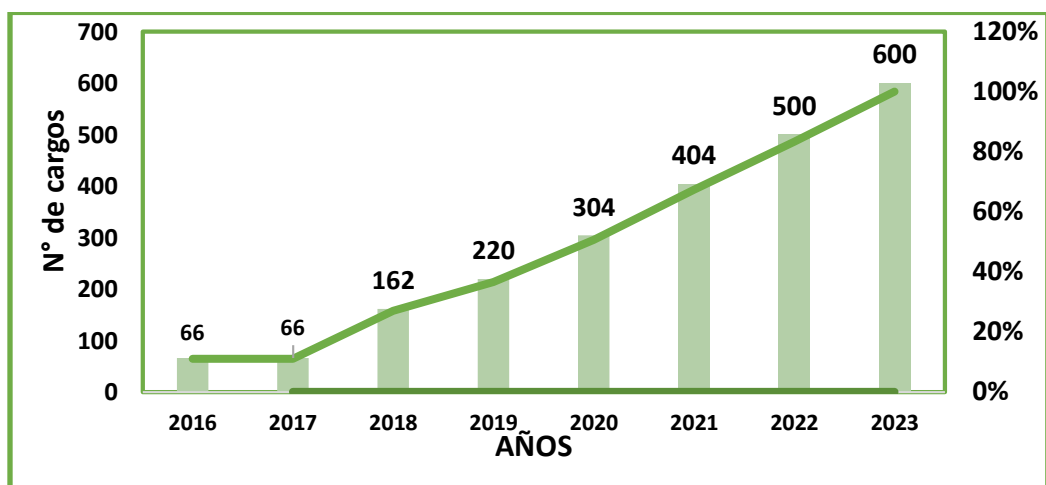
NO. CARGOS	DENOMINACIÓN EMPLEO	NIVEL	CÓDIGO	GRADO
1	Gerente	Directivo	85	11
2	Subgerente	Directivo	90	7
1	Director técnico	Directivo	9	5
3	Director técnico	Directivo	9	3
1	Jefe oficina	Directivo	6	5
3	Jefe oficina asesora	Asesor	115	7
1	Tesorero General	Profesional	201	11
1	Almacenista General	Profesional	215	11
3	Profesional Especializado	Profesional	222	11
1	Profesional Especializado Área salud	Profesional	242	11
1	Profesional Especializado	Profesional	222	10
1	Profesional Universitario	Profesional	219	10
1	Profesional Especializado Área salud	Profesional	242	9
3	Profesional Especializado	Profesional	222	9
6	Enfermero	Profesional	243	8
2	Médico General (5) horas	Profesional	211	7
33	Médico General	Profesional	211	6
2	Profesional Especializado	Profesional	222	5
1	Profesional Universitario	Profesional	219	5
18	Médico General (4) horas	Profesional	211	4
3	Profesional Universitario	Profesional	219	3
1	Profesional Universitario	Profesional	219	1
48	Enfermero	Profesional	243	1
13	Profesional Universitario Área Salud	Profesional	237	1
14	Odontólogo	Profesional	214	1
1	Técnico Administrativo	Técnico	367	11
3	Técnico Administrativo	Técnico	367	8
4	Técnico Área Salud	Técnico	323	8
10	Conductor	Técnico	480	8
25	Auxiliar área de la salud	Asistencial	412	11
97	Auxiliar área de la salud	Asistencial	412	7
304	TOTAL			

Fuente: Acuerdo N° 005 de 2019.

A continuación, evidenciamos el importante crecimiento que ha tenido la planta de personal durante la gestión comprendida entre los años 2016 a 2020, pasando de 66 a 304 cargos.

Debe tenerse en cuenta que, de acuerdo con las proyecciones de formalización laboral y realizados los estudios de sostenibilidad financiera correspondientes, se requiere continuar con la creación de 296 cargos adicionales, en un plan escalonado, tal como lo ilustra la siguiente gráfica:

GRÁFICO 2 PLAN FORMALIZACIÓN 2021-2023



Fuente: Graficación de Estudio Técnico de formalización laboral

2.2.2 PLAN DE CAPACITACIÓN

La formación y capacitación de los colaboradores de la institución ha sido un tema de gran importancia dado que su propósito general es preparar e integrar al recurso humano en el proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para un mejor desempeño en el trabajo. Este proceso se ha realizado teniendo siempre como prioridad las necesidades manifestadas tanto por el personal, como por los procesos de auditoría tanto interna como externa, lo anterior alineado con el plan de desarrollo institucional trazado, es así como mediante resolución 152 de 2017, resolución 074 de 2018, resolución 013 de 2018 y resolución 028 de 2019 se crearon y aprobaron los diferentes planes de capacitaciones de la institución.

Estas capacitaciones han sido distribuidas en diferentes componentes como promoción y prevención, PAI, seguridad del paciente, gestión administrativa, gestión ambiental, gestión de calidad, plataforma estratégica, gestión jurídica y de contratación, seguridad y salud en el trabajo, formación humana, servicio y atención al usuario, humanización del servicio, entre otros.

Adicional a ello el ISABU ha sido beneficiario de diferentes cursos, diplomados, especializaciones gracias a los aliados estratégicos entre los que se encuentran UNIVERSIDADES, COHOSAN y ASEHISAN, SENA, Función Pública, entre otros.

Durante la vigencia 2016-2019 se logró realizar capacitación y/o formación continua a todo el personal asistencial y administrativo de la institución.

2.2.3 PLAN DE BIENESTAR

Anualmente se ha aprobado y desarrollado el Plan de bienestar mediante resolución 053 de 2017, resolución 101 de 2018 y resolución 029 de 2019, teniendo en cuenta algunas áreas de intervención como:

1. Deportivos, recreativos y vacacionales: Se desarrollaron Caminatas, torneos deportivos, jornadas de rumba terapia, Conmemoración de las profesiones, conmemoración de cumpleaños, celebración del servidor público,
2. Artísticos y culturales: Día de la familia, Carrusel de Cine foro, Festival de colonias, talleres de manualidades, reconocimientos a las labores.
3. Promoción y prevención de la salud: fomento de estilo de vida saludable, jornadas de SPA, jornadas de manejo del stress
4. Capacitación informal en artes y artesanías u otras modalidades:
5. Promoción de programas de vivienda: Socialización de portafolios de caja de compensación, entidades financieras.
6. Programa de desvinculación asistida: Dentro de esta estrategia se realizan actividades que apoyan la desvinculación, los encuentros brindan herramientas que permiten evidenciar las posibilidades existentes cuando se da la etapa de pensión. Durante estos encuentros se dan clases de finanzas, manualidades, cocina, crecimiento personal y jornadas de esparcimiento. Cada año se realizaron en apoyo con la caja de compensación familiar Comfenalco. Y como actividad del acuerdo colectivo existente una vez por año se realiza una salida a un centro vacacional, en el año 2017 fue en el municipio de San Gil, 2018 un recorrido por Boyacá y para el 2019 se llevó a cabo en la ciudad de Medellín.

Adicional a esto dentro de nuestras políticas de bienestar se manejan compensatorios en fechas importantes, jornadas flexibles, jornada de lactancia materna, educación no formal como, diplomados y cursos.

Gestión 2020 en Talento Humano

El día primero 1° de enero de 2020 entro en funcionamiento la nueva planta de personal conformada por 84 nuevos cargos tanto del área asistencial como administrativa los cuales se unieron a los 220 cargos que venían trabajando en la vigencia 2019 para conformar así nuestra planta de personal 2020 con un total de 304 cargos.

Para el correcto funcionamiento de los colaboradores es necesario estructurar los planes que darán las pautas para su desarrollo a lo largo de esta vigencia, de aquí nace la necesidad de elaborar El plan estratégico de talento humano, plan de Vacantes, plan de Previsión, Plan SST, plan de Capacitaciones y Plan de Bienestar e incentivos.

Teniendo cuenta lo anterior se elaboró y se socializo el Plan Institucional de Capacitaciones, a los líderes de procesos, así mismo, se realizaron formatos de acta, planilla de asistencia, pre test, post test y evaluación de capacitaciones, los cuales fueron aprobados en comité de CIGD y posterior a ello socializados a los líderes de proceso para que estos aplicaran dichos formatos en las futuras capacitaciones a realizar. Cabe mencionar que, en la reunión donde se llevó a cabo la socialización de formatos, se indicó que cada líder de proceso

debía identificar y priorizar los temas que consideraba pertinentes no solo para capacitar desde su proceso, sino los temas que consideraba necesarios para recibir capacitación tanto en su proceso como en la institución, como se procede a realizar el cronograma de capacitaciones.

Entre los temas abordados, encontramos:

1. Socialización política de gestión en salud pública - Participantes: Personal Asistencial (Enfermera líder de gestión en salud pública, médicos zona 3, auxiliares de enfermería zona 3) y facturadores.
2. Socializar a los médicos de la ESE ISABU los temas agendados en el Plan de Capacitaciones e incluir el tema de COVID-19 y Salud Mental al representar estos una urgencia vital. - Participantes: Personal Asistencial (Salud infantil, salud pública, Vigilancia Epidemiológica, médico internista, psicóloga)
1. 3.Capacitar a los líderes del HLN y UIMIST en temas como Política Ambiental, clasificación de los residuos sólidos, residuos pos consumo, segregación en la fuente, hospital verde, estrategias de ahorro y uso de energía, consumo de agua y energía en el HLN y UIMIST. - Participantes: Personal Asistencial
3. Bio Seguridad - Participantes: Personal Asistencial
4. Limpieza y desinfección - Participantes: Personal Asistencial

Por otra parte un plan de gran impacto en nuestros colaboradores es el de Bienestar, este se aprobó mediante la resolución 0055 de 31 de enero del 2020, en este están contempladas actividades como conmemoración de fechas como el día de la mujer, día del hombre, profesiones, cumpleaños, para estas fechas se le hace un reconocimiento por medio de tarjetas remitidas a los correos electrónicos y publicación en página web y redes sociales. Se programaron actividades de prevención de riesgo cardiovascular, seguimientos nutricionales, conmemoración de fechas, espacios para compartir en familia, inspecciones de puestos de trabajo, ferias de vivienda entre otras. Este plan ha sufrido algunos ajustes teniendo en cuenta la emergencia presentada por el COVID-19, este nos ha enfocado en la promoción de la salud mental, el cual buscar mejorar el bienestar psicológico, y emocional de las personas, se grabaron unos videos dirigidos por la psicóloga de la institución para fortalecer la salud mental, dando pautas de cómo manejar las situaciones presentadas por el COVID-19 y así no causar depresión y pánico. Adicional se han generado pausas activas de forma electrónica y estrategias de comunicación e incentivo a todo nuestro personal.

Dentro de las situaciones administrativas adicionales se generó la programación de vacaciones, se llevó a cabo el proceso de evaluación de desempeño laboral de la vigencia 2019 segundo semestre, entre otras.



Ruta Soporte: Y:\3. SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA\Empalme TH

2.2.4 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

2.2.4.1 ESQUEMA GENERAL DEL SGSST

La ESE ISABU ha realizado el proceso de transición documental de Programa de Salud Ocupacional a Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, estructurando completamente la documentación desde cero; lo anterior, debido a que no contaba con una

estructura documental sólida, continuada, controlada y las intervenciones realizadas no eran percibidas por la población trabajadora.

Para el 2016 la ESE ISABU se encontraba afiliada ARL AXA COLPATRIA como administradora de riesgos laborales y a partir de marzo de 2018 realizamos traslado a ARL COLMENA; la decisión de cambio obedeció a una evaluación en la gestión de la administradora de riesgos en busca de un mejor respaldo en la gestión e intervención de programas frente a los peligros prioritarios institucionales. Es así que actualmente ARL COLMENA nos brinda las siguientes acciones de acompañamiento en gestión de programas frente a la mitigación de peligros:

1. Profesional asesor para la implementación básica del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
2. Profesional especialista en Gestión del Riesgo asesor para la transición de Planes de Emergencias a Planes Hospitalarios de Emergencias y profesional de apoyo para la formación y entrenamiento del a Brigada de emergencias
3. Fisioterapeuta Especialista en Salud Ocupacional asesor para la implementación del Sistema de Vigilancia para la prevención de desórdenes musculo esqueléticos
4. Enfermero Especialista en Salud Ocupacional asesor para la implementación del Programa de Gestión de Peligro Biológico
5. Psicóloga Especialista en Salud Ocupacional asesora para la implementación del Programa de Gestión de Peligro Psicosocial
6. Médico Radio físico asesor para la implementación del Programa de Protección Radiológica
7. Nutricionista para intervenciones en prevención del riesgo cardiovascular
8. Profesionales de apoyo para intervenciones y formaciones en riesgo público y seguridad vial según necesidades de la ESE ISABU
9. Química asesora en el programa de gestión del peligro químico
10. Curso de BLS a demanda, según la necesidad de la ESE ISABU
11. Tamizaje de radio protección semestral
12. Tamizaje biológico: anticuerpos Hepatitis B y refuerzos esquema de vacunación
13. Cursos de recertificación en alturas y curso para coordinador de alturas
14. Evaluaciones psicosenométricas para conductores
15. Cursos virtuales y presenciales acorde al plan de capacitación anual que ofrece la ARL
16. Mesas laborales de seguimiento a casos
17. Mediciones auditivas según requerimiento

Con la gestión de la coordinación SST de la ESE ISABU, el respaldo de la Gerencia y las acciones de apoyo de la ARL, se ha logrado una evolución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo durante el periodo 2016 -2019 en el marco normativo colombiano que ha cambiado en los últimos años; es así que durante el año 2016 se inició aplicando evaluación de requisitos del sistema determinados por el decreto 1443 subrogados en el decreto 1072 de 2015, posteriormente en 2017 y 2018 se ajustó esta evaluación a Resolución 1111 de 2017, finalmente en 2019 esta evaluación se actualizó a la norma que actualmente se encuentra en vigencia, la resolución 0312 de 2019 la cual deroga la Resolución 1111 de 2017.

TABLA 49 EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DURANTE EL PERIODO 2016 -2019 EN LA ESE ISABU

AÑO	CRITERIO	PORCENTAJE
Agosto de 2016	Decreto 1443 de 2014 / Decreto 1072 de 2015	23%
A diciembre 2016	Decreto 1443 de 2014 / Decreto 1072 de 2015	66%
A diciembre 2017	Resolución 1111 de 2017	72%
A diciembre 2018	Resolución 1111 de 2017	80%
A diciembre 2019	Resolución 0312 de 2019	85%
Febrero 2020	Resolución 0312 de 2019	90.5%

Fuente: Archivo Talento Humano

A partir de la identificación de los peligros prioritarios de la institución, se establece la necesidad de documentar programas orientados a generar controles y mitigar la probabilidad de ocurrencia de accidentes de trabajo o enfermedades laborales. Es así que durante el periodo 2016 a 2019 se logró documentar e implementar los siguientes programas que antes no existían en la ESE ISABU:

2.2.4.2 PROGRAMA DE GESTIÓN PELIGRO BIOLÓGICO

Nace a raíz de ser una institución prestadora de servicios de salud, en donde el riesgo prioritario es la exposición al peligro biológico y por tanto es la causa principal de los accidentes de trabajo reportados en la ESE ISABU.

La evolución en el programa de Gestión de Peligro Biológico en el periodo 2016 – 2019 partió de realizar una evaluación al diagnóstico del comportamiento del riesgo biológico e identificar que la población trabajadora estaba en una conducta de subregistros de accidentes de trabajo por exposición biológica, es así como se inició con gradualmente con unas acciones de intervención hasta lograr la sensibilización, el reconocimiento y vinculación de la población en una cultura de prevención:

TABLA 50 EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE PELIGRO BIOLÓGICO

AÑO	CRITERIO
2016	Se definió un modelo para atención y respuesta ante accidentes de trabajo biológicos con la ARL, que permitiera seguimiento y cierre de los accidentes, se realizó investigación y análisis de las causas generadoras de accidentalidad biológica
2017	Se iniciaron acciones para control de accidentes biológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Jornada de sensibilización y educación practica en prevención de accidentes de trabajo biológicos por centros de salud y servicios • Campaña lúdica de prevención de accidentes de trabajo biológicos por centros de salud y servicios • Se inició el proceso de titulación por servicios
2018	En el año 2018 se inició con el proceso de construcción de elementos administrativos para la prevención de accidentes y control del peligro biológico:

	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y actualización del Manual de Bioseguridad en evaluación interdisciplinaria con la oficina de Seguridad del Paciente y ambiental • Documentación programa de gestión peligro biológico • Documentación protocolo de manejo seguro de cortopunzantes • Documentación protocolo de aplicación técnicas de aislamiento • Protocolo de vacunación • Titulación de anticuerpos por servicios
2019	<p>Durante el año 2019 se ha realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de difusión de protocolos de mitigación del peligro biológico por servicios y centros de salud • Gestión y entrega de gafas de seguridad como mecanismo de barrera de peligro biológico para trabajadores y contratistas • Continuidad en la evaluación de estado inmunológico por titulación • Diseño de medidas físicas en los servicios y centros de salud para el control del peligro biológico, adquiriendo algunos insumos que permiten realizar un mejor manejo de los elementos cortopunzantes

Fuente: Oficina Talento Humano ESE ISABU

2.2.4.3 PROGRAMA DE GESTIÓN PELIGRO PSICOSOCIAL

Desde el 2008 con la resolución 2646, se estableció la responsabilidad al empleador de aplicar diagnóstico de riesgo psicosocial a la población y de implementar a partir de esto unos controles orientados a la mitigación del peligro. Al recibo de esta administración se había realizado una evaluación diagnóstica del peligro psicosocial, pero no se habían implementado acciones para el control del peligro conforme a los hallazgos de dicho diagnóstico.

Teniendo en cuenta que en el componente de peligro psicosocial no se cuenta con ninguna actualización normativa que modifique la establecida en el 2008; desde 2016 se inició con una revisión del diagnóstico establecido en 2015, el desarrollo de acciones para mitigar el peligro, muchas derivadas del mejoramiento de las condiciones de los puestos de trabajo y finalmente se han realizado diagnósticos periódicos post intervención y a partir de esto en el proceso de mejoramiento continuo, se refuerzan constantemente las acciones de control. Es importante resaltar las siguientes acciones de mejora implementadas:

- Taller de liderazgo dirigido a directivos
- Taller de liderazgo dirigido a jefes de centros de salud y servicios
- Intervenciones de manejo de estrés
- Formaciones en comunicación asertiva y trabajo en equipo
- Gestión organizacional en cuanto a mecanismos de diseño de evaluación de desempeño, manual de funciones, programa de bienestar
- Mejoramiento del inmobiliario, puestos de trabajo, infraestructura física de los centros de salud, como control de mejoramiento de confort en el trabajo

De igual forma se tiene constituido el Comité de convivencia laboral y con él, durante la vigencia 2016 - 2019, se logró estructurar:

- En el enfoque preventivo una política de prevención de conductas de acoso laboral

- En el enfoque correctivo un Instructivo de atención de quejas de acoso laboral, un formato de quejas de acoso laboral y formato de atención y manejo de queja de acoso laboral.

A la fecha no se tienen registros de quejas de acoso laboral, ni se ha requerido el manejo de casos por Procuraduría u Oficina de Trabajo

2.2.4.4 GESTIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES

En el marco normativo se establece la obligatoriedad de documentación de Planes de Emergencias y en el enfoque de habilitación y acreditación en salud se define la obligatoriedad de documentar Planes Hospitalarios de Emergencias.

Al inicio de la vigencia de la actual administración la ESE ISABU no contaba con Planes de Emergencias documentados, no se contaba con brigadas de emergencias. Los centros de salud no disponían de planos vigentes de la infraestructura y la señalización disponible había sido aportada por ARL, lo cual va en contravía de la legislación en esta materia.

En el componente de emergencias del año 2016 a 2019 se ha realizado el proceso de documentación de planes de emergencias para los 21 centros de salud y 2 centros hospitalarios, es decir que se logró que el 100% de los Centros de Salud en funcionamiento contaran con este valioso documento.

Durante este periodo también se realizaron procesos de convocatoria y entrenamiento de brigadas de emergencias focalizadas y simulacros de evacuación en el 100% de los centros de salud y centros hospitalarios. Se conformó en este periodo el Comité Hospitalario de Emergencias.

Se realizó dotación de camillas rígidas y botiquines para todos los centros de salud y centros hospitalarios, además de aumentar la disposición de equipos contra incendios según las necesidades por infraestructura y condiciones de riesgo.

En el año 2019 se ha realizado la transición documental del Plan de Emergencias del Hospital Local del norte a Plan Hospitalario de Emergencias, el cual se encuentra aún en proceso documental. En el componente de emergencias durante el 2019 también se han realizado las siguientes acciones:

Actualización de rutas de evacuación y planos de emergencias, para 15 centros de salud y 2 centros hospitalarios:

- Zona 1 Centro de salud Café Madrid, Centro de salud Colorados, Centro de salud Villa Rosa, Centro de salud Regaderos y Centro de salud IPC.
- Zona 2 Centro de salud Morrónico, Centro de salud El Rosario, Centro de salud Comuneros.
- Zona 3 Centro de salud Mutis, Centro de salud Toledo Plata, Centro de salud El Cristal, Centro de salud la Concordia, Centro de salud Pablo VI
- Unidades hospitalarias (UIMIST y HLN)

Señalización y definición de puntos de encuentro para 15 centros de salud:

- Zona 1 Centro de salud Café Madrid, Centro de salud Colorados, Centro de salud Villa Rosa, Centro de salud Regaderos y Centro de salud IPC.
- Zona 2 Centro de salud Morrórico, Centro de salud El Rosario, Centro de salud Comuneros.
- Zona 3 Centro de salud Mutis, Centro de salud Toledo Plata, Centro de salud El Cristal, Centro de salud la Concordia, Centro de salud Pablo VI.

Reuniones del comité hospitalario de emergencias donde se realiza la gestión pertinente.

Adicionalmente de los 7 centros de salud en proceso de remodelación se realizó visita y ya se tienen establecidas las necesidades para instalar señalización, rutas y planos, tan pronto sean entregados los centros de salud.

2.2.4.5 PROGRAMA DE GESTIÓN PELIGRO BIOMECÁNICO

La necesidad documental de este programa se da en razón a la existencia de 4 enfermedades de origen laboral cuya causa estaba derivada en la fuente del peligro biomecánico, principalmente por las condiciones de los puestos de trabajo del personal expuesto.

Al inicio de la vigencia de la presente administración, no se tenía documentado un programa orientado a la prevención o al control del peligro biomecánico, siendo este personal un personal expuesto principalmente por posturas mantenidas y esfuerzos a nivel de miembro superior. El componente de vigilancia biomecánica no tiene tampoco una actualización normativa, por lo que en el periodo de 2016 a 2019 se han realizado las siguientes acciones a partir de las necesidades anteriormente mencionadas:

- Aplicación de encuestas de morbilidad sentida
- Verificación de entradas por exámenes médicos ocupacionales
- Inspección de puestos de trabajo de casos y población sospechosa
- Mejora y adquisición de mobiliario y puestos de trabajo con diseños de puesto ajustados a las condiciones ergonómicas y ángulos de confort.
- Ergonomía en puestos de trabajo
- Formación continua en higiene postural, manejo de cargas, movilización de pacientes y gimnasia laboral

2.2.4.6 PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE

La intervención en la promoción de hábitos de vida saludables, nace de los hallazgos en el diagnóstico de condiciones de salud; es por esto en que en este componente se han realizado en el periodo 2016 – 2019 las siguientes acciones:

- Diseño y difusión de política de prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas

- Tamizajes de riesgo cardiovascular
- Promoción de prevención de enfermedades cardiovasculares

2.2.4.7 ANÁLISIS COMPORTAMIENTO ACCIDENTALIDAD Y ENFERMEDADES LABORALES PERIODO 2016 – 2020

Al inicio de la vigencia de la Administración, la ESE ISABU tenía afiliado a riesgos laborales al personal planta, pero no se realizaba ninguna acción de control o vigilancia en el personal contratista; esto hacía que cada persona natural independiente, estuviera vinculada a la ARL que deseaba y no se garantizaba que su vinculación se hiciera por el nivel de riesgo acorde a la tarea realizada.

En la vigencia 2016 – 2019 se logró estructurar procedimientos específicos que garantizaran que la afiliación de ARL del personal contratista se vigilara por Seguridad y Salud en el Trabajo en el nivel de riesgo requerido para la tarea a prestar y por la misma ARL definida institucionalmente; esto con el objetivo de realizar una trazabilidad en las acciones realizadas por la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y garantizar que se diera cobertura a personal directo y contratistas, tal como lo cita la norma.

Por otra parte, actualmente se cuenta con un instructivo de reporte y atención de accidentes de trabajo que está registrado por la oficina de Calidad, que se difunde a personal directo y contratistas y que se centraliza a partir de mecanismos como los grupos de cadenas de llamada y Whastapp por zonas para garantizar que no se maneje o reporte ningún accidente de trabajo sin que este sea conocido por la oficina de seguridad y salud en el trabajo. En razón a ello, todos los accidentes, tanto personal directo, como contratistas, son investigados por la oficina de seguridad y salud en el trabajo, y los planes de mejoramiento son enfocados a la mitigación del peligro independiente del tipo de vinculación.

A continuación, se presenta el registro de accidentes de trabajo en la vigencia 2016-2020 y es importante aclarar que en 2016 los registros no daban cobertura a al personal contratista que se tenía un subregistro de eventos, lo cual con la adherencia institucional ha repercutido en un aumento en el número de casos:

TABLA 51 REGISTRO DE ACCIDENTES DE TRABAJO VIGENCIA 2016-2020

VIGENCIA	2016	2017	2018	2019	Feb 2020
# Casos	7	24	32	31	3
Clasificación Casos	82% Biológico 18% Seguridad	80% Biológico 20% Seguridad	70% Biológico 20% Seguridad 10% Biomecánico	60% Biológico 40% Seguridad	100% Biológico

Fuente: Oficina Talento Humano y SST de la ESE ISABU

El principal factor generador de accidentes de trabajo siempre ha sido el factor de riesgo biológico, esto en razón a que la misión institucional es de tipo asistencial y las causas identificadas han sido derivadas de comportamientos inseguros, para los cuales se realizan

procesos de educación y sensibilización permanentes; pero en algunos casos por condiciones inseguras, las cuales se han ido corrigiendo y trabajando a partir de inspecciones de puestos de trabajo y el diseño de planes de mejoramiento.

En cuanto a las Enfermedades laborales se tienen actualmente 4 enfermedades laborales reconocidas, todas de origen biomecánico.

- Síndrome del túnel del carpo bilateral y epicondilitis lateral derecha reconocidos en 2018
- Lesión de manguito rotador izquierdo reconocido antes del 2014
- Síndrome el túnel del carpo reconocido antes del 2014

Gestión realizada en el Primer trimestre de 2020 en Seguridad y Salud en el Trabajo

1. Se realizó gestión administrativa para la afiliación a riesgos laborales del personal que ingresa como planta; de igual forma se coordinó la programación y ejecución de exámenes ocupacionales de ingreso para este personal con posterior documentación de matriz de exámenes ocupacionales y remisión de notificaciones para control por la EPS.
2. Se realizó actualización documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: política de prevención del consumo de alcohol y drogas, política de prevención de acoso laboral, manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
3. Se realizó seguimiento a la efectividad de los comités de apoyo: comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, con quien se estructuró el plan de auditoria de SST y comité de convivencia laboral con quien se estructuró el procedimiento de atención de quejas de acoso laboral.
4. Se realizó requerimiento de requisitos de SST a contratistas de la ESE ISABU
5. Se realizó documentación o actualización de programas orientados al control de peligros prioritarios: programa de vigilancia epidemiológica de peligro biomecánico, programa de gestión para el control del peligro biológico, programa de vigilancia epidemiológica para el peligro psicosocial, programa de protección radiológica.
6. Se realizó gestión administrativa para la contratación de equipos de emergencias y extintores para el año 2020.
7. A partir del mes de marzo en razón a la contingencia que vive el país por la aparición de casos de COVID 19 y frente a la condición de PANDEMIA se enfocaron todas las acciones de seguridad y salud en el trabajo en las siguientes actividades:
 - a) Atendiendo los lineamientos del ministerio de trabajo y ministerio de salud y protección social se definió el procedimiento operativo normalizado dentro del plan hospitalario de emergencias para dar respuesta a amenaza biológica por COVID 19
 - b) Se estructuraron líneas de comunicación para la organización y respuesta de atención de población sospechosa de COVID 19 en el marco del Plan Hospitalario de Emergencias

- c) Diseño de rutas de captación y atención específicas para pacientes sospechosos de COVID 19: Ruta de hospital local del norte, Ruta de UIMIST, Ruta de atención domiciliaria con enfoque de atención de amenaza biológica desde el Plan Hospitalario de Emergencias.
- d) Se realizó proceso de socialización de rutas de captación y atención institucional al personal asistencial, administrativo, comité hospitalario de emergencias, contratistas de servicios generales y guardas de seguridad
- e) Diseño de procedimiento de colocación y retiro de los elementos de protección personal, elaboración de video institucional y coordinación del proceso de entrenamiento del personal de primera línea.



- f) Gestión administrativa para la estimación de necesidades en cuanto a elementos de protección personal, equipos e insumos para toma de muestra e insumos para proceso de limpieza y desinfección.
- g) Inventario diario de elementos e insumos para respuesta ante COVID 19, con gestión administrativa para mantenimiento de los elementos básicos requeridos para la atención.
- h) Apoyo en el diseño de procedimiento de limpieza y desinfección institucional para COVID 19. Participación en reunión con el contratista de servicios generales para determinación de necesidades de ajuste al contrato y socialización de procedimiento.
- i) Diseño de protocolo de bioseguridad frente a pandemia por COVID 19, difusión y evaluación del mismo al personal asistencial
- j) Estimación de necesidades y apoyo documental en procedimiento para manejo de cadáveres por COVID 19
- k) Elaboración de ruta de atención psicosocial al personal asistencial de primera línea de atención a pacientes sospechosos o casos COVID 19
- l) Videos de pausas activas e intervención preventiva de salud mental para intervención al personal asistencial.

2.2.4.8 RECOMENDACIONES PARA EL AÑO 2020

A continuación, se relacionan las acciones de mayor relevancia para el mantenimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el año 2019:

1. Disponibilidad de recurso humano con el apoyo de practicantes para el mantenimiento y difusión de programas especializados como radioprotección, biológico, biomecánico, vial, emergencias y vigilancia a contratistas
2. Dotación de brigada de emergencias y determinación de mecanismos de alerta en emergencias.
3. Compra y adquisición de extintores de CO2 que reemplacen los de solkaflan que por normativa ya no se deben recargar o comprar.
4. Implementación de acciones de mejora en la mitigación del peligro biológico
5. Prueba y certificación de funcionamiento de los gabinetes contra incendios
6. Adquisición de elementos de protección para las pareas de rayos casi como para el reemplazo de los que se encuentran en mal estado.
7. Aplicación de la batería de riesgo psicosocial, así como para la asesoría externa de un profesional en psicología ocupacional para la vigilancia epidemiológica
8. Dotación de elementos de protección personal del personal operativo y asistencial.
9. Señalización y definición de planos en los centros de salud en proceso de remodelación
10. Dotación de botiquines de primeros auxilios

2.3 GESTIÓN DE CALIDAD

2.3.1 RESEÑA HISTÓRICA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA ESE ISABU 2.016-2.019

En julio de 2016 al inicio de la administración del Doctor Juan Eduardo Duran, se evidencia una oficina de calidad con procesos desarticulados, documentación desactualizada y ausencia de soportes que permitan la medición del avance en cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud.

Es así como se inicia una reorganización de la oficina de calidad y auditoría basados en el Decreto 1011 de 2.006, y con enfoque basado en procesos que permita cumplir con la normatividad vigente, alcanzar resultados y alinear sus actividades en una sola dirección para brindar servicios de calidad y lograr la satisfacción de sus usuarios y familia.

En el 2.017 se define la Política de Calidad, donde se plasma la razón de ser de la oficina la cual es a través de un mejoramiento continuo asegurar la calidad y satisfacción de las necesidades del usuario y su familia.

Los objetivos trazados para la Oficina de Calidad fueron los siguientes:

- Fortalecer y consolidar el Sistema de Gestión de Calidad de la E.S.E ISABU, a partir del modelo de Acreditación en Salud promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Documentar, implementar y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos
- Velar por la prestación servicios de salud con Calidad y Calidez
- Asegurar la definición y desarrollo de planes de mejoramiento que aporten al cumplimiento del Direccionamiento Estratégico Institucional.
- Definir e implementar mecanismos de medición y monitoreo de los niveles de cumplimiento y satisfacción de las partes interesadas, identificadas por La E.S.E ISABU.
- Mejorar la calidad de la atención en salud
- Preservación del ambiente y reducción de los impactos ambientales
- Mejorar la efectividad en los resultados en salud.
- Promover, gestionar e implementar la seguridad del paciente en la atención en salud
- Cumplir con la normatividad vigente en salud

A partir de este año se inicia una reestructuración, documentación y organización de la oficina de Calidad trabajando articuladamente el Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos y el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, es así como fruto de una gran labor finaliza el 2.019 con una Oficina asesora de Calidad organizada de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud basada en procesos y enfocada en Gestión del Riesgo.

2.3.2 DEFINICIONES

Para poder entender el Sistema de Gestión de Calidad es importante tener en cuenta las siguientes definiciones:

SOGCS: Sistema Obligatorio de garantía de la calidad en salud

SUA: Sistema único de habilitación

SUH: Sistema único de acreditación

SIC: Sistema de Información para la Calidad

PAMEC: Programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad

MIPG: Modelo integrado de planeación y gestión

MECI: Modelo estándar de control interno

2.3.3 ARTICULACIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA OFICINA DE CALIDAD A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO

Como se evidencia en el siguiente cuadro, el área de calidad y auditoría está centrada en el mejoramiento continuo a través del Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, dos componentes claves son gestión ambiental y atención al usuario, se articula con MIPG, MECI, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CONTROL INTERNO, de esta manera la ESE ISABU gestiona el riesgo en todos sus procesos.

Figura 1. Articulación, Organización y Funcionamiento de la Oficina de Calidad



Fuente: Oficina de Calidad

2.3.4. PERSONAL OFICINA DE CALIDAD

TABLA 52 LISTADO PERSONAL OFICINA DE CALIDAD

NOMBRE	TIPO DE CONTRATACION	TIEMPO TOTAL ISABU	TIEMPO EN CALIDAD	CARGO	FUNCIONES PRINCIPALES	PERFIL
YANNETH MONTERO OJEDA	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	1 MES	1 MES	JEFE ASESOR OFICINA CALIDAD	Asesorar y Liderar el Programa de Auditoria y Gestion de la Calidad de la ESE ISABU	Medico con Maestria en Gestion en Salud, especialista en Gerencia en Servicios de Salud y Gerencia de la Calidad y Auditoria
ASTRID YADIRA MALDONADO MURCIA	PLANTA	3 AÑOS	2 AÑOS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO OFICINA DE CALIDAD	Garantizar la implementacion del PAMEC, generando logros en calidad y mejoramiento continuo. Documentacion, seguimiento y evaluacion de MECI Y PAMEC con MIPG.	Instrumentadora Quirurgica especialista en Administracion Hospitalaria y Gerencia en Proyectos
DORYS MAGALY CAMACHO TARAZONA	PRESTACION DE SERVICIOS	13 MESES	13 MESES	PROFESIONAL APOYO OFICINA DE CALIDAD	Garantizar el cumplimiento del programa de Habilitacion y seguimiento a la autoevaluación institucional; novedades del REPS, asistencia técnica a los líderes de los procesos, generando informes que sean solicitados por las directivas y entes de control.	Odontologa especialista en Gerencia en Servicios de Salud
JUAN VICENTE SILVA DIAZ	PLANTA	3 AÑOS	3 AÑOS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ATENCION AL USUARIO	Articulador entre la Institucion y los usuarios, ante los tramites y soluciones oportuna de quejas y sugerencias mediante los diferentes medios que la institución ofrezca, en cumplimiento a la Política de Calidad.	Administrador de Empresas especialista en Alta Gerencia
MARY ISABEL RAMIREZ LAGOS	PRESTACION DE SERVICIOS	13 MESES	13 MESES	PROFESIONAL INGENIERA AMBIENTAL	Coordinar el Comité Ambiental de la ESE ISABU y hacer seguimiento a los compromisos generados en el mismo.	Ingeniera Ambiental especialista en Geotecnia Ambiental
ELIZABETH ARENAS GALVIS	PRESTACION DE SERVICIOS	5 AÑOS	6 MESES	PROFESIONAL INGENIERA AMBIENTAL	Realizar visitas de inspección y seguimiento a los centros de salud de la ESE ISABU, levantamiento de actas y formatos de inspección ambiental.	Ingeniera Ambiental
LUZ STELLA REYES PICO	PRESTACION DE SERVICIOS	15 AÑOS	15 AÑOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Apoyar a la Oficina Asesora de Calidad en la documentacion necesaria dentro de los procesos a cargo de la dependencia.	Auxiliar Administrativo
ANGELICA XIOMARA LUQUE MORENO	PRESTACION DE SERVICIOS	9 AÑOS	28 MESES	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Apoyar el Seguimiento a los diferentes planes de mejora generados de auditorías externas (Contraloría, S.S.M; SSD y EPS.) e internas (Control Interno realizadas a procesos de gestión y otras que se realicen al interior de la ESE ISABU).	Técnico en sistemas
ALEXIS CAMACHO CAMACHO	PRESTACION DE SERVICIOS	1 año	1 MES	AUXILIAR SIAU	Apoyar la gestión de respuestas a los PQRS instauradas en los mecanismos establecidos para la recepción de los mismos (Buzones, pagina web; presenciales, correo, teléfono, etc).	Auxiliar Administrativo
YERLY ROCIO CALA DIAZ	PRESTACION DE SERVICIOS	3 AÑOS	6 MESES	AUXILIAR SIAU	Apoyar la gestión de respuestas a los PQRS instauradas en los mecanismos establecidos para la recepción de los mismos (Buzones, pagina web; presenciales, correo, teléfono, etc).	Auxiliar Administrativo
EFRAIN EDUARDO DIAZ	PRESTACION DE SERVICIOS	2 AÑOS	1 MES	AUXILIAR SIAU	Apoyar la gestión de respuestas a los PQRS instauradas en los mecanismos establecidos para la recepción de los mismos (Buzones, pagina web; presenciales, correo, teléfono, etc).	Auxiliar SIAU
JAHIR ANDRES AVILA GELVEZ	PRESTACION DE SERVICIOS	6 AÑOS	1 AÑO	AUDITOR DE MEDICO	Auditoria Concurrente y de Cuentas, apoyo el proceso de conciliaciones de cartera y glosas	Medico especialista en auditoria
BELCY MORENO CASTELLANOS	PLANTA (CARRERA ADMINISTRATIVA)	30 AÑOS	2 AÑOS	ENFERMERA PROFESIONAL	Coordinar y supervisar el programa de promocion y prevencion de e la salud y Liderar el Programa Seguridad del Paciente	Enfermera, Especialista en Direccion Universitaria
DRINI YUCELI GUARIN CACERES	PLANTA PROVISIONAL	5 AÑOS	15 DIAS	ENFERMERA PROFESIONAL	Enfermera Asistencial; profesional de apoyo de auditoria concurrente.	Enfermera Profesional especialista en auditoria
FLORALBA JEREZ BARAJAS	PLANTA (CARRERA ADMINISTRATIVA)	30 AÑOS	1 AÑOS	ENFERMERA PROFESIONAL (encargo)	Enfermera Asistencial; profesional de apoyo programa seguridad del paciente y comité de infecciones.	Enfermera Profesional especialista en auditoria

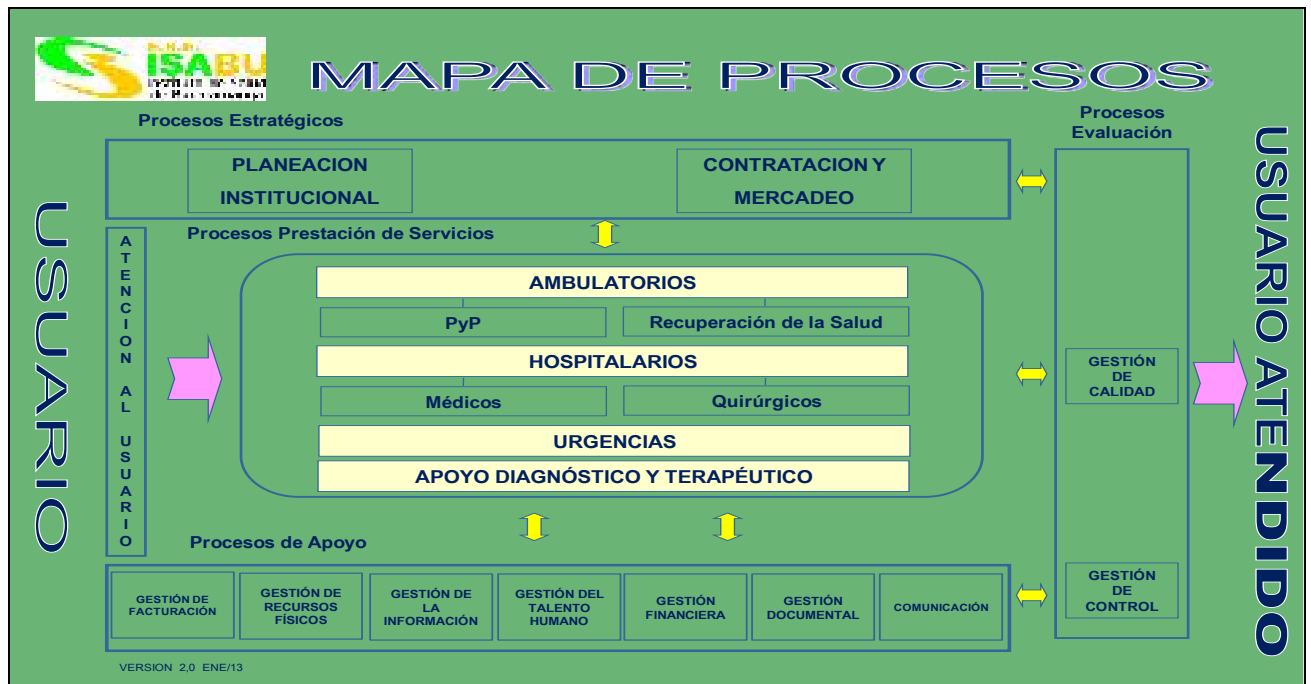
Fuente: Oficina de Talento Humano

2.3.5 SISTEMA DE GESTION POR PROCESOS

2.3.5.1 RESEÑA MAPA DE PROCESOS 2013

En el 2016 se evidencia un Mapa de procesos versión 2013, no se evidencia caracterización de los procesos, y los procedimientos existentes están desactualizados: versión 2.008.

Figura 2. Mapa de Procesos Versión 2013



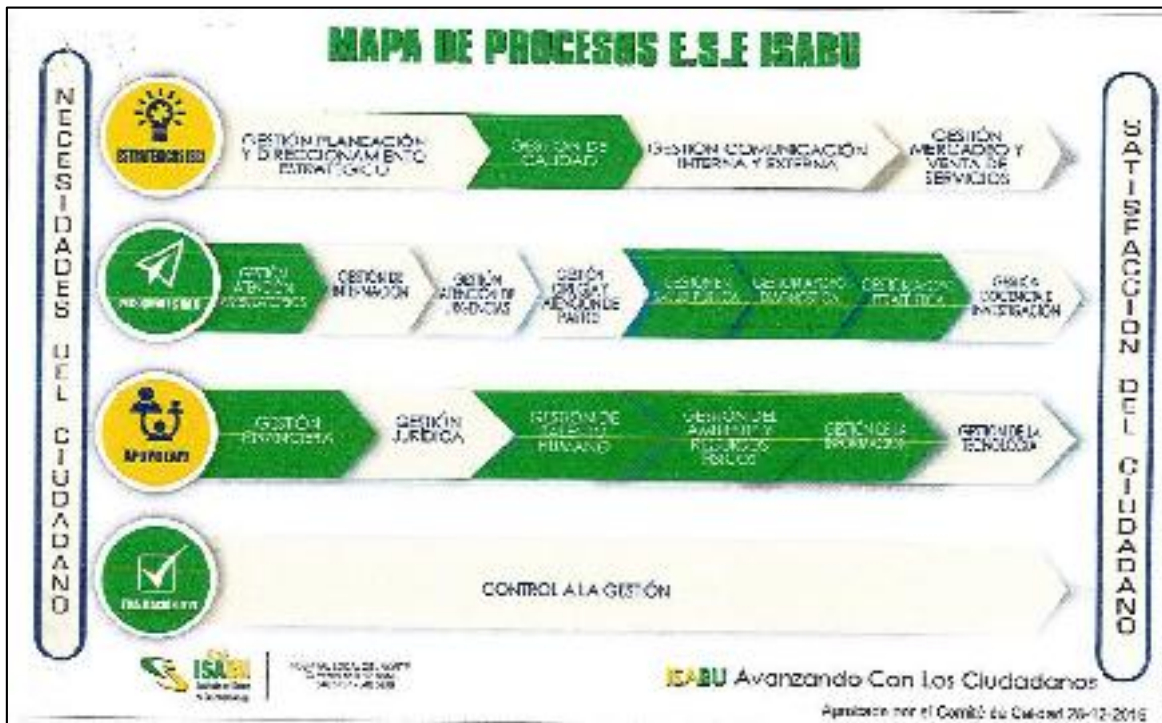
Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Actas procesos

2.3.5.2 RESEÑA MAPA DE PROCESOS 2016

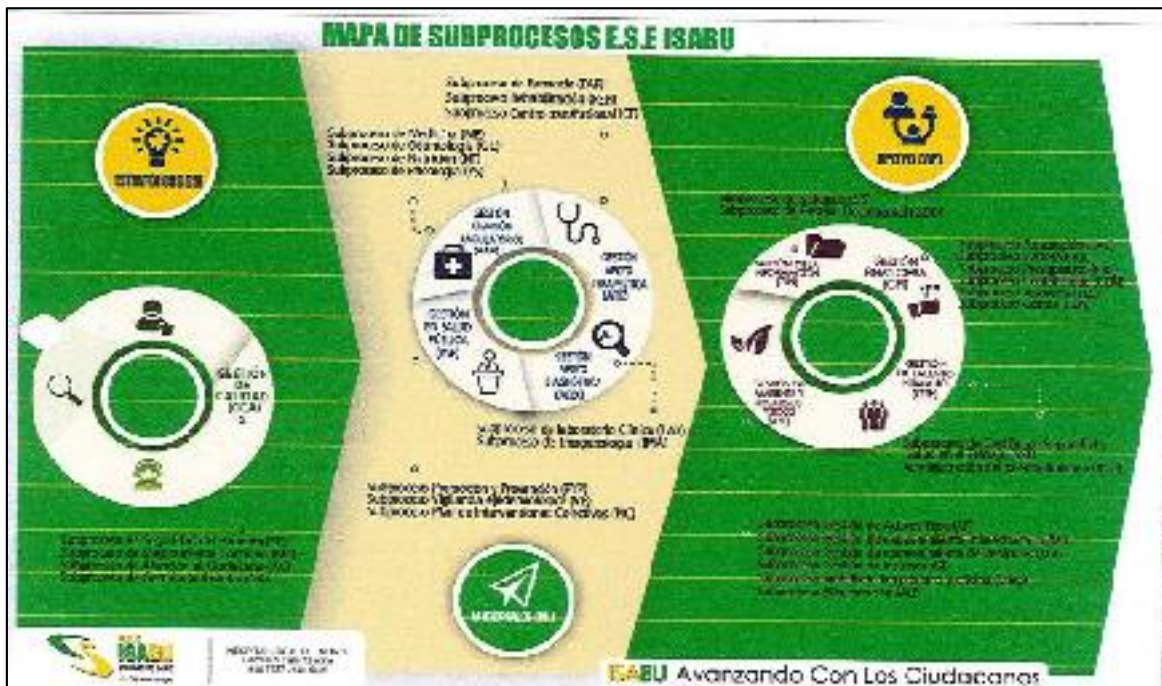
En noviembre del 2016 la Oficina de Planeación lidera la reorganización del Mapa de Procesos alineado con la nueva Plataforma Estratégica de la Institución quedando un Mapa con 4 Macroprocesos, 18 procesos y 32 sub procesos, el cual fue aprobado mediante acta del Comité de Calidad del 28 de diciembre de 2016.

Figura 3. Mapa de Procesos versión 2016



Fuente: Oficina de Calidad

Figura 4. Mapa de Subprocesos 2016



Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Actas procesos

2.3.5.3 RESEÑA MAPA DE PROCESOS 2.017

En el 2017 se realiza una revisión al Mapa de Procesos actual y con el aporte de todos los líderes bajo una estrategia denominada **Si a la CALIDAD**, se redefine el mapa de procesos para hacerlo más amigable e entendible por lo tanto se suprimen los subprocesos. Los cambios más relevantes fueron la transversalización del proceso de Salud Pública siendo este proceso la razón de ser del ISABU, se eliminó el proceso de Gestión de comunicación interna y externa y mercadeo y ventas quedando como procedimientos del proceso de planeación y direccionamiento estratégico.

Siendo los usuarios el pilar fundamental de la administración el proceso de atención al usuario queda también como proceso transversal, y se plasma dos ejes transversales en la prestación del servicio: Humanización y Seguridad del Paciente.

Este Mapa de procesos fue aprobado mediante acta del Comité de Calidad del 4 de julio de 2017.

En el 2017 se inicia la revisión de los procedimientos para su actualización y el levantamiento de la caracterización de los procesos.

Figura 5. Mapa de Procesos 2017



Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Actas procesos

2.3.5.4 RESEÑA MAPA DE PROCESOS 2.018

En el 2018 se continuó trabajando en el levantamiento de procesos, con la entrada en vigencia del decreto 1499 de 2.017 por el Cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), donde el proceso de Talento humano es el eje fundamental se decide revisar y hacer un cambio en el Mapa de Procesos donde Talento Humano sea un proceso estratégico.

Es así como mediante acta del 26 de noviembre de 2018 del Comité CIGD se hace modificación al Mapa de Procesos cuyo cambio es el paso del proceso Gestión de Talento Humano al Macroproceso estratégico, en esta misma acta también se explica cómo se está revisando y actualizando las caracterizaciones y los procedimientos.

En el 2.018 se entrega la primera versión aprobada de la caracterización y procedimientos de la ESE ISABU de acuerdo al mapa de procesos.

Figura 6. Mapa de Procesos 2018



Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Actas procesos

2.3.5.5 RESEÑA MAPA DE PROCESOS 2.019

En el 2019 liderado por la Gerencia y teniendo en cuenta hallazgos de auditorías internas realizadas por la oficina de calidad donde se evidencia la no adherencia a los procesos y procedimientos de la institución se decide desarrollar una metodología para el levantamiento, elaboración, implementación, actualización, modificación, socialización, seguimiento y evaluación de los procesos y procedimientos aplicando el ciclo PHVA en cada una de sus fases.

Esta estrategia incluyó:

- 1.-Realizar revisión del histórico del sistema de Gestión de la Calidad
- 2.-Realizar revisión al mapa de procesos actual de la entidad con sus respectivos procedimientos
- 3.-Realizar el diagnóstico del estado de los procesos, así como los procedimientos, de acuerdo al mapa de procesos de la ESE ISABU
- 4.- Revisar In situ del funcionamiento de todos los procesos, así como los procedimientos de la ESE ISABU
- 5.-Realizar reunión con los líderes de los procesos y jefes de área para la revisión de los procesos, así como los procedimientos actuales de la ESE ISABU, según cronograma
- 6.-Realizar ajuste, mejoramiento, levantamiento y estandarización de la caracterización de los procesos y procedimientos de la institución basados en un enfoque de acreditación
- 7.-Capacitar a los líderes de los procesos y jefes de área en herramientas que les permitan realizar en forma clara, sencilla y eficiente los procesos y procedimientos de la entidad, así como mejorar los que ya se encuentran establecidos.
- 8- Realizar socialización a los líderes de la caracterización y procedimientos levantados
- 9- Documentar el Manual de Procesos y Procedimientos

Esta estrategia generó los siguientes resultados:

1. Actualización del Mapa de procesos en el cual Gestión de Atención al Usuario queda como un proceso estratégico quedando alineado con la Plataforma estratégica del ISABU, este mapa de procesos se aprobó mediante acta de comité CIGD del 20 de junio de 2.019.
2. Creación de subprocesos para dar más claridad en la estructura por procesos
3. Revisión, simplificación y levantamiento de procesos y procedimientos de la ESE ISABU
4. Manual de Procesos y procedimientos M-1400-05, que incluye 4 macroprocesos, 18 procesos, 15 subprocesos, 124 procedimientos

Figura 7. Mapa de Procesos 2019



Fuente: Oficina de Calidad-Manual de Procesos y procedimientos

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Actas de procesos

2.3.5.6 MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS M-1400-05

Este Manual permite fortalecer los mecanismos de sensibilización, que se despliegan y solidifican para brindar fortalecimiento a la cultura del Autocontrol. Los Procesos y Procedimientos, cuentan con la estructura, base conceptual y visión en conjunto, de las actividades misionales y de soporte de la ESE, con el fin de dotar a la misma Entidad, de una herramienta de trabajo que contribuya al cumplimiento eficaz y eficiente de la misión y metas esenciales, contempladas en el Plan de Desarrollo Institucional.

Este Manual es un documento de consulta que establece un método estándar para ejecutar el trabajo por procesos y por dependencias.

TABLA 53 LISTADO DE PROCESOS, SUBPROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO ESTRATÉGICO 2019-2020

MACROPROCESO	PROCESO	SUB-PROCESO	NOMBRE	CODIGO	
ESTRATEGICOS	GESTION PLANEACION Y DIERERCCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FORMULACION, ELABORACION, ACTUALIZACION Y EVALUACION PERIODICA DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	P-1200-01	
			CONSOLIDACION, FORMULACION, DISEÑO, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PLAN DE GESTION DEL GERENTE	P-1200-02	
			FORMULACION, ELABORACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO "PAAC"	P-1200-03	
			ELABORACION BOLETIN INFORMATIVO	P-1200-04	
			CUBRIMIENTO DE EVENTOS	P-1200-05	
			REALIZACION DE PIEZAS GRAFICAS (DISEÑOS Y VIDEOS)	P-1200-06	
			PUBLICACION DE INFORMACION EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES	P-1200-07	
			PROCEDIMIENTO DE REFERENCIACION V.2	P-1200-08	
			PROCEDIMIENTO FORMULACION PROYECTOS	P-1200-09	
	GESTION DE CALIDAD			AUDITORIAS INTERNAS	P-1400-01
				AUDITORIAS EXTERNAS	P-1400-02
				CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	P-1400-03
				SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTINUO	P-1400-04
				CONSOLIDACION, ANALISIS Y REPORTE DE INDICADORES DE CALIDAD	P-1400-05
		SEGURIDAD DEL PACIENTE	P-1400-06		
		GESTION AMBIENTAL			MANEJO DE RESIDUOS ANATOMOPATOLOGICOS
	MEDICIONES MICROBIOLÓGICAS EN CUARTOS DE ALMACENAMIENTO				P-1400-08
	GESTION DE TALENTO HUMANO			SELECCIÓN E INGRESO DE PERSONAL	P-3100-01
				PERMANENCIA DEL TALENTO HUMANO	P-3100-02
				DESVINCULACION DEL TALENTO HUMANO	P-3100-03
				DOCENCIA SERVICIO	P-3100-04
				SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRTABAJO	P-3100-05
	GESTION ATENCION AL USUARIO			APERTURA DE BUZONES	P-3700-01
				ATENCION AL USUARIO PQRSF	P-3700-02
				SATISFACCION DEL USURAI0	P-3700-03
				ASIGNACION DE CITAS	P-3700-04

Fuente: Oficina de Calidad-Manual de Procesos y Procedimientos

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Manual de Procesos y Procedimientos

TABLA 54 LISTADO DE PROCESOS, SUBPROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO MISIONAL 2019-2020

MACROPROCESO	PROCESO	SUB-PROCESO	NOMBRE	CODIGO		
MISIONAL	ATENCION AMBULATORIOS		ATENCION CONSULTA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA	P-2003-01		
			ATENCION CONSULTA PRIORITARIA	P-2003-02		
			ATENCION CONSULTA ENFERMERIA	P-2003-03		
			ATENCION CONSULTA ODONTOLOGIA	P-2003-04		
			ATENCION CONSULTA DE NUTRICION	P-2003-5		
			ATENCION CONSULTA DE PSICOLOGIA	P-2003-06		
	URGENCIAS			CLASIFICACION TRIAGE Y ATENCION INICIAL DE URGENCIAS	P-2004-01	
				ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS	P-2004-02	
				CADENA DE CUSTODIA LEGAL	P-2004-03	
				PARA CUSTODIA DE BIENES DE PACIENTES	P-2004-04	
				DETENCION TEMPRANA DE CARNCER DE MAMA	P-2004-05	
	INTERNACION			INGRESO Y ATENCION EN INTERNACION	P-2005-01	
				EGRESO HOSPITALARIO	P-2005-02	
				SOLICITUD DE DIETAS HOSPITALARIAS	P-2005-03	
	CIRUGIA Y ATENCION DE PARTOS			VIGILANCIA TRABAJO DE PARTO Y ATENCION DEL PARTO	P-2006-01	
				ATENCION AL RECIEN NACIDO	P-2006-02	
				ATENCION INICIAL DE URGENCIAS GINECOOBSTERICAS	P-2006-03	
				ATENCION URGENCIAS QUIRURGICAS	P-2006-04	
				PROGRAMACION PACIENTE QUIRURGICO	P-2006-05	
				ATENCION DEL PACIENTE EN EL PREQUIRURGICO	P-2006-06	
				ATENCION DEL PACIENTE EN EL TRANS-OPERATORIO	P-2006-07	
				ATENCION AL PACIENTE EN EL POS-OPERATORIO INMEDIATO	P-2006-08	
	APOYO TERAPEUTICO			SALAS ERA (URGENCIAS Y PRIORITARIA)	P-2008-01	
				TERAPIAS AMBULATORIAS	P-2008-02	
				TERAPIAS EN INTERNACION	P-2008-03	
		FARMACIA			RECEPCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	P-2008-04
					ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	P-2008-05
					DISPENSACION AMBULATORIA DE MEDICAMENTOS	P-2008-06
					DISPENSACION INTRAHOSPITALARIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	P-2008-07
	APOYO DIAGNOSTICO			ASIGNACION DE CITAS Y ENTREGA DE RESULTADOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	P-2007-01	
				TOMAS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS ORALES	P-2007-02	
				TOMAS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	P-2007-03	
TOMAS DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO				P-2007-04		
ENTREGA RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO				P-2007-05		
RECEPCION Y ALMACENAMIENTO DE INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO CLINICO				P-2007-06		
REMISION ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DEL LABORATORIO CLINICO				P-2007-07		
SALUD PUBLICA	ATENCION PRIMARIA EN SALUD	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	ATENCION PRIMARIA EN SALUD	P-2002-01		
			PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	P-2002-02		
	PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD			CAPTACION DE GESTANTES	P-2002-03	
				GESTION DEL RIESGO	P-2002-04	
				DEMANDA INDUCIDA	P-2002-05	
				RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	P-2002-06	
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA			PROGRAMACION Y SEGUIMIENTO DE ESTIMACIONES	P-2002-07	
				VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	P-2002-08	

Fuente: Oficina de Calidad-Manual de Procesos y Procedimientos

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Manual de Procesos y Procedimientos

TABLA 55 LISTADO DE PROCESOS, SUBPROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO APOYO 2019-2020

MACROPROCESO	PROCESO	SUB-PROCESO	NOMBRE	CODIGO
APOYO	GESTION FINANCIERA	FACTURACION	FACTURACION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	P-3300-01
			FACTURACION SERVICIOS HOSPITALARIOS	P-3300-02
			REVISION Y RADICACION DE CUENTAS	P-3300-03
			TRAMITE Y GESTION DE GLOSAS	P-3300-04
		PRESUPUESTO	ELABORACION EJECUCION PRESUPUESTAL	P-3300-05
			ELABORACION PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES	P-3300-06
			PLANIFICACION Y ELABORACION DE PRESUPUESTO	P-3300-07
		TESORERIA	PAGOS POR TESORERIA	P-3300-08
			RECAUDOS EN EFECTIVO	P-3300-09
			RECAUDO BANCOS	P-3300-10
			IDENTIFICACION Y REPORTE SARLAF	P-3300-11
			REGISTRO DE OBLIGACIONES	P-3300-12
			PRESENTACION DE ESTADOS FINANCIEROS	P-3300-13
			CONCILIACION BANCARIA	P-3300-14
		CONTABILIDAD	PRESENTACION VIRTUAL DE LA DECLARACION DE INGRESOS Y PATRIMONIO	P-3300-15
			PRESENTACION DE EXOGENA	P-3300-16
			RECONOCIMIENTO DE LA PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	P-3300-17
			PRESENTACION DEL CHIP	P-3300-18
			PRESENTACION INFORME 2193 EN EL SHIO	P-3300-19
		COSTOS CARTERA	COSTOS	P-3300-20
	CARTERA		P-3300-21	
	GESTION JURIDICA		CONTRATACION	P-1100-01
			PREJUDICIAL Y JUDICIAL	P-1100-02
			RECONSTRUCCION DE EXPEDIENTES	P-1100-03
	GESTION DE RECURSOS FISICOS	INSUMOS Y SUMINISTROS	ENTRADA SALIDA Y TRASLADO DE ACTIVOS E INSUMOS	P-3200-01
			BAJA DE ACTIVOS	P-3200-02
		APOYO LOGISTICO	TOMA FISICA DE INVENTARIO	P-3200-03
			MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA	P-3200-04
			MANTENIMIENTO PARQUE AUTOMOTOR	P-3200-05
			MANTENIMIENTO CORRECTIVO EQUIPO BIOMEDICO	P-3200-06
			MANTENIMIENTO EQUIPO INDUSTRIAL	P-3200-07
			MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPO BIOMEDICO	P-3200-08
			SEGURIDAD Y VIGILANCIA	P-3200-09
			MANEJO ROPA HOSPITALARIA CENTROS DE SALUD	P-3200-10
	GESTION DE LAS TIC'S		MANEJO Y CONTROL DE ROPA UNIDADES HOSPITALARIAS	P-3200-11
			LICENCIAMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO	P-3900-01
			EVALUACION, SOPORTE Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE HARDWARE	P-3900-02
	GESTION DOCUMENTAL		SOPORTE Y MANTENIMIENTO DE LOS SERVIDORES	P-3900-03
			RECEPCION DE COMUNICACIONES OFICIALES	P-3400-01
			ENVIO DE COMUNICACIONES OFICIALES	P-3400-02
			ACCESO A DOCUMENTOS	P-3400-03
			ACTUALIZACION DE INVENTARIO DOCUMENTAL	P-3400-04
			TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	P-3400-05
			ACTUALIZACION DE TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL TRD	P-3400-06
	ELIMINACION DE DOCUMENTOS	P-3400-07		

Fuente: Oficina de Calidad-Manual de Procesos y Procedimientos

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Manual de Procesos y Procedimientos

TABLA 56 LISTADO DE PROCESOS, SUBPROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO EVALUACIÓN 2019-2020

MACROPROCESO	PROCESO	SUB-PROCESO	NOMBRE	CODIGO
EVALUACION	GESTION DE CONTROL INTERNO		SEGUIMIENTOS A PLANES DE MEJORAMIENTO	P-1300-01
			EVALUACION DE LA GESTION POR PROCESOS	P-1300-02
			AUDITORIAS INTERNAS DE CONTROL INTERNO	P-1300-03
	GESTION CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO		CONTROL DISCIPLINARIO	P-1500-01

Fuente: Oficina de Calidad-Manual de Procesos y Procedimientos

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme calidad/Procesos/Manual de Procesos y Procedimientos

2.3.5.7 EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD 2016-2020

La evolución del Sistema de Gestión por procesos durante la vigencia fue el siguiente:

TABLA 57 COMPARATIVO PROCESOS, SUBPROCESOS, PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO ESTRATÉGICO 2016-2020

MACROPROCESOS	COMPARATIVO DE MACRO PROCESOS / PROCEDIMIENTOS													
	2016		2017			2018			2019			2020		
	PROCESO	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS
ESTRATÉGICOS	Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico	0	Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico	7		Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico	7	1	Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico	9	1	Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico	9	1
	Gestión de Calidad	4	Gestión de Calidad	5		Gestión de Calidad	5		Gestión de Calidad	8	2	Gestión de Calidad	8	2
	Gestión Comunicación Interna y Externa	0							Gestión de Talento Humano	7	1	Gestión de Talento Humano	7	1
	Gestión Mercadeo y Venta de Servicios	0							Gestión Atención al Usuario	4		Gestión Atención al Usuario	4	
TOTAL	4	4		12			12	1		28	4		28	4

Fuente: Oficina de Calidad- Mapa de Procesos ESE ISABU 2016-2020

TABLA 58 COMPARATIVO PROCESOS, SUBPROCESOS, PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO MISIONAL 2016-2020

MACROPROCESOS	COMPARATIVO DE MACRO PROCESOS / PROCEDIMIENTOS													
	2016		2017			2018			2019			2020		
	PROCESO	SUBPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS
MISIONALES	Gestión Atención Ambulatoria	4	Gestión en Salud Pública	6		Gestión en salud pública	6	3	Gestión Atención Ambulatoria	6		Gestión Atención Ambulatoria	6	
	Gestión Internación		Gestión Atención Ambulatoria	10		Gestión Atención Ambulatoria	10		Urgencias	4		Urgencias	4	
	Gestión Cirugía y Atención de partos	3	Gestión Atención en Urgencia	6		Gestión Atención en Urgencia	6		Internación	4		Internación	4	
	Gestión de salud pública		Gestión internación	4		Gestión internación	4		Cirugía y Atención Partos	8		Cirugía y Atención Partos	8	
	Gestión Apoyo Diagnóstico	2	Gestión Cirugía y Atención de partos	9		Gestión Cirugía y Atención de partos	9		Apoyo Terapéutico	7	1	Apoyo Terapéutico	7	1
	Gestión Apoyo Terapéutico	3	Gestión Apoyo Diagnóstico	6		Gestión Apoyo Diagnóstico	6	1	Apoyo Diagnóstico	7	1	Apoyo Diagnóstico	7	1
	Gestión Docencia e Investigación		Gestión Apoyo Terapéutico	3		Gestión Apoyo Terapéutico	3	1	Salud Pública	8	4	Salud Pública	8	4
			Seguridad del Paciente	3		Seguridad del Paciente	3							
TOTAL	7	12		47			47	5		44	6		44	6

Fuente: Oficina de Calidad-Mapa de Procesos ESE ISABU 2016-2020

TABLA 59 COMPARATIVO PROCESOS, SUBPROCESOS, PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO APOYO 2016-2020

MACROPROCESOS	COMPARATIVO DE MACRO PROCESOS / PROCEDIMIENTOS														
	2016		2017			2018			2019			2020			
	PROCESO		PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	
APOYO	Gestión Financiera	6	Gestión Financiera	20		Gestión Financiera	20	4	Gestión Financiera	21	6	Gestión Financiera	21	6	
	Gestión Jurídica		Gestión Jurídica	4		Gestión Jurídica	4		Gestión Jurídica	2		Gestión Jurídica	2		
	Gestión Talento Humano	3	Gestión Talento Humano	10		Gestión Talento Humano	10	1	Gestión de Recursos Físicos	15	2	Gestión de Recursos Físicos	15	2	
	Gestión Ambiente y Recursos Físicos	6	Gestión de Recursos Físicos	9		Gestión de Recursos Físicos	9		Gestión de las Tic's	3		Gestión de las Tic's	3		
	Gestión de la Información	2	Gestión de las Tic's	3		Gestión de las Tic's	3		Gestión Documental	7		Gestión Documental	7		
	Gestión de la Tecnología		Gestión Documental	7		Gestión Documental	7								
			Gestión Ambiental	5		Gestión Ambiental	5								
			Gestión Atención al Ciudadano	2		Gestión Atención al Ciudadano	2								
Total		17		60			60	5		48	8		48	8	

Fuente: Oficina de Calidad-Mapa de Procesos ESE ISABU 2016-2020

TABLA 60 COMPARATIVO PROCESOS, SUBPROCESOS, PROCEDIMIENTOS MACROPROCESO EVALUACIÓN 2016-2020

COMPARATIVO DE MACRO PROCESOS / PROCEDIMIENTOS													
2016		2017			2018			2019			2020		
PROCESO		PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS	PROCESO	PROCEDIMIENTOS	SUBPROCESOS
Control a la Gestión		Evaluación y Control a la Gestión	3		Evaluación y Control a la Gestión	3		Gestión de Control Interno	3		Gestión de Control Interno	3	
								Gestión Control Disciplinario Interno	1		Gestión Control Disciplinario Interno	1	
			3			3			4			4	

Fuente: Oficina de Calidad-Mapa de Procesos ESE ISABU 2016-2020

2.3.5.8 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Durante la vigencia se documentaron, aprobaron y socializaron las siguientes políticas:

TABLA 61 POLÍTICAS INSTITUCIONALES APROBADAS 2017-2020

POLITICA	RESOLUCION	ACTUALIZACION
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	0207 DEL 2.017	
PREVENCIÓN DE INFECCIONES	0207 DEL 2.017	
SEGURIDAD DE LA INFORMACION	0342 DEL 2.017	
REUSO DE DISPOSITIVOS MEDICOS	0209 DEL 2.017	
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO SEXUAL	0290 DEL 2.017	
DISCAPACIDAD	0319 DEL 2.018	
COMUNICACIONES	0280 DEL 2.017	
PROTECCIÓN DE DATOS	0150 DEL 2.017	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	0150 DEL 2.017	0277 DEL 2.019
ATENCIÓN MATERNA E INFANTIL	0200 DEL 2.013	0230 DEL 2.019
GESTIÓN AMBIENTAL	0100 DEL 2.017	0205 DEL 2.019
PREVENCIÓN	0247 DEL 2.017	0205 DEL 2.019
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	0202 DEL 2.018	0230 DEL 2.019
GESTIÓN DE CALIDAD	0279 DEL 2.017	
AMBIENTE FÍSICO		0205 DEL 2.019
EXEQUICIÓN DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS		0205 DEL 2.019
INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	0400 DEL 2.010	
GESTIÓN DE CONEXIONAMIENTO	0100 DEL 2.018	
GESTIÓN DOCUMENTAL	0400 DEL 2.010	
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	0400 DEL 2.010	
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	0100 DEL 2.018	
INTEGRIDAD	0400 DEL 2.010	
ATENCIÓN PRIMARIA	0100 DEL 2.018	
GESTIÓN FINANCIERA Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO	0100 DEL 2.018	
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	0100 DEL 2.018	
DEFENSA JURÍDICA	0400 DEL 2.010	
SEGURIDAD DIGITAL	0400 DEL 2.010	
GOBIERNO DIGITAL	0100 DEL 2.018	
PLAN ACCIÓN INSTITUCIONAL	0100 DEL 2.018	
SERVICIO AL CIUDADANO	0400 DEL 2.010	
PARTICIPACIÓN CIUDADANA	0400 DEL 2.010	

Fuente: Oficina de Calidad

2.3.6 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD

2.3.6.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

2.3.6.1.1 SERVICIOS HABILITADOS ANTE EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES REPS

La ESE ISABU cumpliendo con la normatividad mantiene actualizado los servicios habilitados ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Desde el año 2016 al 2019 las unidades operativas se encontraban administrativamente divididas dos unidades hospitalarias y en 3 zonas: zona 1 (Norte) con 7 centros, zona 2 (Centro oriente) con 6 centros y zona 3 (Sur) con 9 centros; a partir del 14 enero del 2020 se reestructuran las zonas y actualmente se cuenta como zona 1 Noroccidente el cual tiene a cargo 10 centros de salud y la Zona 2 Sur oriente con 12 centros de salud.

En el mes de febrero de 2020 se presentan novedades a la Secretaria de Salud Departamental y el día 9 de marzo de 2020 se actualiza la página del REPS con las siguientes novedades:

- Reactivación de los servicios en los centros de salud que se encontraban en remodelación San Rafael, Girardot, La Joya, Campo Hermoso, Bucaramanga y Libertad.
- Apertura de diez y seis (16) servicios para el centro de salud Kennedy cerrados desde el año 2016
- Apertura para los 22 los centros de salud el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico.
- Apertura por primera vez para el centro de Salud San Rafael el servicio de odontología, atención preventiva en salud bucal y el proceso de esterilización.
- Actualización de servicios en el Centro de Salud Concordia y Cristal Alto

En la tabla a continuación se evidencia el número de servicios habilitados en cada año, por unidades hospitalarias y centros de salud a marzo del año 2020:

TABLA 62 SERVICIOS HABILITADOS ANTE EL REPS UNIDADES HOSPITALARIAS

UNIDAD OPERATIVA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	OBSERVACIONES	NOVEDADES PENDIENTES POR REPORTAR AL REPS AL TERMINAR LA GESTION
HLN	51	51	56	52	48	48	<p>En el 2019 se fortalecieron los servicios de dermatología, obstetricia, pediatría y medicina interna, siendo de las lps del país con más oportunidad en estas especialidades.</p> <p>Es de destacar que en el 2019 con la compra de camas se logró aumentar el número de camas habilitadas de 79 a 89 camas, es decir 10 camas que se aumentaron en el HLN.</p>	Ninguna

UIMIST	30	33	33	28	29	29	La disminución en el número de servicios habilitados se debe al cierre de servicios que estaban habilitados y no se estaban prestando como es el caso de telemedicina, terapias alternativas, es de resaltar que aunque la UIMIST, cuenta con 6 camas obstétricas por errores en la plataforma del REPS no aparecía habilitado el servicio de internación obstétrica situación solucionada en 2019	Ninguna
---------------	----	----	----	----	----	----	--	---------

Fuente: Oficina de Calidad-Registro Especial de Prestadores Repts

TABLA 63 SERVICIOS HABILITADOS ANTE EL REPS CENTROS DE SALUD ZONA NOROCCIDENTE

UNIDAD OPERATIVA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	OBSERVACIONES	NOVEDADES PENDIENTES POR REPORTAR AL REPS AL TERMINAR LA GESTION
IPC	20	19	18	17	17	18	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
CAFÉ MADRID	15	15	14	15	16	17	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
VILLAROSA	16	16	16	15	15	16	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
SAN RAFAEL	15	15	14	12	0	16	Servicios reactivados en el REPS	Ninguna
REGADEROS	15	14	14	12	12	13	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
KENNEDY	16	16	0	0	0	16	Servicios aperturados en el REPS	Ninguna
COLORADOS	18	17	16	15	15	16	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
GIRARDOT	22	21	20	17	0	18	Servicios reactivados en el REPS	Ninguna
GAITAN	16	16	15	15	15	16	Ajuste de cuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
SANTANDER	15	14	13	15	15	16	Ajuste de cuerdo a los servicios ofertados	Ninguna

Fuente: Oficina de Calidad-Registro Especial de Prestadores Repts

TABLA 64 SERVICIOS HABILITADOS ANTE EL REPS CENTROS DE SALUD ZONA NOROCCIDENTE

UNIDAD OPERATIVA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	OBSERVACIONES	NOVEDADES PENDIENTES POR REPORTAR AL REPS AL TERMINAR LA GESTION
ROSARIO	24	23	22	20	21	22	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
MORRORRICO	16	15	15	15	15	16	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
COMUNEROS	15	14	13	15	15	16	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
MUTIS	24	24	22	18	18	19	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
TOLEDO PLATA	22	20	19	17	17	18	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
PABLO VI	16	15	15	15	15	16	Ajuste de acuerdo a los servicios ofertados	Ninguna
CONCORDIA	13	12	11	11	14	16	En el año 2018 se abrió el servicio de odontología y atención preventiva en salud bucal. En el año 202 se actualizan servicios	Ninguna
CRISTAL ALTO	14	13	12	11	13	15	En el año 2019 se abrió el servicio de odontología y atención preventiva en salud bucal y proceso de esterilización. En el año 2020 se actualizan servicios	Ninguna
LIBERTAD	15	14	16	17	0	18	Servicios reactivados en el REPS	Ninguna
BUCARAMANGA	17	16	15	15	0	16	Servicios reactivados en el REPS	Ninguna
CAMPO HERMOSO	18	17	15	15	0	16	Servicios reactivados en el REPS	Ninguna
LA JOYA	19	21	19	15	0	16	Servicios reactivados en el REPS	Ninguna

Fuente: Oficina de Calidad-Registro Especial de Prestadores Repts

NOTA: La fecha de vencimiento de la inscripción es 30 de enero de 2020, este año no se debe renovar inscripción de acuerdo a resolución 3100/2019: **Artículo 26. TRANSITORIEDAD.** Artículo 26.1. “El Ministerio de Protección Social, pondrá a disposición el reps actualizado en un plazo máximo de 12 meses siguientes a la entrada en vigencia del acto administrativo, momento a partir del cual los prestadores que se encuentren en el reps con servicios habilitados contarán con seis meses para actualizar por única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación en la presente resolución. Artículo 26.2 Desde la entrada en vigencia de la presente norma hasta la actualización del reps prevista en el numeral 26.1 del presente artículo, los prestadores de salud no requerirán la autoevaluación que debían presentar por el vencimiento de su inscripción.”

2.3.6.1.2 CUMPLIMIENTO ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

Durante la vigencia 2016-2019, se realizó año a año las Autoevaluaciones de los estándares de habilitación presentando un avance significativo en cada uno de los 7 estándares, las mayores falencias se encontraban en los estándares de Infraestructura y Dotación razón por la cual la Administración Municipal y la Gerencia lograron la remodelación y completa dotación del centro de salud Café Madrid y en la actualidad se encuentran en este proceso los centros de salud Kennedy el cual presentaba cierre desde el años 2016, San Rafael, Girardot, Santander, La Joya, Campo Hermosos y Libertad, además se logró intervenir la totalidad de la infraestructura de las unidades operativas y se cumplió con el cronograma de mantenimiento de la infraestructura.

TABLA 65 CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE TALENTO HUMANO E INFRAESTRUCTURA DE ACUERDO A RESOLUCIÓN 2003/14

ESTANDAR	LOGROS	RECOMENDACIONES
TALENTO HUMANO	<p>Dignificación del empleo con formalización de 238 cargos de planta el cual minimiza el riesgo financiero por demandas y aumenta el compromiso de los trabajadores ante el cumplimiento de estándares de calidad.</p> <p>Se realiza diagnóstico de las necesidades por servicios del talento con el conocimiento requerido y exigido por la normatividad; es así como se gestiona capacitaciones al personal asistencial de planta y solicitud al personal contratista de las capacitaciones que dan cumplimiento al perfil requerido en el servicio.</p>	<p>Continuar con el proyecto de Formalización Laboral.</p> <p>Seguir participando en la programación de Inducción y reinducción tanto a personal que ingresa a la institución como a estudiantes que realizan prácticas.</p>
INFRAESTRUCTURA	<p>Convenios interadministrativos para el Fortalecimiento de la Infraestructura Hospitalaria entre la ESE ISABU y Alcaldía con el cual se logró la construcción del Centro de salud de salud de Café Madrid, remodelación de 7 centros de salud (Kennedy, San Rafael, Girardot, La Joya, Campo Hermoso, Bucaramanga y Libertad).</p> <p>Convenios interadministrativos 227/17, 129/19, 152/19, 22 Centros de salud en perfecto estado para la prestación del servicio</p>	<p>Continuar con los convenios interadministrativos para lograr:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción total UIMIST. 2. Construcción total Rosario 3. Mantenimiento integral de infraestructura física principalmente en el HLN por desgaste, deterioro y perdida en la vida útil de materiales de construcción

Fuente: Oficina de Calidad-Matriz de seguimiento Planes de Mejoramiento

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Habilitación

TABLA 66 CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE DOTACIÓN Y MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS DE ACUERDO A RESOLUCIÓN 2003/14

ESTANDAR	LOGROS	RECOMENDACIONES
<p>DOTACIÓN</p>	<p>Adquisición de mobiliario y equipos biomédicos para a través de Convenios interadministrativos 299/17, 268/18 y 230/19 entre la ESE ISABU y Alcaldía remodelados a través del convenio interadministrativo centros de salud remodelados con condiciones técnicas de calidad.</p> <p>Exigencia en la contratación de empresa para el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos de contar con herramienta tecnológica que permita contar con información a tiempo de las hojas de vida de los equipos, cronogramas de mantenimiento y soporte de los mismos.</p>	<p>Continuar con la adquisición de mobiliario a medida que avanza la remodelación de centros de salud y unidades hospitalarias.</p> <p>Seguir exigiendo que dentro de la contratación de la empresa que realice los mantenimientos de los equipos biomédicos tengan herramienta tecnológica de información</p>
<p>MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS</p>	<p>Contratación con COHOSAN para la administración del servicio farmacéutico en la ESE.</p> <p>Se encuentra implementado el Programa de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivo vigilancia</p>	<p>Reforzar los programas de seguimiento al uso de racional de medicamentos y antibióticos.</p> <p>Continuar con la búsqueda activa de farmacovigilancia y Tecnovigilancia.</p> <p>Solicitar a través de convenio docente asistencial el apoyo de las universidades con un profesional en Infectología</p>

Fuente: Oficina de Calidad-Matriz de seguimiento Planes de Mejoramiento

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/ Habilitación

TABLA 67 CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS, HISTORIAS CLÍNICAS E INTERDEPENDENCIAS DE SERVICIOS

ESTANDAR	LOGROS	RECOMENDACIONES
PROCESOS PRIORITARIOS	<p>elaboración superiores a 5 años. superiores a 5 años.</p> <p>Conformación del Equipo Adoptador de Guías de Práctica clínica en el año 2019 con la adopción siguiendo la metodología del Ministerio y del IETS con el avance de tres(3) guías de primera causa epidemiológica de consulta Infección de vías urinarias en población gestante, pediátrica y adulta.</p> <p>Cumplimiento al Programa de Seguridad del paciente con la realización en los años 2018 y 2019 de la semana de seguridad del paciente reforzando temas transversales como lavado de manos, 10 correctos en la aplicación de medicamentos.</p>	<p>Continuar con la actualización de documentos, procedimientos asistenciales y administrativos que cumplan con el ciclo de obsolescencia.</p> <p>Continuar aplicando la metodología AGREE II para la adopción de GPC de las primeras causas de diagnóstico por perfil epidemiológico.</p> <p>Solicitar a través de convenio docente asistencial el apoyo de las universidades con estudiantes en Ingeniería Industrial para la actualización de procedimientos y documentación .</p>
HISTORIAS CLINICAS	<p>En el 2.018 culminó la implementación del software de historias clínicas CNT-PACIENTES, en diciembre de 2.017 todos los centros de salud y unidades hospitalarias contaban con historias clínicas sistematizadas.</p> <p>En julio de 2.018 inició la migración de la historia clínica al software PANACEA, en los centros de salud Girardot, Rosario y Mutis y consulta externa de unidades hospitalarias finalizando en diciembre de 2.019. En enero de 2.019 inició la implementación de los módulos financieros, y en diciembre se implementó en los servicios hospitalarios urgencias y hospitalización en HLN y UIMIST, dando cumplimiento al 100% de implementación</p>	<p>Continuar con el desarrollo de los módulos de panacea como calidad, auditoría, eventos adversos, indicadores .</p>
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	<p>Se realiza la certificación por parte del CRUE de las tres ambulancias de la ESE ISABU.</p> <p>Se cuenta con los contratos para la administración del Servicio de Farmacia, Servicios de apoyo hospitalario (lavandería, alimentación, vigilancia, mantenimientos de infraestructura, hardware)</p>	<p>Continuar con el trato a terceros para dar cumplimiento al estándar</p>

Fuente: Oficina de Calidad-Matriz de seguimiento Planes de Mejoramiento

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme Calidad/Habilitación

Además de la remodelación de los 22 centros de salud, un logro destacado fue la inversión en dotación a través de convenio interadministrativos con la Alcaldía, en el siguiente cuadro se evidencia la renovación del mobiliario durante esta vigencia.

TABLA 68 FORTALECIMIENTO DEL ESTÁNDAR DE DOTACIÓN

MOBILIARIO	2016	2017	2018	2019	2020
ARCHIVADORES	0	0	46	4	15
BUTACO ALTO	0	0	0	0	7
CAMILLAS	104	3	0	31	0
CAMILLAS GINECOLOGICA	4	0	0	1	7
CARRO CURACIONES	10	0	0	0	0
CARROS DE PARO	0	0	0	10	0
DIVÁN	0	0	0	6	47
ESCALERILLAS	20	0	171	1	58
ESCRITORIOS	69	0	120	3	47
ESCRITORIOS CON ARCHIVADOR	0	0	0	0	28
ESTANTES	38	0	100	11	0
MESAS	49	45	162	34	48
MUEBLE PARA TOMA DE MUESTRAS	7	0	0	0	0
SILLA TOMA DE MUESTRAS	0	0	15	0	0
POLTRONAS	0	0	94	0	0
SOFA TRES PUESTOS	0	0	53	0	3
SILLAS	243	16	467	29	264
TANDEM DE ESPERA	0	0	225	0	103
SILLA DE RUEDAS	2	0	0	48	0
TABLA DE INMOVILIZACION	0	0	30	0	0
VITRINA	1	0	18	1	15
CARTELERAS	0	0	0	14	0
CARRO PESA BEBE	0	0	0	0	20
TOTAL	547	64	1501	193	662

Fuente: Convenios Interadministrativos 299/17, 268/18, 230/19

Uno de los grandes aportes durante esta vigencia para cumplir estándares de habilitación y mejorar la seguridad del paciente fue la renovación de todas las camas y cunas, con esta adquisición se aumentó en 10 camas la capacidad instalada registrada en el Reps.

Actualmente en el HLN contamos con 63 camas habilitadas y en la UIMIST 26.

TABLA 69 ADQUISICIÓN DE CAMAS Y CUNAS POR VIGENCIA

AÑO	CAMAS	CUNAS
2016	5	6
2017	15	2
2019	75	15
TOTAL	95	23

Fuente: Convenios Interadministrativos 299/17, 268/18, 230/19

Con la renovación de camas y cunas se disminuyó en un 100% las caídas en el servicio de hospitalización.

TABLA 70 AUMENTO DE CAPACIDAD INSTALADA CAMAS

CAMAS REGISTRADAS ANTE EL REPS	2016	2017	2018	2019	2020
	80	79	79	89	89

Fuente: Oficina de Calidad-Registro especial de prestadores Reps

La distribución por unidad hospitalaria quedó de la siguiente manera:

- HLN contamos con 63 camas habilitadas
- UIMIST 26 camas habilitadas

2.3.6.2 AUDITORÍAS EXTERNAS E INTERNAS

Durante la vigencia se manejaron los dos tipos de auditoría, auditoría externa realizada por los entes territoriales y EPS, y auditorías Internas realizadas por la oficina de calidad con enfoque en cumplimiento de condiciones de habilitación, seguridad del paciente, gestión ambiental y auditoría médica.

2.3.6.2.1 AUDITORÍA INTERNA

Mediante resolución 0190 del 2017 se crea el Estatuto de Auditoría Interna donde se define objetivo, alcance y responsabilidades de la auditoría donde se especifica que todos los

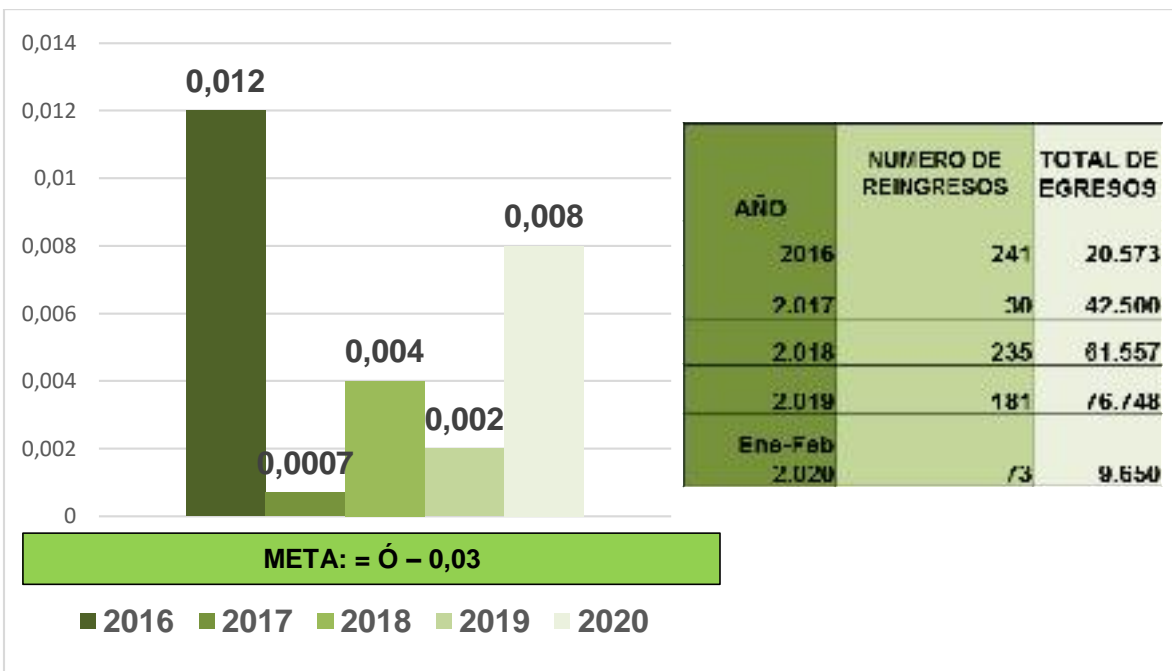
planes de mejoramiento resultado de las Auditorías internas serán entregados a la oficina de Calidad para su respectivo seguimiento.

Los tipos de auditorías internas realizadas son los siguientes:

1. Auditoría Médica
2. Auditoría de cumplimiento estándares de habilitación
3. Rondas de seguridad del paciente
4. Auditoría Proceso ambiental
5. Auditoría Procesos misionales

A través de la Auditoría médica se realizó medición y seguimiento a los siguientes Indicadores cuyo resultado vemos a continuación:

GRÁFICO 3 REINGRESOS AL SERVICIO DE URGENCIAS ANTES DE LAS 72 HORAS POR LA MISMA CAUSA

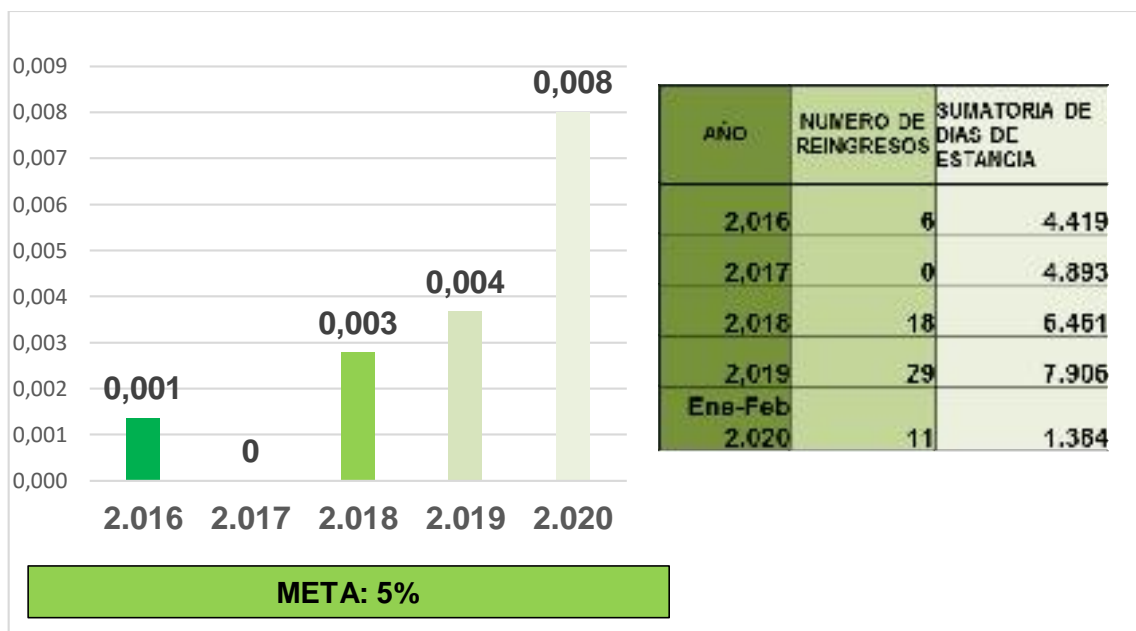


Fuente: Oficina De Calidad-Plataforma SIHO

Siendo el principal motivo de reingreso el paciente HIPERFRECIENTADOR que acude para manejo de medicamentos oral y / o vía venosa. Se tiene pendiente revisar este programa con las EPS para manejo por Medico Familiar.

El Resultado del Indicador de reingresos al servicio de urgencias es optimo lo que permite observar resolutiveidad y pertinencia médica.

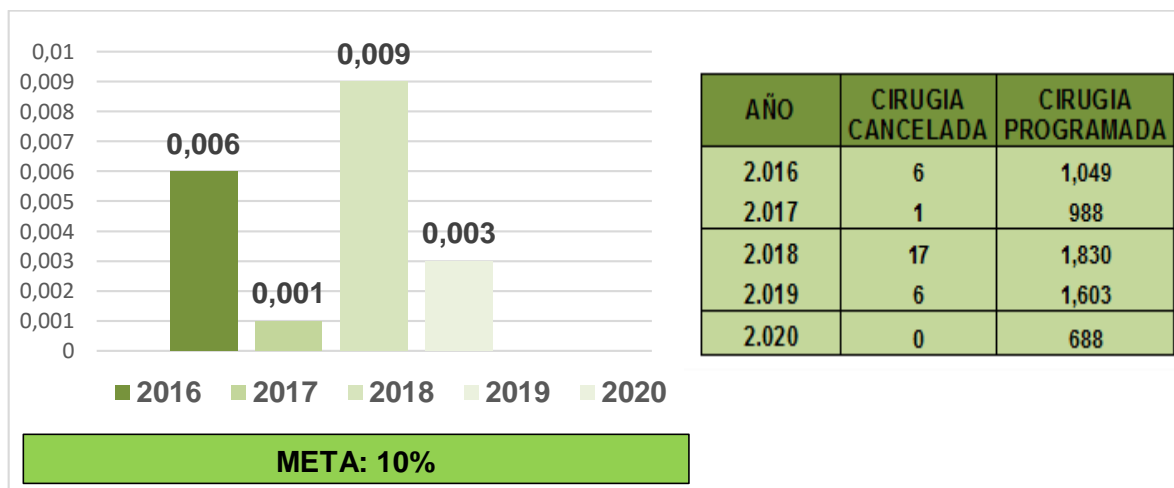
GRÁFICO 4 REINGRESOS AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ANTES DE LOS 15 DÍAS POR EL MISMO DIAGNÓSTICO



Fuente: Oficina de Calidad-Plataforma SIHO

Siendo la principal causa de Reingreso en el servicio de hospitalización la comorbilidad asociada del paciente, sin manejo integral por parte del asegurador.

GRÁFICO 5 CIRUGÍA CANCELADA POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCIÓN



Fuente: Oficina de Calidad-Plataforma SIHO

El Indicador de cirugía cancelada por causas atribuibles a la institución presenta un comportamiento óptimo, en el 2018 se presentó un aumento en la cancelación por daño en el aire acondicionado y fallas en la red eléctrica.

2.3.6.2.2 AUDITORÍA PARA MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA 2017-2020

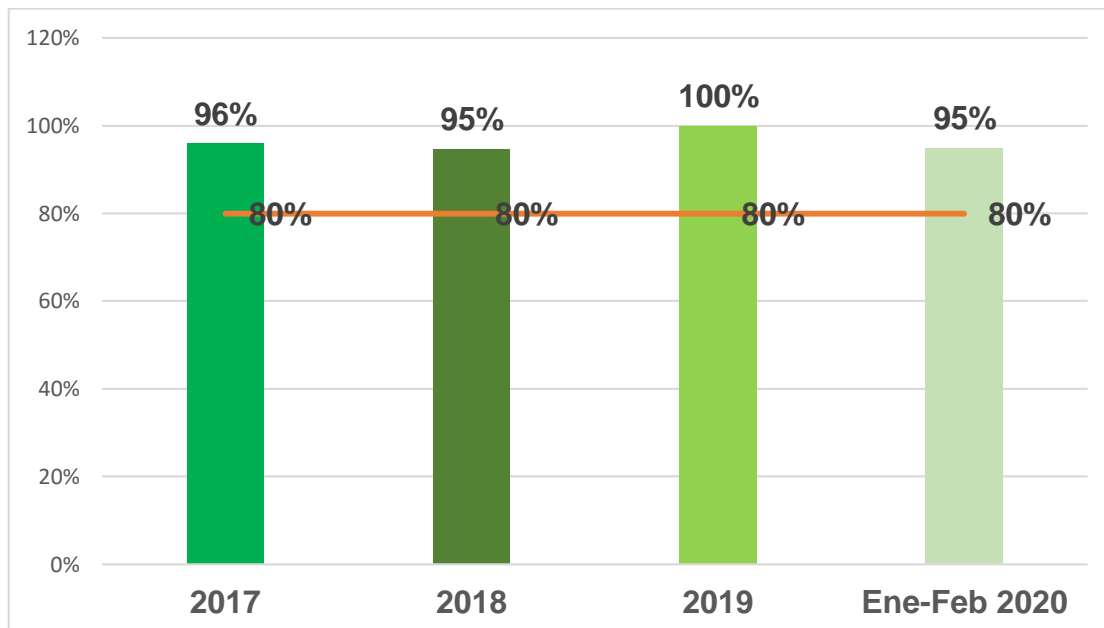
A partir del 2017 se inició medición de Adherencia a guías de práctica clínica, en el 2016 no se evidencia soporte de esta medición teniendo en cuenta que en este período en el mes de julio fue el cambio de administración.

La medición de adherencia fue realizada al programa de riesgo cardiovascular y crecimiento y desarrollo, la enfermedad cardiovascular es una de nuestras primeras causas de consulta, así mismo se da cumplimiento a la Resolución 408 de 2018, siendo la adherencia a la guía de riesgo cardiovascular y a la guía de crecimiento y desarrollo un indicador de evaluación gerencial que tiene como meta:

Adherencia a Guía de crecimiento y desarrollo: 80%

Adherencia a Guía de Riesgo Cardiovascular: 90%

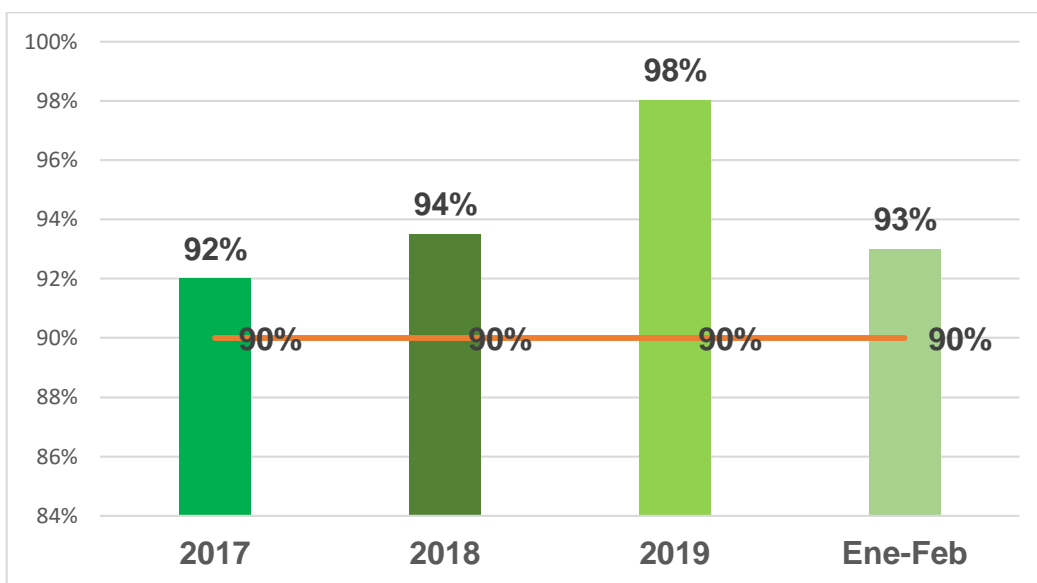
GRÁFICO 6 MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



Fuente: Informes de Auditoría de adherencia a Guías de Práctica clínica-Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme Calidad/Auditoria

GRÁFICO 7 MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍA DE RIESGO CARDIOVASCULAR



Fuente: Informes de Auditoría de adherencia a Guías de Práctica clínica-Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme Calidad/Auditorias

TABLA 71 RESULTADO GLOBAL AUDITORÍAS INTERNAS 2017-2020

RESULTADO GLOBAL AUDITORIAS INTERNAS 2.017-2.019									
ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PLAN DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PLAN DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	PLAN DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	2.017			2.018			2.019		
INFRAESTRUCTURA	Arreglo de infraestructura en todos los centros de salud de acuerdo a resolución 2003 de 2.014	A través de Pamec	50%	Continuar con el ajuste de infraestructura de los Centros de Salud y unidades hospitalarias de acuerdo a resolución 2003 de 2.014	A través de Pamec	65%	Continuar con el ajuste de infraestructura de los Centros de Salud y unidades hospitalarias de acuerdo a resolución 2003 de 2.014	A través de Pamec	80%
DOTACION	Cambio de mobiliario de madera en centros de salud y unidades hospitalarias Adquisición de tallímetros e infantómetros	A través de Pamec	50%	Continuar con el cambio de mobiliario en los Centros de salud restantes	A través de Pamec	65%	Continuar con el cambio de mobiliario en los Centros de salud restantes	A través de Pamec	75%
TALENTO HUMANO	Ninguna		100%	Ninguna		100%	Ninguna		100%
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	Calibración de equipos	A través de Pamec	70%	Continuar con la calibración de equipos de acuerdo normatividad vigente	A través de Pamec	80%		A través de Pamec	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Despliegue de las estrategias de seguridad del paciente en los centros de salud	A través de Pamec	65%	Medición de adherencia estrategia higienización de manos	A través de Pamec	75%	Continuar estrategia de lavado de manos	A través de Pamec	85%
GESTION AMBIENTAL	Capacitar al personal en segregación de residuos Arreglo de cuartos de residuos de acuerdo a resolución 1164 de 2002	A través de Pamec	65%	Continuar con los arreglos de infraestructura de los cuartos de residuos de acuerdo a resolución 1164 de 2002	A través de Pamec	75%	Continuar con los arreglos de infraestructura de los cuartos de residuos de acuerdo a resolución 1164 de 2002	A través de Pamec	80%

Fuente: Oficina de Calidad ESE ISABU

En la vigencia se realizó proceso de Auditoría Interna a cargo de la oficina de Calidad, a través de un Cronograma de Auditoría interna se realizan auditorías internas de: cumplimiento de estándares de habilitación, rondas de seguridad del paciente, gestión ambiental en los 22 centros de salud y las dos unidades hospitalarias. Los resultados de las Auditorías internas se retroalimentan al Director de zona, se presentan en Comité CIGD, para tomar decisiones inmediatas a los hallazgos relevantes y adicionalmente las oportunidades de mejoramiento se tienen en cuenta para el PAMEC.

A febrero de 2020 se encuentra en fase de planeación las Auditorías Internas 2020

2.3.6.2.3 AUDITORÍAS EXTERNAS

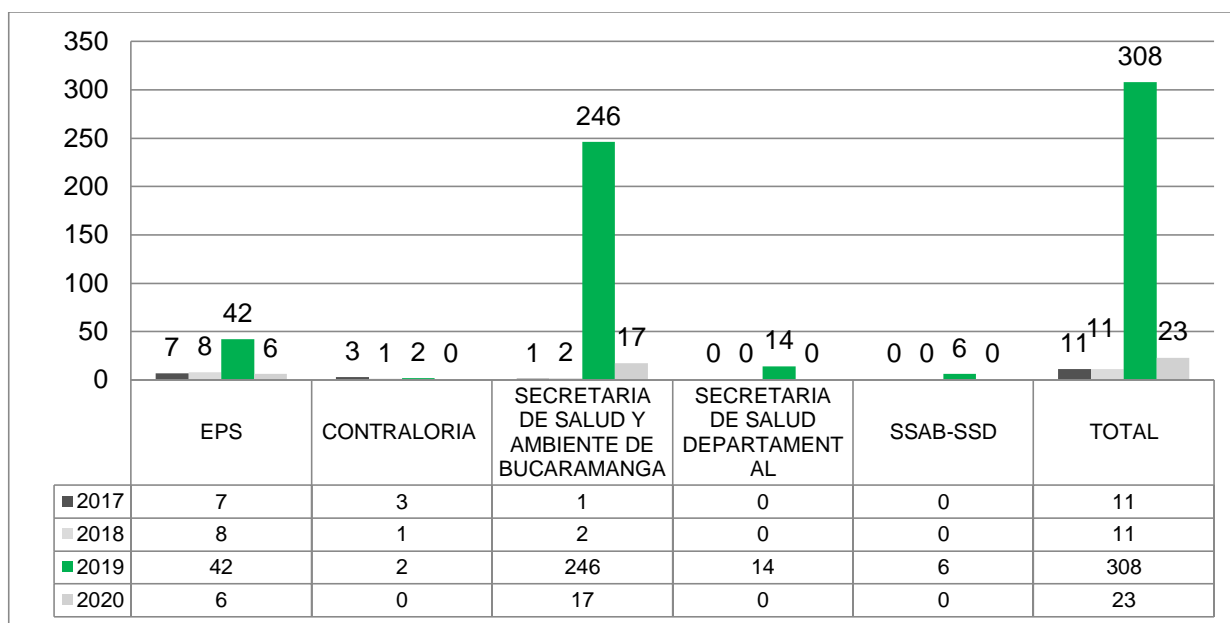
La ESE ISABU es sujeto de auditoría externa por parte de los entes territoriales, EPS con las que se tiene contrato, Contraloría Municipal entre otras.

En el 2016 no se evidenció resultado de auditorías ni seguimiento a los planes de mejoramiento derivado de las mismas, en el 2017 a raíz del bombardeo de todos los entes para la atención de auditorías se decide centralizar todo tipo de auditoría incluyendo contraloría municipal en la oficina de Calidad la cual es la encargada de realizar el respectivo seguimiento.

Es así como en el 2017 se documenta el Procedimiento de Auditoría Externa donde se dan las directrices para la atención de este tipo de auditorías.

A través de la Oficina de Calidad se inició un control y seguimiento a las auditorías externas y a los planes de mejoramiento derivados de estas.

GRÁFICO 8 SEGUIMIENTO A AUDITORÍAS EXTERNAS 2017-2020



Fuente: Oficina de Calidad-Matriz de Seguimiento Auditorías Externas 2017-2020

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Auditorias

Como se puede evidenciar en la gráfica en los años 2017 y 2018 el número de auditorías es bajo comparado con el año 2019, esto debido a que en este periodo las asistencias técnicas realizadas por la Secretaría de Salud Municipal y departamental no se les hacía seguimiento pues se le daba prioridad a auditorías de la Contraloría municipal y EPS, por esto a partir del 2019 se reorganizó el proceso y articulados con la secretaria de salud municipal se elabora un cronograma de visitas lo que ha permitido un adecuado control y seguimiento.

Hasta el mes de marzo del 2020 se ha recibido 6 auditorías de externas de EPS así:

MEDIMAS: Una (1) Auditoria a Accesibilidad y Oportunidad como resultado no se generó plan de mejora

ASMET SALUD: Dos (2) Auditorias, una de seguimiento a auditoria del año 2019 el cual no ha entregado el plan de mejora y Verificación de entrega de medicamentos capitados a sus afiliados visita programada

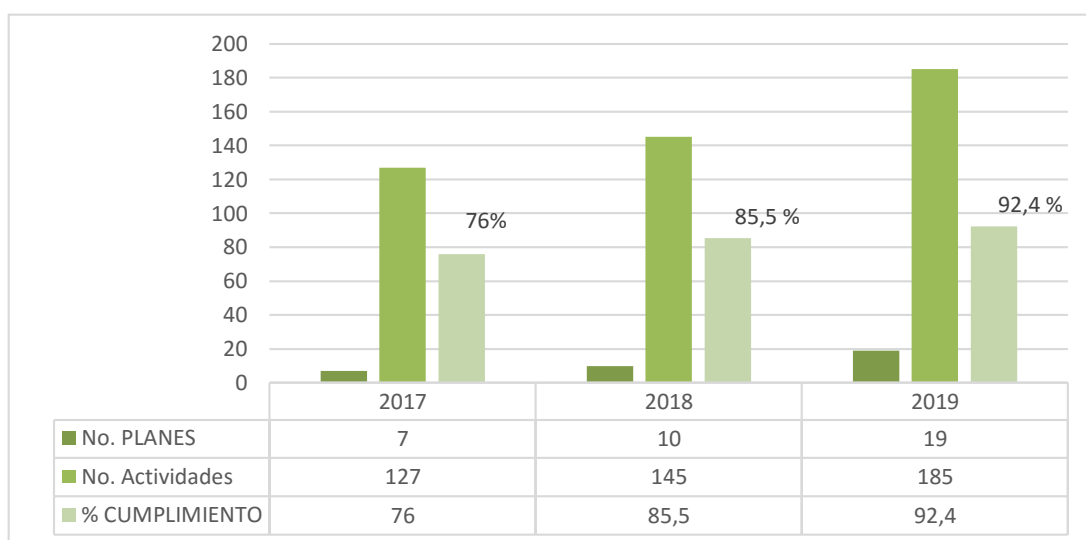
COOSALUD: Tres (3) Auditorías a programas, Auditoría Precontractual y Auditoría de Modelo de Red.

La Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga inició programación de visitas en el mes de marzo por programas así:

Programa Ampliado de Inmunización (PAI): Tiene programado 14 Asistencias Técnicas en diferentes centros de salud

Programa de Salud Infantil: Tiene programado 2 visitas a Sala Era, 1 visita por estrategia IAMII y verificación de historias clínicas de 5 centros de salud.

GRÁFICO 9 SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE AUDITORÍAS EXTERNAS



Fuente: Oficina de Calidad- Matriz de Seguimiento Auditorías Externas2.017-2.019

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Auditorías

Producto de las auditorías recibidas, aunque se realizaban planes de mejoramiento para subsanar los hallazgos encontrados se observaba que una misma acción se repetía en varias auditorías, es por esto que para el año 2019 se generaron planes de mejoramiento transversales que verdaderamente impacten en el mejoramiento continuo de la institución.

Se puede observar en el 2019, que aunque el volumen de visitas y auditorías fue mayor a años anteriores las actividades planteadas en planes de mejoramiento confluyen en una misma actividad a la cual se realiza su respectivo seguimiento para dar cierre a los planes de mejoramiento planteados. Resultado de las auditorías recibidas durante la vigencia se generaron unos planes de mejoramiento los cuales en el 2017 el porcentaje del cumplimiento fue del **76%** y en el 2019 del **92,4%**, lo que demuestra el mejoramiento continuo de nuestra Institución.

A 29 de febrero de 2020 no se han suscrito planes de mejoramiento.

2.3.6.2.3.1 PLAN DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD

En el 2017 se recibió una auditoría por parte de la Supersalud enfocada en modelo de prestación de servicios específicamente en pacientes con diagnóstico de cáncer, por ser el ISABU una entidad de primer nivel la auditoría se centró en gestión del riesgo, el informe llegó hasta el 8 de marzo de 2019, es decir dos años después, fecha en la que se elaboró el Plan de mejoramiento para 3 hallazgos puntuales:

1. La ESE ISABU no cuenta en su plataforma estratégica con la definición del componente de gestión del riesgo
2. La ESE ISABU no cuenta con la totalidad de mecanismos definidos para la prestación de servicios para el control del cáncer
3. La ESE ISABU no cuenta con un proceso para la gestión del riesgo en salud de la población con diagnóstico presuntivo de cáncer de cuello uterino.

El Plan de mejoramiento fue enviado el día 27 de marzo dentro del plazo establecido por la Supersalud, donde se planteaban actividades respecto a despliegue de la política de riesgo y documentación de las rutas de cáncer. El día 17 de mayo de 2019 informan mediante oficio que no aprueban plan de mejoramiento porque: *“es necesario revisar la articulación de los mecanismos de evaluación y seguimiento de las acciones planteadas, así como de la revisión de los indicadores y metas planteadas.”* Es así como se solicita asesoría directamente a la Supersalud para replantear el Plan de mejoramiento y el día 18 de julio de 2019 es enviado nuevamente.

Las acciones de mejoramiento planteadas fueron las siguientes:

1. Actualizar la Política de Gestión del Riesgo
2. Desarrollar Herramienta para gestionar el riesgo
3. Revisar e implementar ruta de cáncer
4. Elaborar política de Salud pública
5. Evaluar el procedimiento de gestión del riesgo

El día 09 de agosto de 2019 mediante oficio la Supersalud notifica que aprueba el plan de mejoramiento, las actividades planteadas se dividen en tres entregas de la siguiente manera:

Primera Entrega: Noviembre 12 de 2019

Segunda Entrega: Marzo 12 de 2020

Tercera Entrega: Julio 12 de 2020

TABLA 72 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD

PROCESO INVOLUCRADO	PLAN	ACCIONES FORMULADAS	HALLAZGOS	NUMERO DE ENTREGAS	FECHA DE ENTREGA DE SOPORTES	ENVIOS CUMPLIDOS	PORCENTAJE DE AVANCE
SALUD PUBLICA	1	16	2	3	12/03/2020	2	66%
GESTION DE CALIDAD		10	1	3	12/03/2020	2	66%
TOTAL	1	26	3	3	12/03/2020	2	66%

Fuente: Plan de mejoramiento Supersalud

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme calidad/Auditorias

Este plan está dividido en dos actividades enmarcadas dentro del ciclo PHVA, Socialización de la política de gestión del riesgo a cargo de la oficina de calidad y medición de indicadores de riesgo en Salud Pública.

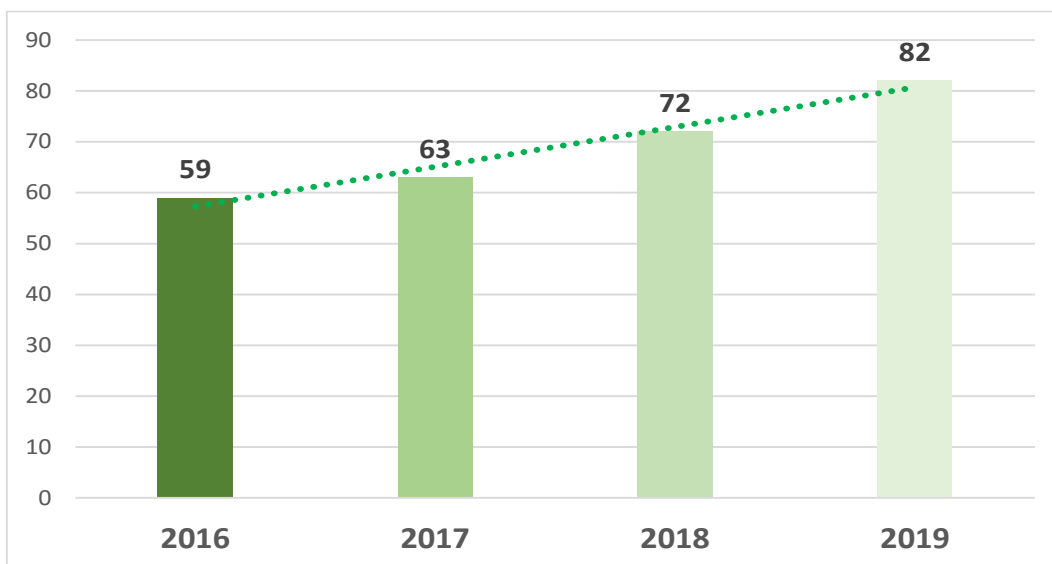
2.3.6.2.3.2 AUDITORÍA INTEGRAL SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Siendo la ESE ISABU una institución del orden municipal es sujeto de inspección, vigilancia y control por parte de la secretaría de salud Municipal de Bucaramanga, la cual realiza anualmente una auditoría integral evaluando los siguientes componentes:

- Satisfacción del usuario
- Discapacidad
- Farmacia
- Oportunidad
- Mejoramiento continuo
- Urgencias
- Promoción y prevención
- Salud mental
- Estados financieros
- Saneamiento Ambiental

Durante el cuatrienio se puede evidenciar el mejoramiento continuo teniendo en cuenta el resultado de las auditorías anuales como lo podemos observar en la siguiente gráfica:

GRÁFICO 10 RESULTADO AUDITORÍA INTEGRAL SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL 2016-2019



Fuente: Actas de Auditorías Secretaría de Salud Municipal 2017-2019

Durante toda la vigencia se generaron desacuerdos sobre los hallazgos planteados por la Secretaría de Salud Municipal debido a que el instrumento de evaluación aplicado en la IPS es el mismo con el que se evalúa a las EPS, generando una serie de hallazgos los cuales son responsabilidad de las EPS.

En el 2018 no se llegó a un acuerdo para el plan de mejoramiento debido a que la Auditoría se realizó en la primera semana de junio de 2018 y el informe de cierre llegó en el mes de septiembre, incumpliendo con el Manual de Auditoría de la Secretaría de Salud municipal en cuanto al cierre de la auditoría, además que muchos de los hallazgos realizados en junio, en septiembre que se generó el informe ya estaban subsanados.

En el 2019 se presentó una situación parecida, con algunas observaciones adicionales:

1. Auditoría realizada según cronograma de la secretaría de salud municipal 6 y 7 de junio.
2. Se presenta por oficio radicado el 28 de agosto de 2019, resultado de 78 puntos sobre 100, no se hace reunión de cierre por parte de la Secretaría de Salud Municipal, incumpliendo su Manual de Auditoría.
3. Se objetaron hallazgos y el 2 de septiembre mediante oficio se radica nuevo resultado: 82 puntos sobre 100, sin embargo no fueron tenidos en cuenta argumentos válidos para levantamiento de hallazgos por lo que se decide apelar en segunda instancia.
4. En Octubre la Secretaria de salud responde que ratifica los hallazgos y se debe hacer plan de mejoramiento, la ESE ISABU no acepta los hallazgos, se envía plan de mejoramiento solo de los hallazgos aceptados a lo cual la Secretaría de Salud responde que no aprueba.

5. El plan de mejoramiento de la auditoría integral 2019 no se concertó y no se aprobó por las partes interesadas.

Los hallazgos no aceptados por la ESE ISABU fueron los siguientes:

1. Los pacientes deben traer la cava para la entrega de cadena de frio, se revisa y en el momento la farmacia solo cuenta con tres cavas de diferentes tamaños.

Respuesta ESE ISABU: No hay norma que obligue a dotar de cavas a los usuarios. La ESE ISABU garantiza la cadena de frio suministrándole la cava en calidad de préstamo al usuario para la entrega del medicamento, cuando vuelve para la segunda entrega de medicamento el usuario debe traer su cava; esto es educación para el usuario volviéndolos corresponsables con su tratamiento.

Se indagó con Farmasan y Cruz verde que dispensan medicamentos de otras eps y ninguna suministra las cavas a los usuarios, porque la exigencia a ISABU.

2. Se debe bajar el servicio de odontología del Centro de salud Colorados al primer piso.

Respuesta ESE ISABU: Este centro de Salud fue intervenido en el 2015 por lo que hasta el 2.020 se le puede realizar intervenciones de infraestructura igualmente no hay viabilidad técnica para instalación de ascensor.

3. Se debe construir rampas de acceso, baños de discapacitados en UIMIST, en Rosario se debe construir rampas de acceso y bajar farmacia y odontología al primer piso.

Respuesta ESE ISABU: El Centro de salud Rosario y UIMIST, están inscritos en plan bienal y serán demolidos en seis meses, no es ético, legal ni responsable realizar adecuaciones a estas sedes, esto es considerado daño fiscal.

4. La ESE ISABU maneja agendas cerradas.

Respuesta ESE ISABU: Falso, tenemos agendamiento web, los usuarios pueden agendar una cita las 24 horas del día, el auditor de este componente no asistió a los centros de salud, no entendemos de donde generó o basado en que evidencia generó el hallazgo.

5. Señalización braille de UIMIST y Rosario.

Respuesta ESE ISABU: No es posible porque entra en obra en seis meses y esa señalética se perdería puesto que los planos cambian por completo.

6. El Servicio de Urgencias del Hospital local del norte no cuenta con cuartos de aislamiento.

Respuesta ESE ISABU: El HLN no se le puede hacer modificación de infraestructura pues se le debe hacer primero reforzamiento estructural, esto se va a solucionar con la

construcción de la UIMIST pues los pacientes que requieren aislamiento pueden ser atendidos en esta sede.

7. La ESE ISABU no está garantizando la integralidad en la atención en los programas de control prenatal, riesgo cardiovascular, CA de cérvix, CA de mama, CA de próstata.

Respuesta ESE ISABU: Esto no depende del ISABU, depende de la voluntad de las EPS de querer contratar con nosotros. Las EPS fraccionan la atención de los usuarios por ejemplo autorizan el control prenatal de las maternas Con ISABU, pero los exámenes de laboratorio lo contratan con otra IPS.

8. Los pacientes de urgencias que requieran remisión a otra institución de mayor complejidad, deben ser remitidos rápidamente.

Respuesta ESE ISABU: No depende solo del ISABU, se requiere que la EPS autorice y ubique el usuario en otra institución.

2.3.6.2.3.3 AUDITORÍAS CONTRALORÍA MUNICIPAL

Durante la vigencia 2016-2019 se realizaron 6 auditorías por parte de la Contraloría Municipal, en la siguiente tabla se describe el seguimiento realizado por parte de la oficina de calidad y el estado de las acciones de mejoramiento a la fecha.

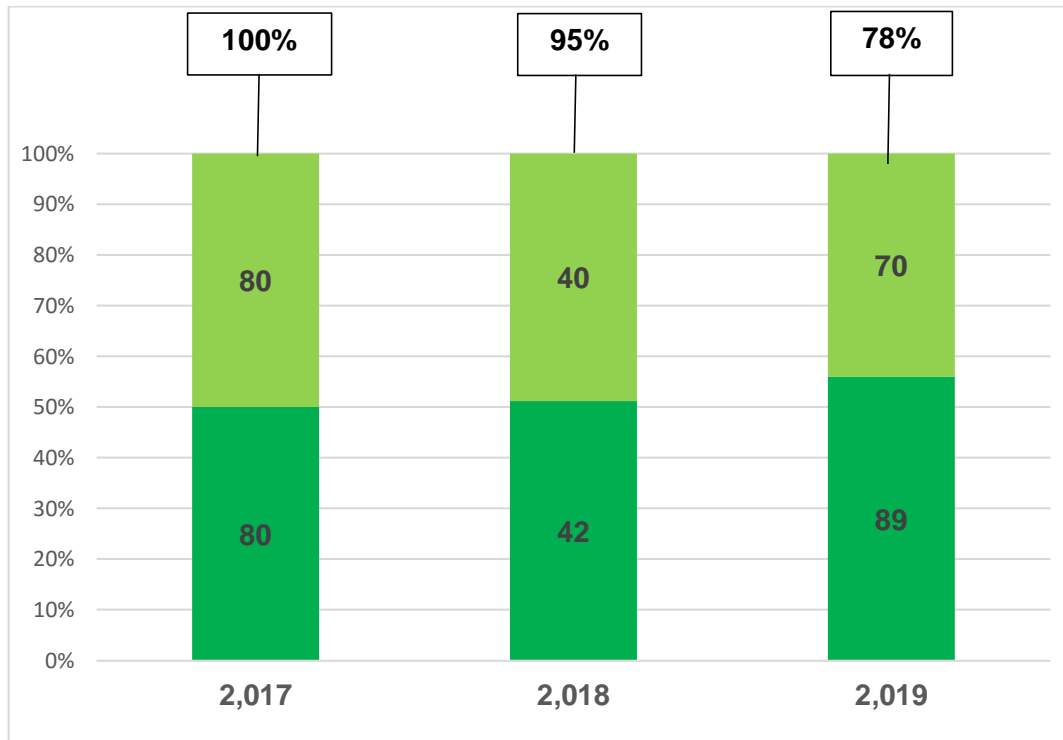
TABLA 73 HALLAZGOS/ACCIONES CUMPLIDAS AUDITORÍA CONTRALORÍA MUNICIPAL 2017-2019

AÑO	HALLAZGOS	ACCIONES	CUMPLIMIENTO ACCIONES
2017	43	80	80
2018	21	42	40
2019	1	6	6
2019	25	89	64
TOTAL	94	209	190

Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme calidad/Auditorias/Contraloría: Matriz de seguimiento

GRÁFICO 11 NÚMERO DE ACCIONES PROGRAMADAS/ACCIONES REALIZADAS 2017-2019



Fuente: Oficina de Calidad ESE ISABU

En la figura se puede observar como en el 2017 se cumplió con el 100 por ciento de las actividades planteadas, en el 2018 quedaron dos actividades pendientes la construcción del Sistema de tratamiento de aguas residuales y el estudio de vertimientos del Hospital local del norte. Estas dos actividades ya fueron cumplidas al 100% en enero del 2020.

Respecto al Plan de mejoramiento 2019 se encuentra al día con las actividades planteadas de acuerdo a la fecha programada para su cumplimiento, a 31 de enero de 2020 está en el 78% de cumplimiento, las actividades restantes están para cumplimiento a 31 de marzo de 2020.

2.3.6.3 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)

TABLA 74 IMPLEMENTACIÓN PAMEC 2016-2019

SITUACION EN 2.015	SITUACION EN 2.016	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2.017	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2.018	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2.019	SITUACION DE LA ESE AL TERMINO DE LA GESTION	RECOMENDACIONES
Se evidencia un documento Pamec 2.012-2.015, el cual cumple con los criterios mínimos que debe contener este tipo de documento, sin embargo no se cuenta con evidencia del cumplimiento de los pasos de la ruta crítica,	En el 2.016 no se realizó el Pamec, teniendo en cuenta que la administración inició en julio de 2.016, tiempo en el cual no es posible desarrollar un Pamec, pues este requiere de mínimo un año para el desarrollo de la ruta crítica.	Durante la vigencia 2017 la ESE desarrolló un documento PAMEC que describe de manera secuencial y estructurada, el desarrollo de cada uno de los pasos de la ruta crítica del PAMEC con enfoque en acreditación en la ESE ISABU bajo resolución 123 2012, se evidencian soportes y un porcentaje de 97,4% de cumplimiento. En el 2.017 la ESE ISABU fue catalogada por la secretaría de salud departamental como una de las Eses del departamento que cumplió al 100% con la ruta crítica pamec.	Durante la vigencia 2018 la ESE desarrolló un documento PAMEC que describe de manera secuencial y estructurada, el desarrollo de cada uno de los pasos de la ruta crítica del PAMEC con enfoque en acreditación en la ESE ISABU bajo resolución 123 2012, se evidencia soportes y un porcentaje de cumplimiento de 97,6%.	Durante la vigencia 2019, la ESE ISABU afianza el PAMEC como herramienta para dar comienzo al ciclo de preparación hacia acreditación como propósito fundamental el mejoramiento continuo de la calidad, la cultura organizacional y aprendizaje organizacional de cada uno de los colaboradores de la organización, usuarios, familiares y partes interesadas, con un porcentaje de cumplimiento con corte a 31 de diciembre de 2.019 de 97,8%, es decir de 451 acciones de mejoramiento programadas se cumplió con 445 acciones.	Al finalizar la gestión se entrega un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad consolidado, con unas bases sólidas para continuar con el ciclo PHVA, Un Pamec reconocido a nivel departamental y nacional como de los mejores, líderes empoderados y capacitados, indicadores de calidad definidos con ficha técnica construida para continuar con su medición.	Continuar con la cultura del mejoramiento continuo, afianzar los grupos primarios incentivando cada día la participación de mas funcionarios, implementar el balance score card o tablero de mando de indicadores en el software Panacea.

Fuente: Oficina de Calidad

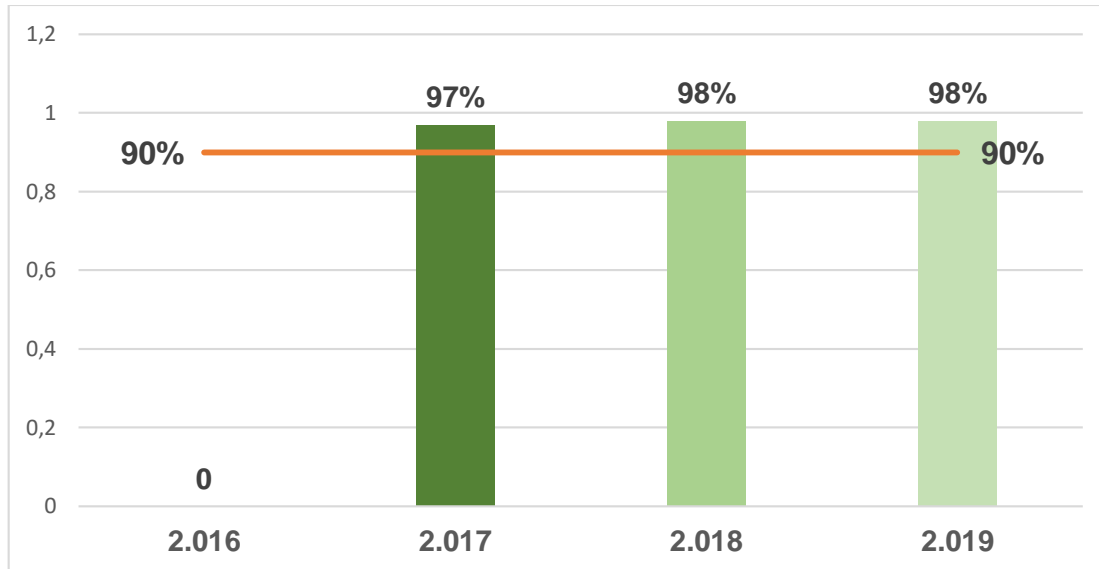
TABLA 75 RESULTADO PAMEC 2015-2019

Vigencia	2015	RESULTADO	2016	RESULTADO	2017	RESULTADO	2018	RESULTADO	2019	RESULTADO
Acciones Formuladas	328	75%	0	0	156	97%	84	98%	451	98%
Acciones Ejecutadas	246		0		152		82		445	

Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme Calidad/Pamec

GRÁFICO 12 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PAMEC 2016-2019



Fuente: Oficina de Calidad ESE ISABU

Como se puede evidenciar en la anterior gráfica, el resultado del Pamec a partir del 2017 ha sido óptimo y se ha dado cumplimiento a la Resolución 408 de 2018, además que ha sido una herramienta muy importante para el mejoramiento continuo de nuestra institución.

2.3.6.3.1 CUMPLIMIENTO PAMEC 2019

En el 2019, se trabajó el Pamec enfocado en acreditación, el ISABU fue escogido por el Ministerio de Salud y Protección Social como experiencia exitosa en Santander por ser uno de los Pamec que cumplía con todos los pasos de la ruta crítica.

En el 2019 los planes de mejoramiento se implementaron de acuerdo al ciclo PHVA según directrices de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, es así como se generaron 451 acciones de mejoramiento de las cuales se cumplieron con 445, las 6 actividades que no cumplieron el ciclo PHVA se retomaran en el PAMEC 2020.

TABLA 76 ACTIVIDADES PENDIENTES POR CUMPLIR CICLO PHVA 2019

ESTANDAR	ACCION DE MEJORAMIENTO	ACTIVIDADES CICLO PHVA	CUMPLIMIENTO
Estándar 49. Código: (AsEV3) La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	Identificar y tipificar lo que significa Consultador Crónico de acuerdo a las condiciones de los servicios de urgencias y ambulatorios de la ESE ISABU.	P: Diseñar el instructivo de identificación y gestión del consultador crónico para la ESE ISABU	SI
		H: Parametrizar en la herramienta informática las alertas de consultador crónico y realizar gestión	NO
		V: medir mensualmente el número de consultadores crónico	NO
		A: Actuar ante desviaciones encontradas	NO
Estándar 60. Código: (AsSIR2) Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	Documentar mecanismo de información que debe conocer el usuario sobre el portafolio de servicios a personal de facturación que asignan citas	P: Diseñar mecanismos de adherencia al conocimiento del portafolio de servicios por el equipo de salud y facturadores.	SI
		H: Socializar el portafolio de servicios por el equipo de salud y facturadores.	NO
		V: Evaluar la socialización del portafolio de servicios a equipo de salud y facturadores	NO
		A: Actuar ante desviaciones encontradas	NO

Fuente: Oficina de Calidad

Rutas soportes: T/Calidad/Empalme de Calidad/Pamec

Estas actividades se retomarán en el Pamec 2020 de la siguiente manera:

Para el estándar de consultador crónico: Comité de Farmacia reportara el total de pacientes HIPERFRECUENTADORES por asegurador y tratamientos para definir trabajo articulado con la EPS a través de los contratos.

Para socialización del Portafolio de servicios: En comités de usuarios socializar la página web del ISABU con el portafolio de servicios y entregas de actualizaciones cuando sea necesario.

2.3.6.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

TABLA 77 EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD 2016-2019

SITUACION EN 2.016	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2.017	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2.018	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2.019	SITUACION DE LA ESE AL TERMINO DE LA GESTION	RECOMENDACIONES
No se contaba con un sistema de información para la calidad institucional, se reportaba indicadores de alerta temprana de acuerdo a circular 056 del 2.009 y se inició el reporte de la resolución 256 del 2.016 indicadores de calidad y seguridad del paciente.	Se trabajo junto con la oficina de sistemas para parametrizar los diferentes informes que requería la oficina de calidad para los diferentes entes territoriales; es así como se generó el primer informe automático de indicadores de oportunidad de medicina general y especialidades de acuerdo a resolución 1552 del 2.013. Se generó una plantilla institucional para reportar los indicadores de oportunidad a las EPS	Se designó y entrenó a un funcionario responsable del reporte de los diferentes informes de indicadores de calidad solicitados por los diferentes entes territoriales.	Se elaboraron las fichas técnicas de los Indicadores de Calidad de la Institución Se definió el listado de Indicadores Institucional	1. Se tienen definidos los indicadores Institucionales. 2. Se estandarizó el proceso de consolidación y reporte de indicadores de calidad. 3. Se reporta a los diferentes entes, los diferentes indicadores normativos en los períodos establecidos	1. Socializar mensualmente el resultado de los indicadores de oportunidad con todos los involucrados 2. Alimentar el balance score card del módulo de calidad del software panacea

Fuente: Oficina de Calidad ESE ISABU

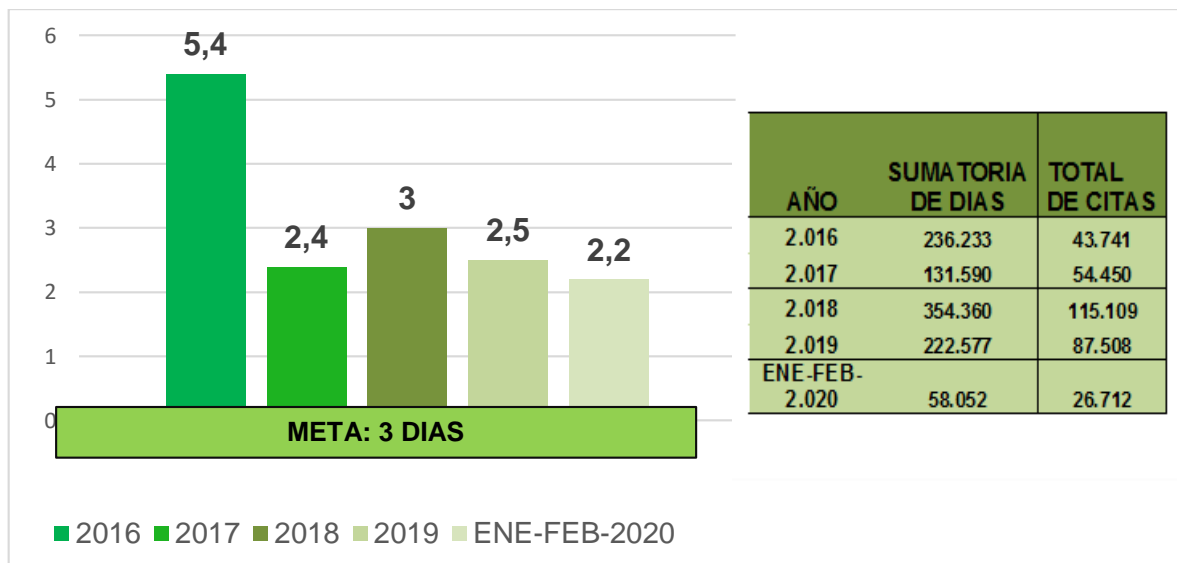
2.3.6.4.1 INDICADORES DE CALIDAD

La oficina de Calidad consolida, mide y analiza los indicadores de calidad de acuerdo a la Resolución 256 del 2016, 1552 del 2.13 y decreto 2193 de 2004.

En las siguientes tablas podemos evidenciar la oportunidad en la atención de consulta de medicina general, odontología y especialidades la cual se consolida y se reporta desde el 2.16 al Ministerio de Protección social dando cumplimiento a la Resolución 256 del 2016 y decreto 2193 de 2004.

Respecto al indicador de Medicina general se cuenta con la medición de oportunidad de Medicina General primera vez cumpliendo a la Resolución 256 del 2016 y medición de total de citas de medicina general dando cumplimiento a la resolución 1552 del 2013.

GRÁFICO 13 INDICADOR DE OPORTUNIDAD CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA VEZ



Fuente: Oficina de Calidad- Plataforma SIHO/Piscis

Durante la vigencia se realizó análisis y seguimiento mensual a este indicador lo que permitió mejorar la oportunidad de 4 días en el 2016 para la asignación de consulta de medicina general a 2 días en el 2019. Las estrategias implementadas fueron el aumento de horas médico y reorganización de estas horas de acuerdo a la demanda de cada centro de salud.

A corte de 2.020 la oportunidad de Medicina General se encuentra en 2.2 días es decir un resultado óptimo.

TABLA 78 OPORTUNIDAD DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA VEZ Y CONTROL POR CENTRO DE SALUD 2017-2019 DE ACUERDO A RESOLUCIÓN 1552 DEL 2013

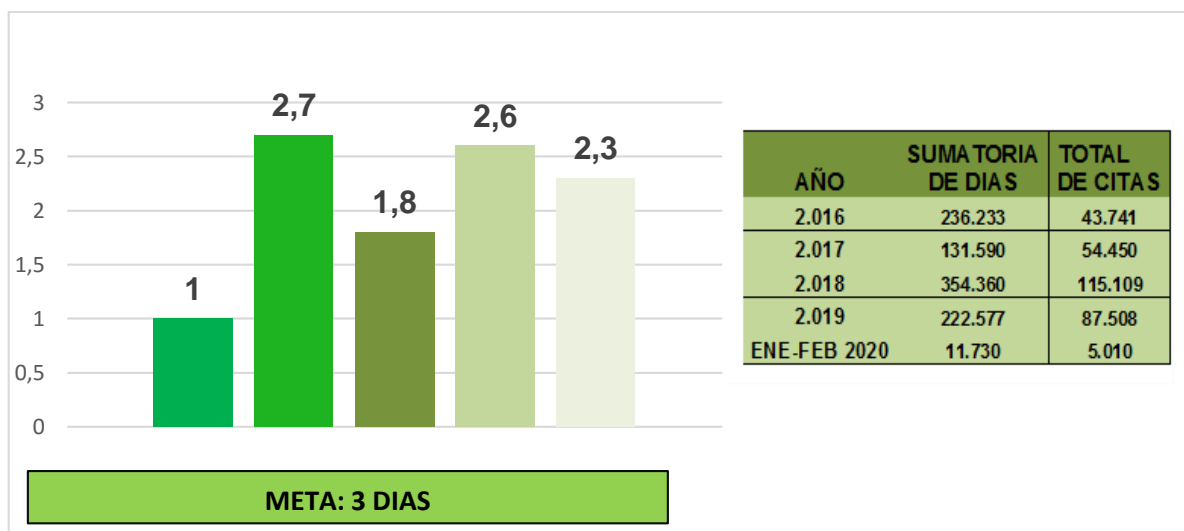
CENTROS DE SALUD	2017	2018	2019	Ene-Feb 2020
Concordia	2,71	2,32	2,81	2.96
Morrorrico	2,80	2,90	2,26	2.82
Comuneros	2,53	3,86	2,35	2.92
Café Madrid	4,36	4,12	2,37	2.92
Colorados	1,92	0,38	1,11	2.78
IPC	6,07	3,93	2,38	2.90
Kennedy	7,48	3,87	2,53	2.85
Regaderos	4,69	3,71	2,45	2.69
Villarosa	3,01	2,09	1,94	2.92
Toledo Plata	2,96	2,42	2,68	2.89
Libertad	2,49	2,35	2,71	2.90
Bucaramanga	2,75	2,56	2,32	2.86
Pablo VI	2,59	2,11	2,43	2.90
Mutis	1,97	2,59	1,72	2.90
Cristal Alto	2,21	2,35	2,33	2.82
Girardot	5,17	3,33	2,55	2.75
Santander	3,55	3,21	2,38	2.84
San Rafael	3,12	2,52	2,23	2.89
Gaitán	2,09	2,42	2,46	2.86
Campo Hermoso	2,28	2,26	2,41	2.86
La Joya	2,89	2,64	2,45	2.88
Rosario	3,13	3,37	1,97	2.95
Uimist	3,10	2,63	2,26	2.18

Fuente: Oficina de Calidad ESE ISABU

Se puede evidenciar como en el 2017 los centros de salud Kennedy, Café Madrid, IPC, Regaderos y Girardot, estaban por fuera del rango permitido 3 días, se implementaron varias estrategias que permitieron a la fecha tener un indicador de oportunidad menos de 3 días:

1. Redistribución de horas médico
2. Zonificación de usuarios
3. En el 2019 se entregó el nuevo centro de Salud Café Madrid lo que permitió dar más cobertura y mejorar la oportunidad no solo para Café Madrid sino para los otros centros de salud de la zona Norte.

GRÁFICO 14 INDICADOR DE OPORTUNIDAD CONSULTA ODONTOLOGÍA PRIMERA VEZ



Fuente: Oficina de Calidad-Plataforma SIHO

En el 2016 se evidencia una oportunidad de 1 día porque se manejaban agendas cerradas lo que no permitía mostrar un indicador real, la oportunidad aumentó a dos días por la asignación de más población por parte de las EPS y manejo de agenda abierta.

En el primer bimestre de 2.020 el indicador de odontología se mantuvo en un resultado óptimo.

TABLA 79 OPORTUNIDAD CONSULTA ODONTOLOGÍA PRIMERA VEZ Y CONTROL POR CENTRO DE SALUD 2017-2020 DE ACUERDO A RESOLUCIÓN 1552 DEL 2013

ODONTOLOGIA GENERAL				
CENTROS DE SALUD	2017	2018	2019	Ene-Feb 2020
HLN	4,45	5,34	0,71	0
Comuneros	3,96	2,82	2,14	2.82
Colorados	1,71	0,74	1,88	1.70
Café Madrid	3,53	1,99	2,58	2.77
Santander	2,72	1,65	1,78	2.75
IPC	4,02	1,96	2,29	2.95
Kennedy	2,96	3,95	2,58	2.53
Villarosa	1,33	1,02	2,05	2.82
Toledo Plata	1,46	1,67	2,26	2.59
Libertad	0,74	0,71	1,02	2.05
Bucaramanga	0,52	2,36	1,89	2.81
Pablo VI	1,46	1,47	1,81	2.66
Mutis	2,36	2,77	2,20	1.91
Girardot	6,76	2,74	2,53	2.65

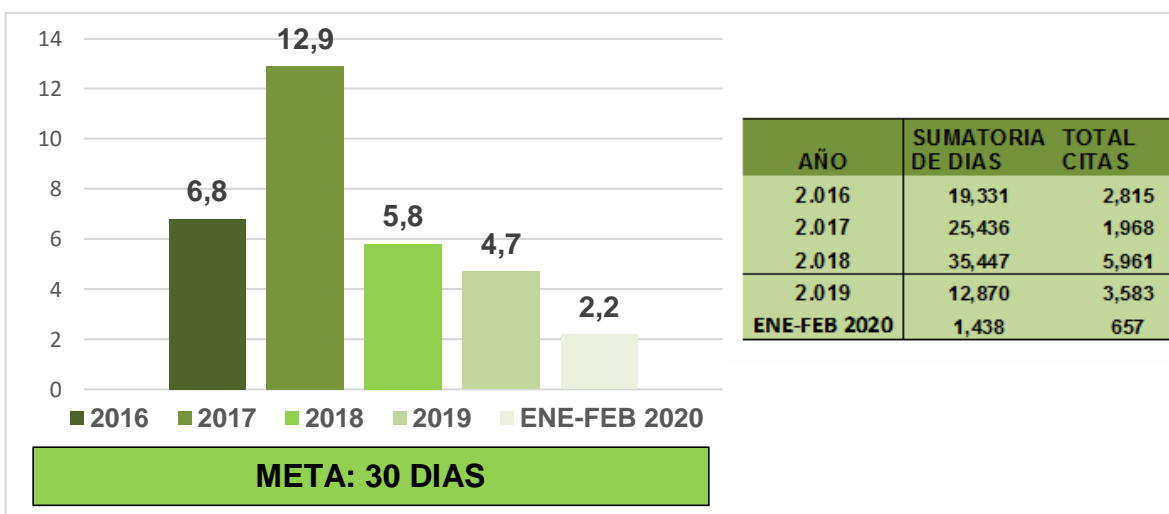
Gaitán	2,17	1,51	2,16	2.82
Campo Hermoso	1,50	1,10	2,21	2.73
La Joya	2,34	2,59	2,60	2.56
Rosario	6,38	4,28	2,60	2.74
Uimist	1,98	2,01	2,33	1.36
Morrórico	1,44	1,66	1,80	2.65
Concordia	0,00	1,29	2,31	2.6
Cristal	0,00	0,00	1,06	2.16

Fuente: Oficina de Calidad ESE ISABU

Respecto a Odontología en el 2017 se presentaba oportunidad de odontología por fuera del rango permitido en el Hospital Local del Norte, IPC, Girardot y Rosario, se implementaron las siguientes estrategias que han permitido que a la fecha se tenga una oportunidad de dos días:

1. Redistribución y aumento de horas odontólogo
2. Apertura de Odontología en Concordia y Cristal Alto
3. Apertura de unidad odontológica adicional en Mutis
4. Zonificación de usuarios
5. En el 2019 se entregó el nuevo centro de Salud Café Madrid lo que permitió dar más cobertura y mejorar la oportunidad no solo para Café Madrid sino para los otros centros de salud de la zona Norte.

GRÁFICO 15 OPORTUNIDAD CONSULTA DE MEDICINA INTERNA PRIMERA VEZ

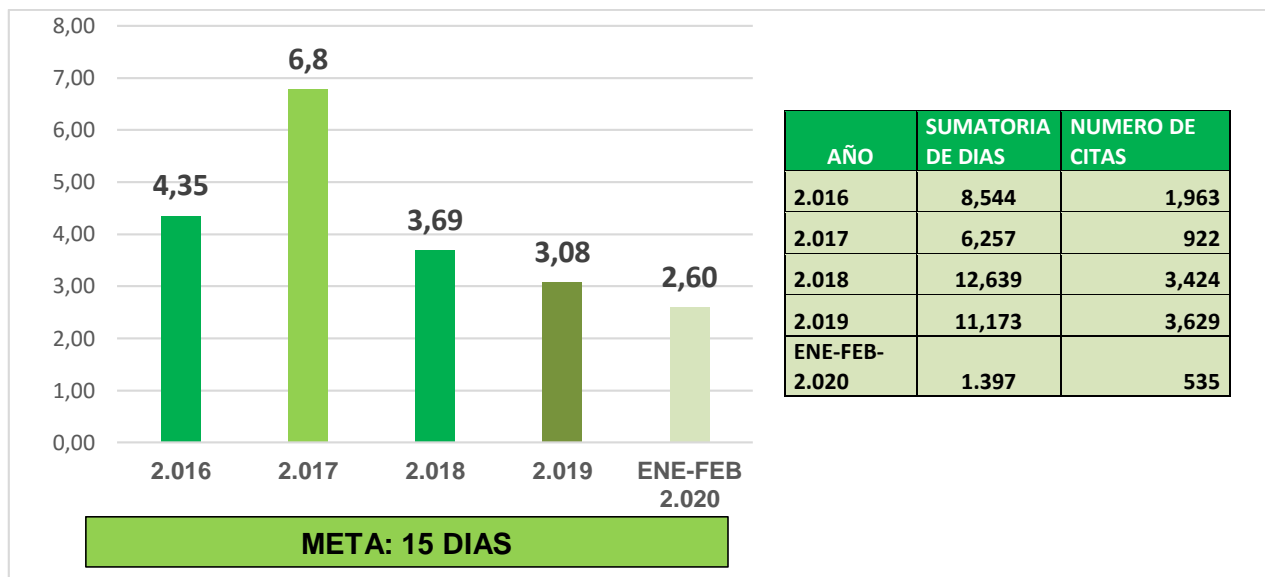


Fuente: Oficina de Calidad- Plataforma SIHO

El indicador de oportunidad de medicina interna, es un indicador que durante toda la vigencia ha presentado un comportamiento óptimo, pese a que el estándar normativo

permite hasta 30 días de tiempo de espera, en el ISABU se ha mantenido muy por debajo, gracias a los convenios docencia servicio con las universidades.

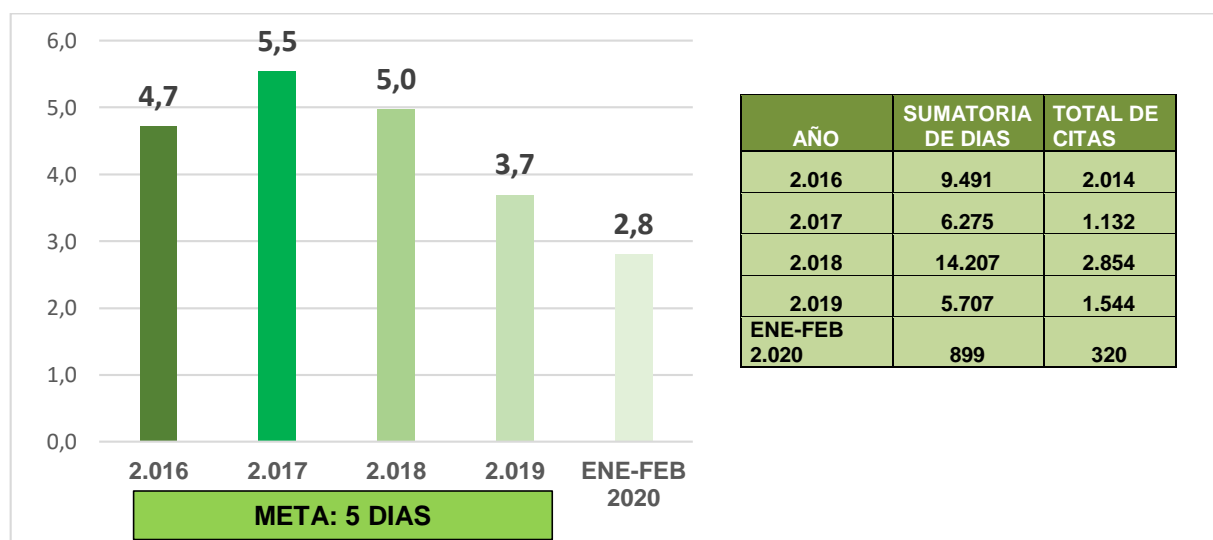
GRÁFICO 16 OPORTUNIDAD CONSULTA DE GINECOLOGÍA PRIMERA VEZ



Fuente: Oficina de Calidad- Plataforma SIHO

El indicador de oportunidad de ginecología, es un indicador que durante toda la vigencia ha presentado un comportamiento óptimo, en el ISABU se ha mantenido muy por debajo, gracias a los convenios docencia servicio con las universidades.

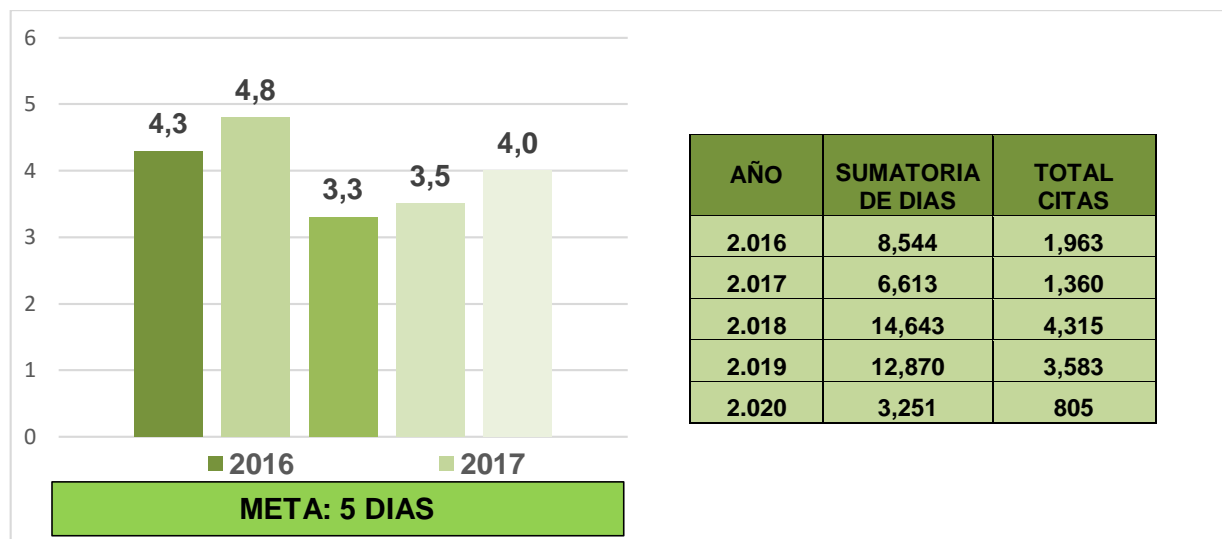
GRÁFICO 17 OPORTUNIDAD CONSULTA DE OBSTETRICIA PRIMERA VEZ



Fuente: Oficina de Calidad-Plataforma SIHO

En el 2017 se presentó una desviación del indicador de obstetricia por el aumento en la población contratada, sin embargo, a través de los convenios docencia servicio, se logró mejorar el tiempo de espera para consulta de Obstetricia.

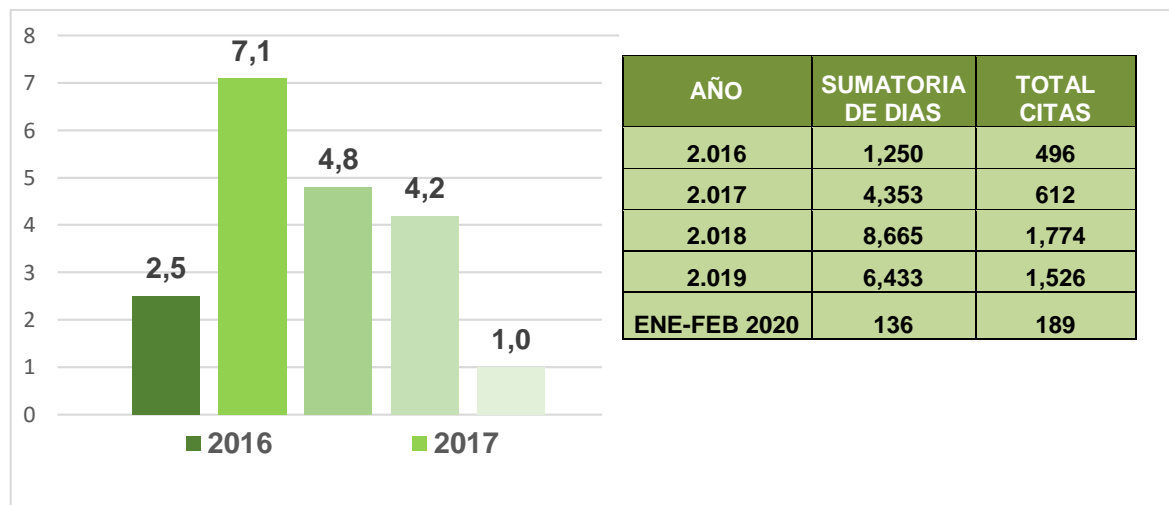
GRÁFICO 18 OPORTUNIDAD DE CONSULTA DE PEDIATRÍA PRIMERA VEZ



Fuente: Oficina de Calidad- Plataforma SIHO

El Indicador de pediatría se ha mantenido por debajo del rango permitido 5 días, es de destacar el apoyo brindado por los convenios docencia servicio.

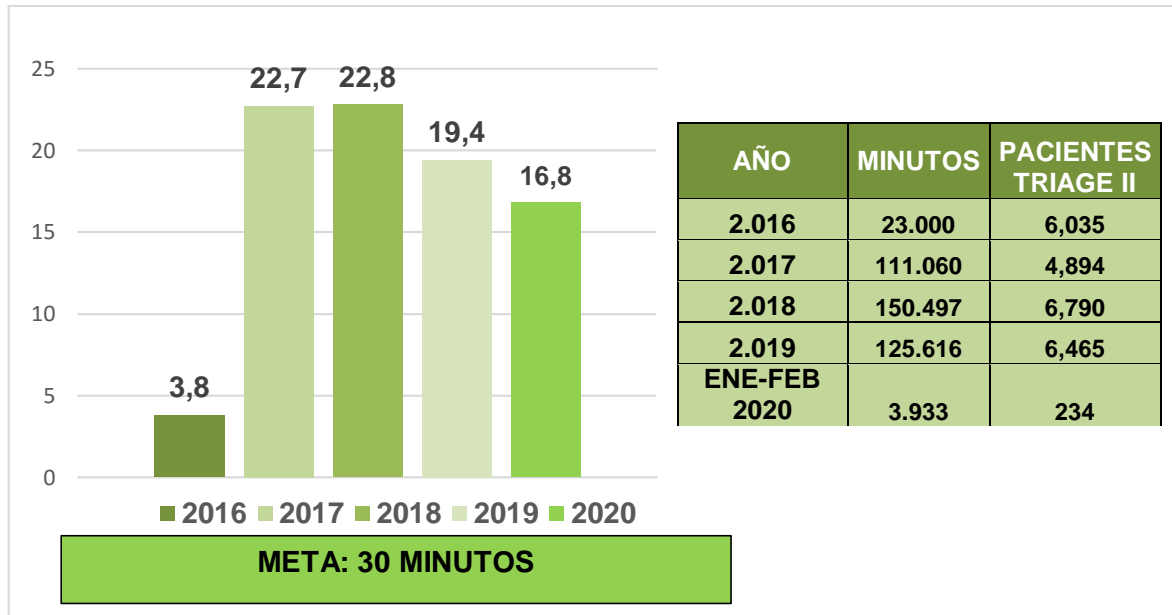
GRÁFICO 19 OPORTUNIDAD DE CONSULTA DE CIRUGÍA GENERAL PRIMERA VEZ



Fuente: Oficina Calidad-Plataforma SIHO

El Indicador de cirugía general se mantuvo durante toda la vigencia dentro del rango normativo permitido.

GRÁFICO 20 TRIAGE II

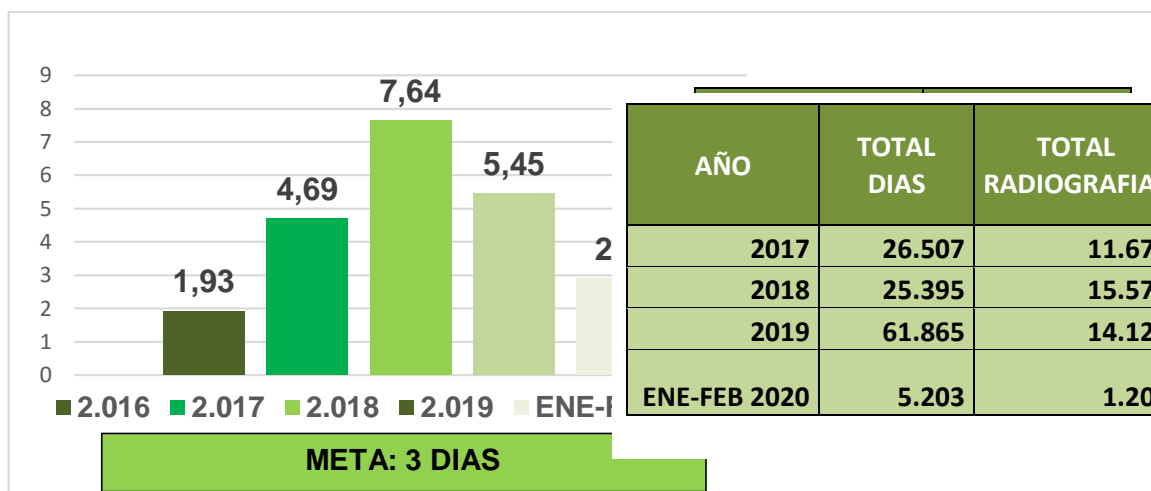


Fuente: Oficina de Calidad-Plataforma SIHO

El indicador de tiempo de espera para triage II, se mantuvo dentro del rango máximo permitido de norma menos de 30 minutos. Se evidencia en el 2016 un inadecuado cálculo del indicador de triage II, a partir del 2017 a través del software de historias clínicas se realizaron los ajustes para que este dato sea verídico. Se evidencia que a partir del 2018 aumento el número de pacientes clasificados como triage II y la oportunidad de atención se mantuvo en 22 minutos, en el 2019 el tiempo de espera disminuyó a 19 minutos a pesar que el número de pacientes atendidos aumentó en el 2019 en un 32% con respecto al 2017, esto nos permite concluir que el personal médico del servicio de Urgencias es más eficiente y resolutivo.

En el primer bimestre de 2.020 el indicador estuvo en 16 minutos de tiempo de espera.

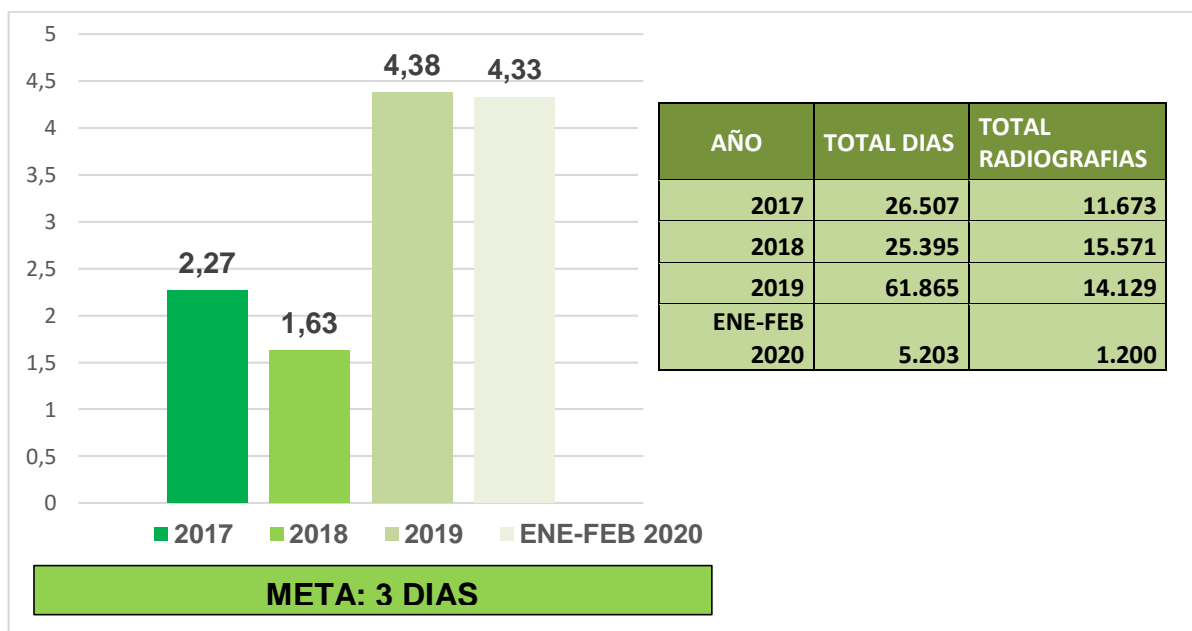
GRÁFICO 21 OPORTUNIDAD EN ECOGRAFÍA 2017-2020



Fuente: Oficina de Calidad-Plataforma Piscis

Respecto a la oportunidad en ecografía se puede evidenciar un aumento en la cantidad de ecografías programadas, esto gracias a los contratos con las EPS, en el 2018 y 2019 el tiempo de espera aumentó debido al volumen de pacientes enviados para ecografía programada, por lo tanto, a final del 2019 se contrató un radiólogo solo para ecografía programada, en diciembre se logró reducir la oportunidad a 3,7 días y en el mes de enero se tiene una oportunidad de 3 días.

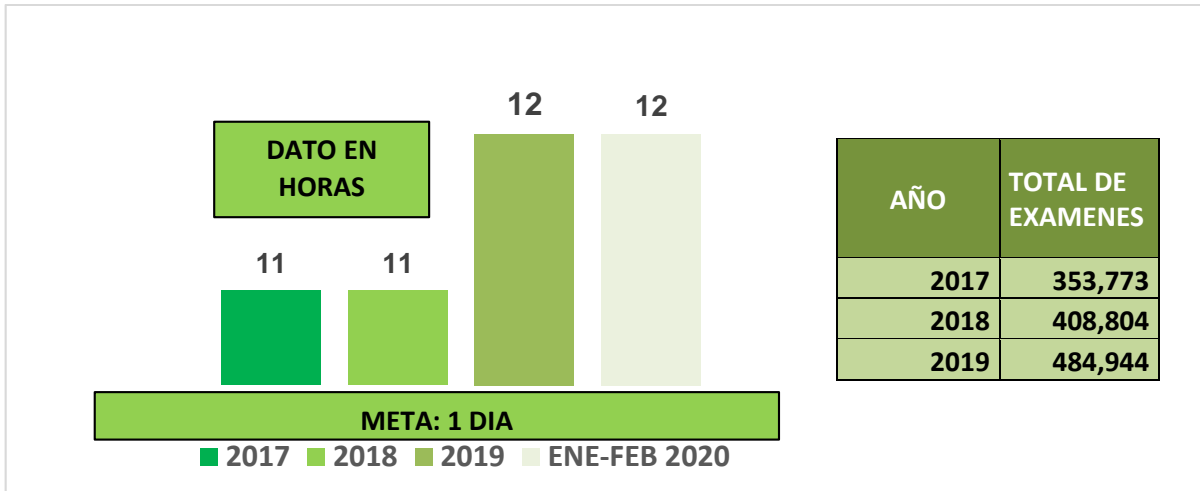
GRÁFICO 22 OPORTUNIDAD EN RADIOLOGÍA 2017-2019



Fuente: Servicio de Radiología-Oficina de Calidad

El indicador de oportunidad en radiología se ha mantenido en un rango óptimo, en el 2019 hubo una desviación del estándar por el incremento de autorizaciones de las EPS para radiología por consulta externa, sin embargo, con el aumento de horas radiólogo en el mes de diciembre la oportunidad se logró mantener menos de 3 días.

GRÁFICO 23 OPORTUNIDAD EN ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO



Fuente: Oficina de Calidad-Software Anarlab

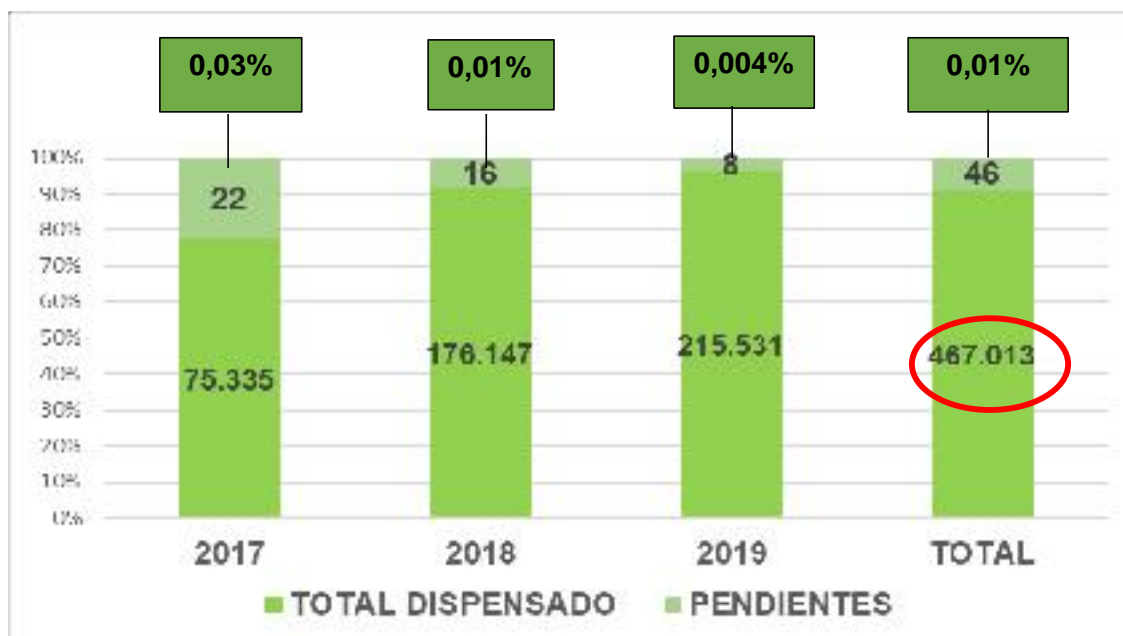
El indicador de oportunidad en entrega de resultados de laboratorio clínico se ha mantenido en un rango óptimo, el software Anarlab automáticamente contabiliza el tiempo transcurrido entre el ingreso del usuario a toma de muestra hasta la validación del resultado.

2.3.6.4.1.1 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

La entrega de medicamentos en los puntos de dispensación es inmediata, y en los centros de salud donde no hay farmacia la entrega del medicamento al usuario se realiza de la siguiente manera:

1. Si el paciente asiste a consulta en la mañana se le entrega el medicamento a las 2 pm en su centro de salud
2. Si el paciente asiste a consulta en la tarde se le entrega el medicamento al otro día a las 8 de la mañana

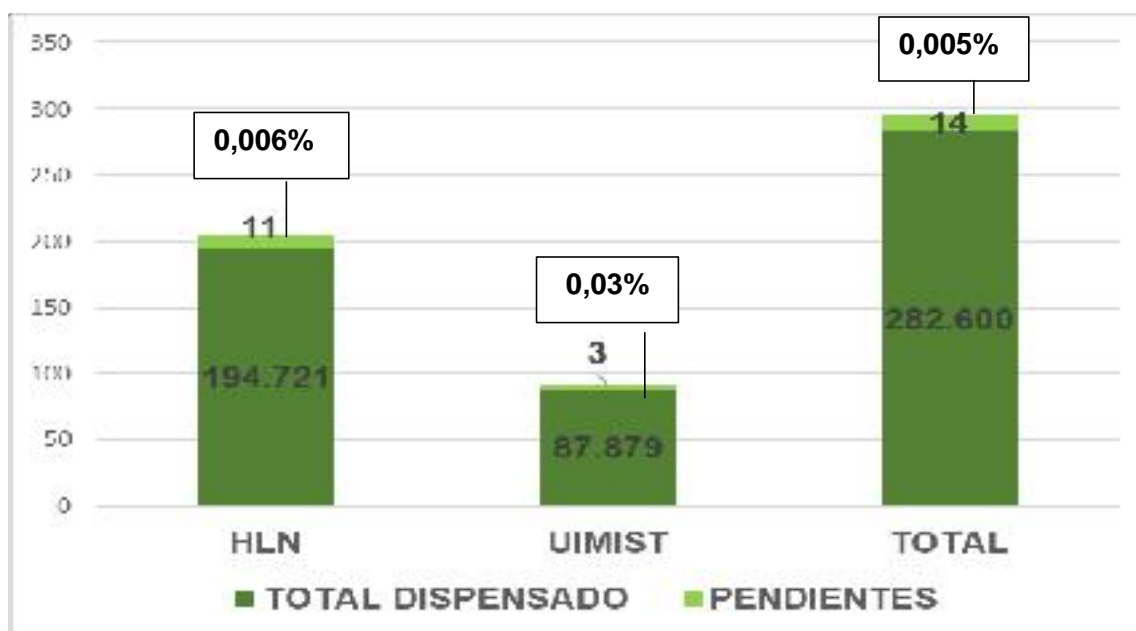
GRÁFICO 24 TOTAL DE FÓRMULAS DISPENSADAS/ TOTAL PENDIENTES 2017-2019



Fuente: Oficina de Calidad-Software Farmacia PANACEA

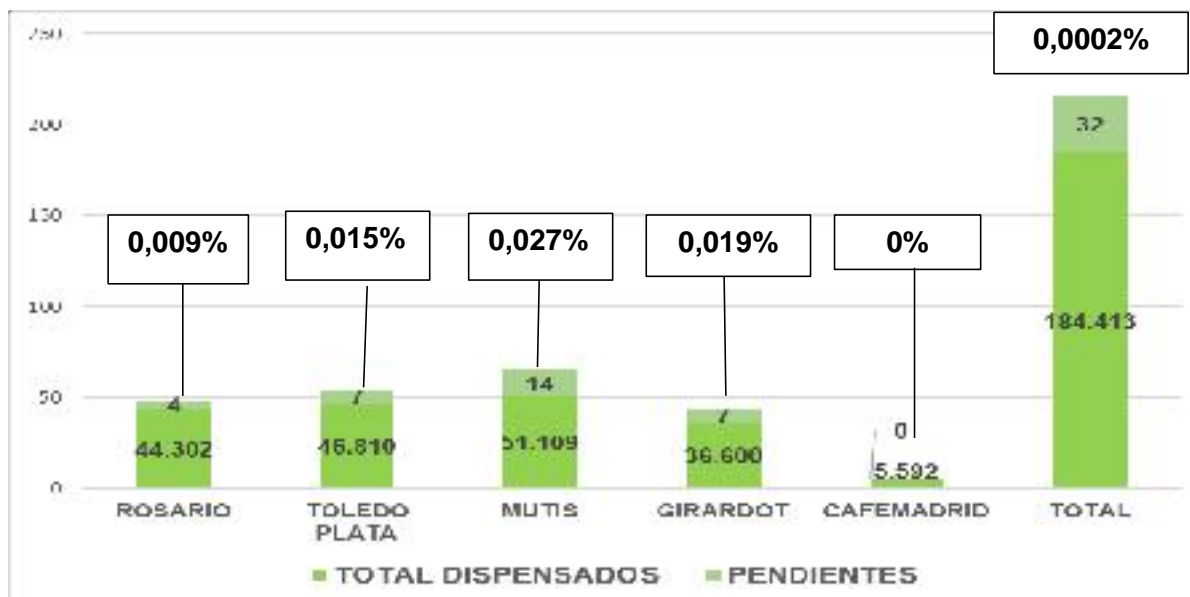
Como se puede evidenciar en el período 2017-2019 el porcentaje total de medicamentos pendientes fue del 0,01%, lo cual es un porcentaje muy bajo que demuestra la efectividad de nuestras farmacias.

GRÁFICO 25 TOTAL DE FÓRMULAS DISPENSADAS/TOTAL PENDIENTES UNIDADES HOSPITALARIAS 2017-2019



Fuente: Oficina de Calidad-Software Farmacia PANACEA

GRÁFICO 26 TOTAL FORMULAS DISPENSADOS/TOTAL PENDIENTES FARMACIAS CENTROS DE SALUD 2017-2020



Fuente: Oficina de Calidad-Software Farmacia PANACEA

2.3.6.5 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

La autoevaluación de estándares de acreditación se realiza anualmente con respecto al año inmediatamente anterior es así como la ESE ISABU inicia en el año 2017 evaluando el año 2016, en el 2018 se evaluó el 2017, en el 2019 se evaluó el 2018 y en el mes de febrero de 2.020 se evaluará el año 2019.

Para la autoevaluación de estándares de acreditación se aplica la matriz de autoevaluación dada por el Ministerio de Salud y Protección social, en el 2019 se autoevaluó de acuerdo a la resolución 5095 del 2.018.

A continuación, podemos evidenciar el resultado de la aplicación de la matriz de autoevaluación por año.

TABLA 80 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2016-2019

AUTOEVALUACION ESTANDARES ACREDITACION	2,016	2,017	2,018	2,019
ESTANDAR	PROMEDIO			
ESTANDAR CLIENTE ASISTENCIAL	1.1	1.58	1.91	2.1
ESTANDAR DE DIRECCIONAMIENTO	1.2	2.01	2.9	2.23
ESTANDAR DE GERENCIA	1.2	1.97	2.26	3.2
ESTANDAR DE DE TALENTO HUMANO	1.3	1.44	2	1.9
ESTANDAR AMBIENTE FISICO	1	1.2	1.68	2.22
ESTANDAR GERENCIA DE LA TECNOLOGIA	1	1.57	1.81	2.51
ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	1	1.72	1.4	3.0
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO CONTINUO	1.1	1.72	1.88	2.00
PROMEDIO TOTAL	1.11	1.65	1.98	2.4

Fuente: Oficina de Calidad-Matriz de autoevaluación

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme calidad/Acreditación

Los logros más sobresalientes en esta vigencia respecto a los estándares de acreditación fueron los siguientes:

TABLA 81 LOGROS ESTÁNDAR CLIENTE ASISTENCIAL

LOGROS ESTÁNDAR CLIENTE ASISTENCIAL	
2016	<ol style="list-style-type: none"> Del año 2016 no se logró evidenciar actividades realizadas de mejoramiento continuo, los protocolos guías y manuales se encontraban con última fecha de actualización 2008. No se pudo evidenciar despliegue de seguridad del paciente. En el 2016 no se realizó PAMEC
2017	<ol style="list-style-type: none"> Se inició un proceso de documentación y actualización de los procesos, procedimientos y protocolos de acuerdo a la resolución 2003 de 2014 Se actualizó la Política y el programa de Seguridad del Paciente. SE reinició el proceso de auditoría interna. SE organizó la oficina SIAU y participación ciudadana Se documentó la política de Humanización, prestación del Servicio.
2018	<ol style="list-style-type: none"> Se continuo con la actualización de la documentación de la documentación de acuerdo a la resolución 2003 de 2014. Se capacitó a los usuarios y colaboradores en derechos y deberes de los usuarios. Se continuó con el fortalecimiento de la alianza de usuarios. Se fortaleció el proceso de respuesta de PQRSF. Se inició medición de indicadores de seguridad del paciente. Se fortaleció el proceso de reporte de eventos adversos. Se trabajó la política de uso racional de antibióticos. Se capacitó al usuario y su familia en autocuidado, primeros auxilios.
2019	<ol style="list-style-type: none"> Se documentó, socializó y evaluó Política de Gestión del Riesgo. Se actualizaron, socializaron y evaluaron políticas asistenciales. Se implementó el agendamiento de citas a través de la Web. Se continuo con la actualización de la actualización de la documentación de acuerdo la resolución 1164 de 2014. Remodelación de 7 centros de salud. Documentación de procedimiento de adopción e implementación de guías. Medición de adherencia a guías. Nombramiento de la Alianza de usuarios como la mejor de Santander.

	<ul style="list-style-type: none"> 9. Estrategia exitosa prueba de embarazo sin barreras para captación temprana de gestantes. 10. Conformación de Comité de Infecciones. 11. Ajuste Programa de Seguridad del Paciente. 12. Despliegue Programa de Seguridad del Paciente. 13. Despliegue estrategia lavado de manos: Isabu está en tus manos. 14. Medición de resistencia antibiótica
--	---

Fuente: Oficina de Calidad-Matriz de seguimiento Pamec

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme calidad/Acreditación

TABLA 82 LOGROS ESTÁNDAR DIRECCIONAMIENTO

Logros Estándar Direcccionamiento	
2016	<ul style="list-style-type: none"> 1. Se evidenció plataforma estratégica con metodología de análisis DOFA, sin embargo no se encontraba desplegada a toda la institución.
2017	<ul style="list-style-type: none"> 1. Se diseñó la estrategia de Si a la Calidad para la redefinición del Mapa de Procesos. 2. Se continuo con la revisión de procesos y procedimientos. 3. Se socializó la Plataforma estratégica dentro de la estrategia Si a la Calidad. 4. Se actualizó el procedimiento docencia- Servicio. 5. Se documentó y desplegó el portafolio de Servicios.
2018	<ul style="list-style-type: none"> 1. Se cumplió con el plan de acción anual. 2. Se alineó la Institución al MIPG. 3. SE realizó el primer autodiagnóstico MIPG. 4. Se continuó con la Documentación y seguimiento de los convenios docencia-Servicio.
2019	<ul style="list-style-type: none"> 1. Se cumplió con el Plan de acción anual. 2. Se realizó revisión y simplificación de procesos y procedimientos. 3. Se realizó socialización de procesos y procedimientos. 4. Se desplegó el direccionamiento estratégico a los centros de salud. 5. Se realizó medición de adherencia de procesos y procedimientos. 6. Se documentó la política de referenciación.

Fuente: Matriz de seguimiento Pamec

TABLA 83 LOGROS ESTÁNDAR GERENCIA

Logros Estándar Gerencia	
2016	<ul style="list-style-type: none"> 1. Las políticas institucionales están descentralizadas, las políticas existentes no cumplen con los criterios mínimos de una política, existe un mapa de procesos actualizado, pero no se ha desplegado a toda institución.
2017	<ul style="list-style-type: none"> 1. Se inició el despliegue de la política de humanización. 2. Se desplegó el mapa de procesos a toda la institución. 3. Se documentó el código de ética y buen gobierno. 4. Se realizaron los comités gerenciales semanales con la participación de todos los líderes de proceso lo que permitió mejora y toma de decisiones en todos los procesos.
2018	<ul style="list-style-type: none"> 1. Se continuó con el despliegue de la política de humanización a través de talleres de sensibilización del ser a los colaboradores. 2. Se implementaron los comités CIGD. 3. Se realizó autodiagnóstico MIPG. 4. Se implementó estrategia para cumplimiento de estimaciones P y P. 5. Se continuó con la documentación de las políticas institucionales.
2019	<ul style="list-style-type: none"> 1. Se continuó con el despliegue de la política de Humanización a través de talleres de sensibilización del ser a los colaboradores. 2. Se implementaron los comités CIGD. 3. Se realizó autodiagnóstico MIPG. 4. Se implementó estrategia para cumplimiento de estimaciones P y P. 5. Se continuo con la documentación de las políticas institucionales

Fuente: Matriz de seguimiento Pamec

TABLA 84 LOGROS ESTÁNDAR TALENTO HUMANO

Logros Estándar Talento Humano	
2016	1. No existe inducción y reintucción, no hay evidencia de medición de clima organizacional, no está documentado la relación docencia- servicio, la política de talento humano está desactualizada y no cumple con los criterios mínimos de una política.
2017	1. Se realizó medición de clima organizacional. 2. Se documentó y ejecutó el Plan interno de capacitación. 3. Se realizaron actividades de bienestar para todos los trabajadores. 4. Se continuó con el proceso de formalización de empleo.
2018	1. Se documentó el proceso de inducción y reintucción. 2. Se dio cumplimiento al Plan interno de Capacitaciones. 3. Se realizó inducción a todos los estudiantes que realizaron práctica en el ISABU. 4. Se continuó con el proceso de formalización de empleo.
2019	1. Se documentó el proceso de inducción y reintucción. 2. Se ajustó la Política de Gestión del Talento Humano 3. Se dio cumplimiento al Plan interno de Capacitaciones. 4. Se realizó inducción a todos los estudiantes que realizaron práctica en el ISABU. 5. Se continuo con el proceso de formalización de empleo. 6. Se implementaron indicadores de proceso. 7. Se realiza seguimiento al ausentismo laboral. 8. Se realizaron análisis de puestos de trabajo. 9. Se implementó el sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

Fuente: Matriz de Seguimiento Pamec

TABLA 85 LOGROS ESTÁNDAR AMBIENTE FÍSICO

Logros Estándar Ambiente Físico	
2016	1. No existe inducción y reintucción, no hay evidencia de medición de clima organizacional, no está documentado la relación docencia- servicio, la política de talento humano está desactualizada y no cumple con los criterios mínimos de una política.
2017	1. Se realizó medición de clima organizacional. 2. Se documentó y ejecutó el Plan interno de capacitación. 3. Se realizaron actividades de bienestar para todos los trabajadores. 4. Se continuó con el proceso de formalización de empleo.
2018	1. Se documentó el proceso de inducción y reintucción. 2. Se dio cumplimiento al Plan interno de Capacitaciones. 3. Se realizó inducción a todos los estudiantes que realizaron práctica en el ISABU. 4. Se continuó con el proceso de formalización de empleo.
2019	1. Se documentó el proceso de inducción y reintucción. 2. Se ajustó la Política de Gestión del Talento Humano 3. Se dio cumplimiento al Plan interno de Capacitaciones. 4. Se realizó inducción a todos los estudiantes que realizaron práctica en el ISABU. 5. Se continuo con el proceso de formalización de empleo. 6. Se implementaron indicadores de proceso. 7. Se realiza seguimiento al ausentismo laboral. 8. Se realizaron análisis de puestos de trabajo. 9. Se implementó el sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

Fuente: Matriz de Seguimiento Pamec

TABLA 86 LOGROS ESTÁNDAR GERENCIA DE LA TECNOLOGÍA

Logros Estándar Gerencia de la tecnología	
2016	1. No se encuentra documentado el proceso de gestión de la tecnología, no hay evidencia de consulta de las alertas del INVIMA, no hay evidencia de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo.
2017	1. Se inició una actualización y organización de todas las hojas de vida de los equipos biomédicos. 2. Se documentó el Manual de Tecnovigilancia

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Se generó el procedimiento de consulta de alertas del INVIMA 4. Se documentó el plan de mantenimientos preventivos y correctivos de equipos biomédicos, computadores, equipos fijos.
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con hojas de vida de equipos biomédicos actualizados. 2. Se realizó contrato para calibración de equipos biomédicos. 3. Se socializó el Manual de Tecnovigilancia 4. Se implementó el plan de mantenimientos preventivos y correctivos.
2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con un software de equipos biomédicos que permite tener acceso a todas las hojas de vida de los equipos desde cualquier computador. 2. Se realizó calibración de equipos 3. Se realizaron guías rápidas de uso de equipos biomédicos

Fuente: Matriz de Seguimiento Pamec

TABLA 87 LOGROS ESTÁNDAR GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.

Logros Estándar Gerencia de la Información.	
2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con historia clínica electrónica, no se evidencia un proceso claro para generación de reportes y bases de datos, no existen responsables de la información.
2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se identificaron las necesidades de información de todas las áreas. 2. Se capacitó al personal en el manejo del software de historia clínica. 3. Se inició la documentación del plan de Tecnologías de la información 4. Se inició el reporte de indicadores 1552 y 256 con apoyo del Software.
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se inició con la implementación del software Panacea. 2. Se documentó el Plan de tecnologías de la información. 3. Se estandarizó el proceso de reporte de indicadores de calidad a los diferentes entres territoriales. 4. Se estandarizó el proceso de recolección de la información para el reporte del decreto 2193.
2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se culminó la implementación del Software Panacea. 2. Se realiza minería de datos para conciliación de información. 3. Se capacitó a todo el personal en el manejo del Software Panacea. 4. Se documentó y socializó la política de gerencia de la información.

Fuente: Matriz de Seguimiento Pamec

TABLA 88 LOGROS ESTÁNDAR MEJORAMIENTO CONTINUO

Logros Estándar Mejoramiento Continuo	
2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se evidencia PAMEC 2016. 2. No se evidencian auditorías internas.
2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se estructuró el procedimiento de auditorías internas y externas. 2. Se documentó e implementó el PAMEC, enfocado en Acreditación. 3. Se elaboraron fichas técnicas de indicadores.
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizó el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas y externas. 2. Se documentó e implemento PAMEC enfocado en Acreditación 3. Se hace seguimiento a indicadores de calidad.
2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se implementaron los grupos primarios de mejoramiento continuo. 2. Se documentó e implementó PAMEC enfocado en Acreditación. 3. El ISABU fue seleccionado por el Ministerio de Protección social como experiencia exitosa PAMEC.

Fuente: Matriz de Seguimiento Pamec

2.3.6.5.1 PRINCIPALES ACCIONES ENFOCADAS EN ACREDITACIÓN QUE CONTRIBUYERON AL FORTALECIMIENTO DEL MEJORAMIENTO CONTINUO

2.3.6.5.1.1 ESTÁNDAR TALENTO HUMANO

En el estándar de talento humano se mejoraron las condiciones laborales a través de la formalización del empleo, lo que generó mejora en la calidad en la atención al usuario.

Fotografía 2. Formalización de Empleo 2017, 2018, 2019



A través de talleres de empoderamiento y fortalecimiento del ser se trabajó humanización en todos nuestros colaboradores

Fotografía 3. Talleres de emprendimiento y fortalecimiento



A través de actividades lúdico-pedagógicas se fortaleció el proceso de Inducción y re-inducción

Fotografía 4. Actividad Lúdica- pedagógica



2.3.6.5.1.2 ESTÁNDAR CLIENTE ASISTENCIAL

El estándar priorizado fue lo relacionado con derechos y deberes de los usuarios, educación al usuario y su familia en los procesos de atención.

A través de nuestra gran alianza de usuarios se generó un programa de capacitación y educación, en este programa de capacitación participó todo el nivel directivo incluyendo al gerente, así mismo se premió a los usuarios más comprometidos.

Fotografía 5. Alianza de Usuarios



2.3.6.5.1.3 ESTÁNDAR AMBIENTE FÍSICO

1. Infraestructura humanizada y segura:

Se realizó mantenimiento y remodelación de todos los centros de salud y unidades hospitalarias, queda pendiente para el 2.020 la entrega de 7 centros de salud completamente renovados.

Fotografía 6. Infraestructura humanizada y segura



Fotografía 7. Dotación con altos estándares de calidad



2.3.6.5.1.4 ESTÁNDAR GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Se migró al software panacea lo que permite mejoramiento en el manejo integral de la información y se inició con la implementación de la asignación de citas por página web lo que permite disminuir barreras de acceso a los usuarios.



2.3.6.6 SEGURIDAD DEL PACIENTE 2016 - 2020

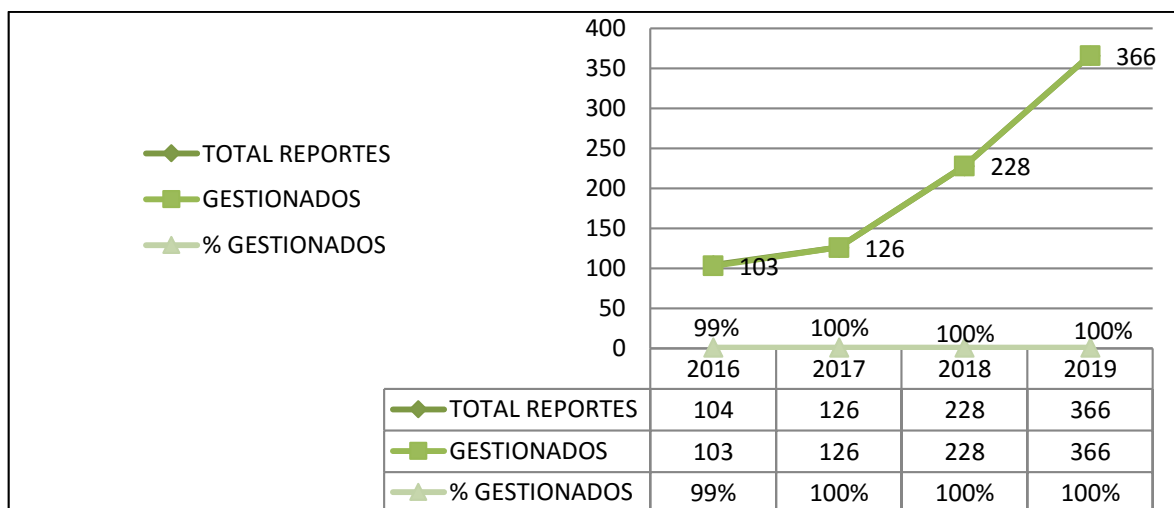
2.3.6.6.1 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Programa de Seguridad del Paciente fue actualizado en Agosto de 2019 y viene desarrollando actividades desde el años 2012, estas actividades se encaminan al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente para el reporte y gestión de eventos adversos, el fomento de las acciones seguras en cada servicio y unidad operativa; identificación de pacientes, administración segura de medicamentos, atención humanizada, cirugía segura, prevención de caídas y lesiones de piel, consentimiento informado, binomio madre – hijo y en aspectos que apuntan a la atención limpia y segura con fortalecimiento de acciones para mejoramiento en práctica de higiene de manos, aislamiento y bioseguridad, se complementa con la realización de rondas de seguridad con equipo administrativo, entre otros. Actualmente cuenta con programa (actualizado agosto 12 de 2019) y política institucional de seguridad que cumple con los lineamientos nacionales actualizada mediante Resolución 0277 de 09 de julio de 2019.

2.3.6.6.2 POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cumple con los lineamientos nacionales actualizada mediante Resolución 0277 de 09 de julio de 2019: “El Gerente y los colaboradores se comprometen a adoptar los Lineamientos Nacionales de la Política de Seguridad del Paciente, estableciendo el programa institucional con las estrategias estandarizadas para garantizar una atención segura, accesible y oportuna al usuario y su familia, armonizada con las diferentes políticas institucionales mediante la gestión de la tecnología, humanización, ambientes seguros, capacitación del talento humano que fortalezca de forma permanente y sistemática la identificación de riesgos, el reporte de incidentes o eventos adversos y la oportuna intervención de los mismos; a través de la implementación de una cultura de seguridad institucional y de los procesos para el desarrollo de habilidades y prácticas seguras que estimula el aprendizaje organizacional y la mejora continua”.

GRÁFICO 27 GESTIÓN EVENTOS ADVERSOS 2016 – 2019

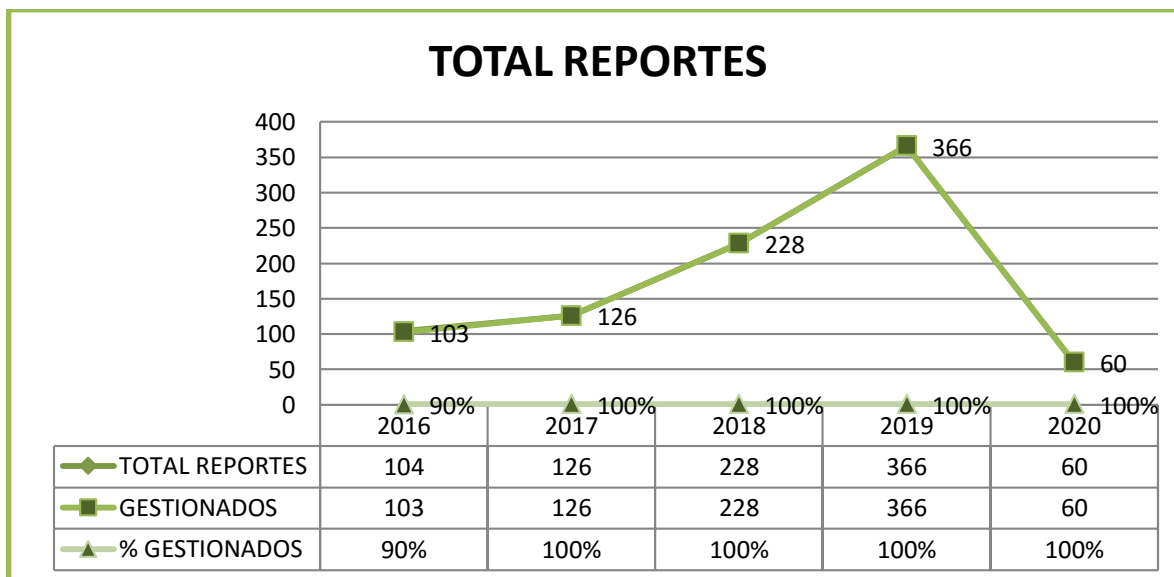


Fuente: Oficina de Calidad- Matriz de Seguimiento Incidentes y Eventos Adversos Seguridad del Paciente

Debido a las estrategias para el fortalecimiento de la cultura institucional del reporte se presentó un incremento en la notificación y se observó en los dos últimos años un aumento cercano al 60% en el reporte; de los cuales se gestionaron todos los incidentes y eventos adversos por parte del grupo de seguridad del paciente.

En el primer bimestre se ha continuado con el análisis de los eventos adversos los cuales se consolidan de manera trimestral.

GRÁFICO 28 PORCENTAJE REPORTE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES 2017 – AL PRIMER BIMESTRE 2020



Fuente: Oficina de Calidad- Matriz de Seguimiento Incidentes y Eventos Adversos Seguridad del Paciente

Ruta soporte: Carpeta T/Calidad/Empalme Calidad/Seguridad del Paciente

A pesar de no haber logrado la ESE ISABU, que la cultura del reporte de incidentes supere en 10 unidades el reporte de evento adversos (Definido en los Paquetes Instruccionales de Seguridad del Paciente y la Atención Segura del MPS), el aporte dado por el Módulo de Evento Adverso existente en PANACEA nos permitirá avanzar en el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente Institucional.

TABLA 89 CLASIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS EN LA ESE ISABU 2017- 2019

EVENTO	FORMULA	2017	PLAN MEJORA	FORMULA	2018	PLAN MEJORA	FORMULA	2019	PLAN MEJORA
CAIDAS HOSPITALARIAS	7	0,050	Capacitacion riesgos caidas a funcionarios y usuarios	13	0,072	Medicion de adherencia	0	0	Cambios de camas y camillas
	13983			17936			24360		
INFECCIONES SITIO OPERATORIO (ISO)		SD	Motivar el reporte de ISO a los lideres	9	1,079	Capacitaciones del reporte en sala de partos y cirugía, UMIST Y HLN. Analisis en conjunto con SIVIGILA, lavado de manos, limpieza y desinfeccion, cateterismo vesical, bioseguridad.	33	2,681	Capacitaciones a Centros de salud. Reestructuracion de comité de infecciones, busqueda activa. Actualizacion de manuales y protocolos de: Lavado de manos, limpieza y desinfeccion, cateterismo vesical, bioseguridad
				834			1231		
FLEBITIS		1	Capacitacion Higiene de manos, terapias endovenosas, fijacion del cateter.		10	Capacitacion Higiene de manos, terapias endovenosas, fijacion del cateter.		61	Capacitacion Higiene de manos, terapias endovenosas, fijacion del cateter. Busqueda activa, comité interdisciplinario.
REINGRESOS URGENCIAS	30	0,071	Analisis de los reportes realizados por las EPS	235	0,382	Analisis de los reportes realizados por las EPS	181	0,236	Busqueda activa, revision de HC
	42500			61557			76748		
REINGRESOS HOSPITALIZACION	0	0,000	Analisis de los reportes realizados por las EPS	18	0,279	Analisis de los reportes realizados por las EPS	29	0,367	Busqueda activa, revision de HC
	4893			6461			7906		
FUGA DE PACIENTES		14	Capacitacion en riesgo de fuga y protocolo de prevencion y manejo		23	Capacitacion en riesgo de fuga y protocolo de prevencion y manejo		14	Socialización de protocolo (personal enfermería y vigilantes), reforzamiento de infraestructura
CANCELACION DE CIRUGIAS	1	0,101	Reporte 2193	17	0,914	Nueva contratacion para mantenimiento de infraestructura.	6	0,260	Nueva contratacion para mantenimiento de infraestructura.
	988			1860			2306		
ENDOMETRITIS POST-PARTO		SD	Motivar el reporte de ISO a los lideres	3	0,151	Capacitaciones del reporte en sala de partos y cirugía, UMIST Y HLN. Analisis en conjunto con SIVIGILA, lavado de manos, limpieza y desinfeccion, cateterismo vesical, bioseguridad.	6	0,260	Capacitaciones a Centros de salud. Reestructuracion de comité de infecciones, busqueda activa. Actualizacion de manuales y protocolos de: Lavado de manos, limpieza y desinfeccion, cateterismo vesical, bioseguridad
				1990			2311		
OTRAS INFECCIONES		SD	SD		3	Capacitaciones del reporte en sala de partos y cirugía, UMIST Y HLN. Analisis en conjunto con SIVIGILA, lavado de manos, limpieza y desinfeccion, cateterismo vesical, bioseguridad.		29	Capacitaciones a Centros de salud. Reestructuracion de comité de infecciones, busqueda activa. Actualizacion de manuales y protocolos de: Lavado de manos, limpieza y desinfeccion, cateterismo vesical, bioseguridad
ESAVI		SD	SD		1	Analisis causa raiz en conjunto con PAI, VE; capacitacion sobre cuidados post-vacuna.		10	Analisis causa raiz en conjunto con PAI, VE; capacitacion sobre cuidados post-vacuna; red de frio, buenas practicas de administracion del biologico e higienizacion de manos.
RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS		4	Capacitacion de los 10 correctos		7	Capacitacion de los 10 correctos		7	Capacitacion de los 10 correctos, identificacion correcta Buenas practicas de Admon Medicamentos, Diluciones y Velocidades de admon de medicamentos. Cuidados del manejo y admon de insulinas
OTROS		34	Capacitacion seguridad del paciente, actualizacion de manual y protocolos		1	Capacitacion seguridad del paciente, actualizacion de manual y protocolos		24	Capacitacion seguridad del paciente, actualizacion de manual y protocolos

Fuente: Oficina de Calidad- Matriz de Seguimiento Incidentes y Eventos Adversos Seguridad del Paciente

Se evidencia un aumento de reporte de los eventos durante los años 2018 y 2019, dado por la búsqueda de los mismos a través de las diferentes modalidad implementadas por el Programa de Seguridad del Paciente y el Comité de Infecciones.

A la Oficina de Seguridad del paciente se le asignó un profesional de enfermería como apoyo al programa; quien realiza la búsqueda activa de casos y junto con el trabajo coordinado con vigilancia epidemiológica y laboratorio clínico realizan el respectivo análisis y seguimiento por lo cual se encuentra incrementado el reporte relacionado a IAAS, Flebitis y Fuga de pacientes. Para lo cual la institución generó planes de mejoramiento e implementó barreras de protección como educación a paciente y acompañantes, permitir acompañamiento permanente a usuarios con riesgos de caídas, mantenimiento correctivo a camas y camillas de los diferentes servicio y dotación de mobiliario hospitalario.

En lo relacionado con infecciones la notificación obligatoria por SIVIGILA fortalece la inclusión de nuevos casos al reporte y análisis por seguridad del paciente y la identificación de nuevas acciones como la reestructuración del comité de infecciones y análisis de casos con implementación de planes de mejora.

En el caso de fugas (muchos de ellos con afectación en su salud mental), se realizan acciones para minimizar riesgos como es el de elaborar el protocolo de sujeción clínica del paciente que permita de forma segura brindar la atención, manejo y/o referencia del paciente a nivel complementario según requerimiento.

Se continúa con la búsqueda activa de incidentes y eventos a través de las rondas de seguridad del paciente, laboratorio clínico, apoyo de los líderes de los servicios hospitalarios, Direcciones técnicas y reporte por SIVILA (en especial de casos relacionados con infecciones).

TABLA 90 AVANCES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AVANCES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
AVANCE 2015	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal con entrenamiento y/o experiencia certificada. ✓ Juntas médicas para toma de decisiones críticas. ✓ Programa de educación continuada. ✓ Implementación de la historia clínica sistematizada. ✓ Involucrar al paciente y la familia en todos los procesos de atención. ✓ Promoción de la cultura de seguridad del paciente en las diferentes zonas (norte, sur, oriente, occidente). Jornadas de socialización de la política de seguridad del paciente. ✓ Diseño, implementación y medición de adherencia a protocolos. ✓ Implementación de escalas para valoración de riesgos de Caídas. ✓ Entre los eventos adversos reportados y gestionados se encuentran: Inadecuada supervisión o manejo que pone en riesgo la vida del paciente, Infecciones sitio operatorio, cancelación de cirugías, reingresos, caídas, flebitis, ESAVI. ✓ Primera medición de la cultura de seguridad del paciente
AVANCE 2016	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación mensual de Historias Clínicas de programas de promoción y prevención por parte del personal médico, "pares". ✓ Auditorías internas medición adherencia a guías para programas C y D, HTA, Diabetes y Gestantes de consulta externa y retroalimentación de resultados. ✓ Auditoria en el área hospitalaria (adherencia a protocolos en los servicios de cirugía y salas de partos y evaluación de aplicación a guías de primera causa de egreso hospitalario). ✓ Implementación y socialización del programa piel sana. (Escala de Bradem para valoración del riesgo a todos los usuarios hospitalizados, identificación de los usuarios por medio de manilla, lineamientos de actuación en prevención y manejo de lesiones de piel). ✓ Socialización de protocolos de atención limpia y segura, evaluación y conocimientos y

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ adherencia higiene de manos. ✓ Revisión, ajuste, socialización y evaluación del protocolo de identificación de pacientes. ✓ Diseño, adopción e Implementar la política de humanización de la atención en salud en la E.S.E. ISABU. ✓ Actualización del programa de seguridad del paciente 27/09/2016 ✓ Actualización, socialización, evaluación de adherencia de Protocolo de sujeción y prevención de caídas, higiene de manos, úlceras por presión, utilización de la escala de Downton para la valoración del riesgo y la utilización de brazaletes. ✓ Verificación del Protocolo cateterismo periférico y administración de medicamentos: se aplicar pre test- pos test de CVP y administración de medicamentos y evaluación de la adherencia de protocolos ✓ Celebración de Semana de Seguridad del Paciente
AVANCE 2017	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualización del Programa de Seguridad del Paciente ESE ISABU basado en la Guía técnica para las buenas prácticas de la seguridad del paciente y enfocado en diez (10) estrategias priorizadas por la política institucional mediante Resolución 0159 del 30 junio de 2017 y definidas por la OMS. ✓ Socialización y evaluación de la política de seguridad del Paciente, sistema de identificación, reporte de eventos, protocolos institucionales para el cumplimiento de las estrategias del programa. ✓ Fortalecimiento de la cultura de seguridad y gestión de eventos adversos. ✓ Realización de la semana de seguridad del paciente con capacitaciones sobre las diferentes estrategias:
AVANCE 2018	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de videos institucionales y socialización para fortalecimiento de prácticas seguras: Identificación del paciente, administración de medicamentos, atención limpia, riesgo de caídas, correctos en la administración de medicamentos, eventos adversos, política de seguras y video de vacunación. ✓ Socialización y capacitación de programa, políticas y protocolos asociados a seguridad del paciente: IAS: Infecciones del Sitio Operatorio y Endometritis), venopunción, higiene de manos, entre otros. ✓ Realización de semana de seguridad del paciente.
AVANCE 2019	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante el 2019 se realizaron acciones de actualización, socialización y medición de adherencia a Política, Programa de seguridad del paciente, Manuales, Protocolos asociados a seguridad del paciente y prevención de IAAS. ✓ Actualización de política y programa de seguridad del paciente, manuales y protocolos relacionados con las diferentes estrategias. ✓ Fortalecimiento de política de Humanización de la atención en los diferentes servicios. ✓ Fortalecimiento de acciones en estrategia Atención Limpia y Segura (Bioseguridad, aislamiento, higiene de manos, cateterismo vesical) ✓ Capacitación a personal de enfermería en terapia endovenosa. ✓ Acciones de inducción a personal de convenio docente asistencial. ✓ Fortalecimiento de la búsqueda activa institucional de Eventos adversos, así como el análisis y planes de mejoramiento. ✓ Participación en elaboración, adopción o adaptación de guías priorizadas. ✓ Coordinación con instituciones en convenio para desarrollo de proyecto educocomunicativo que fortalezca el cumplimiento de estrategias priorizadas en esta vigencia.
AVANCES 2020 (Enero – Febrero)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cronograma plan institucional de capacitaciones ✓ Capacitación en limpieza y desinfección ✓ Capacitación en protocolo de Higiene de manos ✓ Capacitación en bioseguridad ✓ Participación en autoevaluación de Acreditación ✓ Actualización 100% Módulo de Panacea eventos e incidentes reportados 2019 y enero-febrero 2020. Cargue y gestión. ✓ Revisión, análisis de Historias Clínicas de reportes de eventos e incidentes - enero – febrero 2020. ✓ Rondas de seguridad (Sala de Partos, urgencias, laboratorio, Depósito de Cadáveres). ✓ Comité integrador de seguridad del paciente - febrero 26 de 2020 ✓ Informe empalme seguridad del paciente

Fuente: Oficina de Calidad- Programa Seguridad del Paciente

2.3.6.6.3 EVIDENCIAS PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE

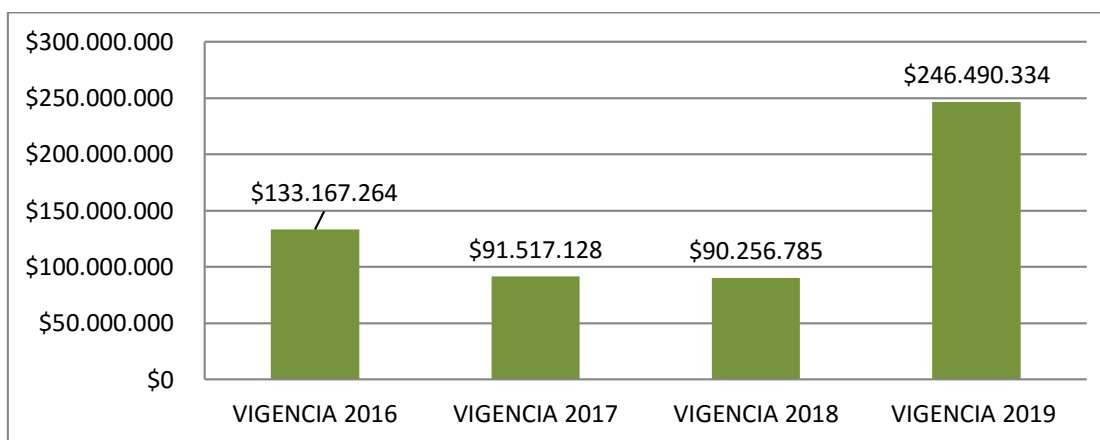
Fotografía 8. Programa Seguridad del Paciente



2.3.7 GESTIÓN AMBIENTAL

La ESE ISABU comprometida con el medio ambiente anualmente ha realizado inversion ambiental que permiten cumplir con el Plan de Gestion Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS), garantizando la recoleccion, transporte, tratamiento y disposicion final de residuos peligrosos, fumigacion, lavado y desinfeccion de tanques, compra de canecas para la segregacion de los residuos hospitalarios, compra de basculas para el pesaje diario de los residuos en las unidades operativas de la institucion; además realiza la caracterizacion fisicoquimica del agua residual no domestica en las unidades hospitalarias Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST) y Hospital local del Norte (HLN).

GRÁFICO 29 INVERSIÓN AMBIENTAL



Fuente: Oficina de Calidad- Presupuesto y contratación ESE ISABU

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme Calidad/Ambiental

Como se observa en la grafica durante la vigencia 2019 se produjo un incremento significativo de la inversión anual en ambiental debido que se llevo a cabo la construccion del sistema de tratamiento de aguas residuales no domesticas para dar cumplimiento a los parámetros DBO5,DQO, sólidos suspendidos totales, grasas y aceites que son vertidos por el hospital local del norte al medio ambiente.

2.3.7.1 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES (PGHIRS)

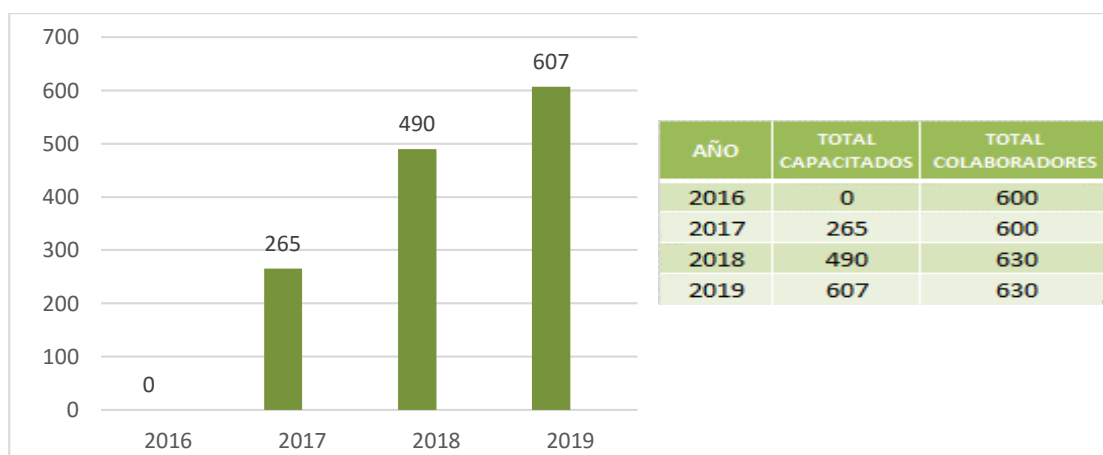
Para dar cumplimiento a la Resolución 1164 de 2002 y al Decreto 351 de 2014, desde la vigencia 2017 se ha venido actualizando anualmente el PGIRHS para lo cual se realizan

inspecciones en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias con el objetivo de verificar el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente, además se han ejecutado auditorías al gestor contratado en la vigencias 2018 y 2019 para garantizar la correcta disposición final de los residuos peligrosos generados por los diferentes unidades operativas de la institución, de igual manera se cuenta con el comité de Gestión Sanitaria y Ambiental establecido bajo Resolución 212 del 01 de agosto de 2016 y en el año 2018 modificada mediante Resolución 0334 del 08 de octubre de 2018.

2.3.7.1.1 PLAN DE CAPACITACIÓN GESTIÓN AMBIENTAL

A partir del año 2016 se ha realizado capacitación en los siguientes temas: Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS), Política Ambiental, normas de bioseguridad, clasificación y manipulación de residuos, formato RH1, ahorro y uso eficiente de agua y energía, ética y buena conducta como se ilustra en el gráfico.

GRÁFICO 30 CAPACITACIONES PGIRHS 2016-2019



Fuente: Oficina de Calidad-Planillas de asistencia

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme Calidad/Ambiental

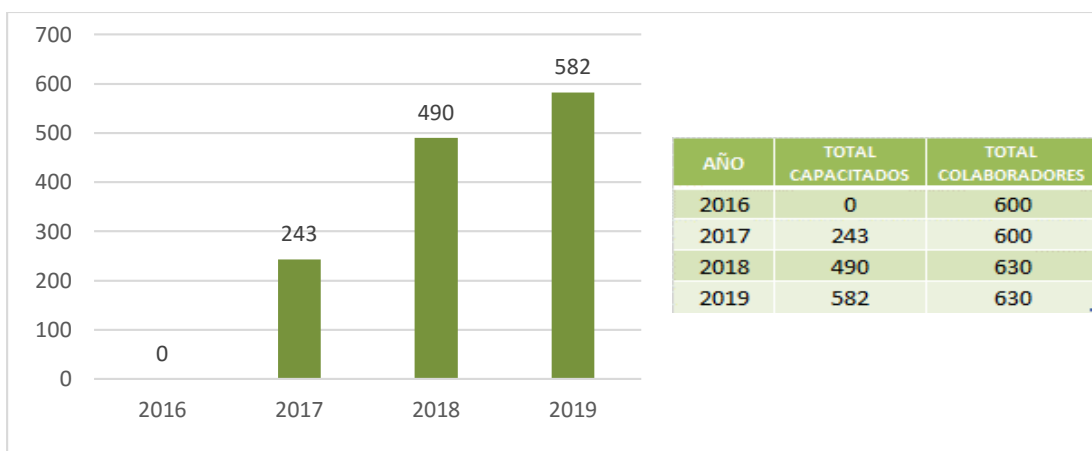
Se logra a 31 de diciembre de 2019 la participación de 607 colaboradores (personal asistencial, administrativo, servicios generales) equivalente al a un 96.3% y es la primera vez donde se mide adherencia al conocimiento obteniendo un 95.1%.

En la vigencia 2020 se ha realizado capacitación a 110 colaboradores de diferentes áreas y/o servicios como son el personal de vigilancia, servicios generales, líderes de servicios de la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita y Hospital Local del Norte, sala de partos, pediatría y hospitalización aplicando evaluación del conocimiento obteniendo como resultado en el pre test 64.5% y post test del 90.1%.

2.3.7.1.2 POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL

Creada en el año 2017 bajo Resolución 0188 del 26 de julio de 2017, se actualiza en la vigencia 2019 teniendo en cuenta los criterios exigidos en el componente del Sistema Único de Acreditación mediante la Resolución 0236 del 7 junio de 2019 siendo desplegada a los colaboradores de la institución.

GRÁFICO 31 SOCIALIZACIÓN POLÍTICA 2016-2019



Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soportes: T/Calidad/Empalme Calidad/Ambiental

Aplicadas estrategias para el despliegue de la Política de Gestión Ambiental y obteniendo conciencia ambiental se logra en la vigencia 2019 que el 93.3% de los colaboradores conocieran la política y es medida la adherencia al conocimiento obteniendo un 96.2%.

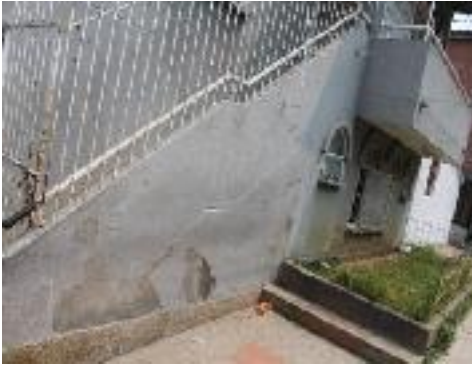
2.3.7.1.3 INFRAESTRUCTURA DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1164 DEL 2002

Debido al deterioro en la infraestructura de los cuartos de almacenamiento de residuos hospitalarios, la presente administración ha venido mejorando la infraestructura física de los mismos paulatinamente así:

- **Centro de Salud Regaderos vigencia 2016**

El centro de salud no tenía depósito para los desechos y se realizó la construcción de los tres cuartos de almacenamiento de residuos hospitalarios.

Fotografía 9. Depósito de desechos Centro Salud Regaderos



2016



Actualmente

- **Centro de Salud Café Madrid vigencia 2017**

Para el año 2017 el centro de salud de Café Madrid no contaba con sitio para el almacenamiento de reciclaje y se realiza la construcción de los tres cuartos de almacenamiento de residuos hospitalarios (ordinarios, reciclables y peligrosos).

Fotografía 10. Depósito de desechos Centro de Salud Café Madrid



2017

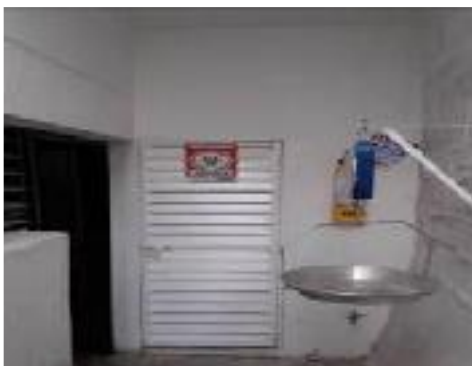


Actualmente

- **Centro de Salud Rosario vigencia 2017**

Durante el periodo 2017 se construyó el centro de acopio temporal de residuos peligrosos, quedando pendiente la separación de los cuartos para residuos ordinarios y reciclables.

Fotografía 11. Depósito de desechos Centro de Salud el Rosario



- **Centro de Salud Concordia vigencia 2017**

El centro de salud no tenía depósitos de residuos, por ello se realizó la construcción de dos cuartos de residuos hospitalarios; uno para residuos peligrosos y otro para residuos ordinarios y reciclables, quedando pendiente la separación de los cuartos que se encuentran compartiendo la misma área.

Fotografía 12. Depósito de desechos Centro de Salud Concordia



- **Centro de Salud Gaitán vigencia 2017**

Se construyeron los tres cuartos de almacenamientos de residuos hospitalarios (ordinario, reciclaje y peligrosos), el centro de salud no tenía depósito para los residuos.

Fotografía 13. Depósito de desechos Centro de Salud Gaitán



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Santander vigencia 2018**

Se realizó adecuaciones al cuarto de almacenamiento de residuos hospitalarios en el cual se selló la ventana contigua al baño de usuarios.

Fotografía 14. Depósito de desechos Centro de Salud Santander



Antes



Actualmente

Se pintó el cuarto de residuos en la parte externa con pintura antibacterial.



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Morrорico vigencia 2018**

No habían cuartos de residuos, razón por la cual se construcción los tres cuartos de residuos hospitalarios dando cumplimiento a la normatividad ambiental.

Fotografía 15. Depósito de desechos Centro de Salud Morrорico



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Villarosa vigencia 2018**

Se realizó la construcción de los tres cuartos de residuos hospitalarios (ordinario, reciclable y peligroso), no contaba el centro de salud con depósitos para residuos.

Fotografía 16. Depósito de desechos Centro de Salud Santander



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Colorados vigencia 2018**

Se construyeron los tres cuartos de almacenamientos de residuos hospitalarios (ordinario, reciclaje y peligrosos), placa y/o volado, el centro de salud no contaba con depósitos para residuos.

Fotografía 17. Depósito de desechos Centro de Salud Colorados



- **Centro de Salud Cristal Alto vigencia 2019**

Se tenía un cuarto para desechos, razón por la cual se realizó la construcción de tres cuartos independientes en cumplimiento a la normatividad ambiental.

Fotografía 18. Depósito de desechos Centro de Salud Cristal Alto



- **Centro de Salud Café Madrid vigencia 2019:**

Este centro de salud fue construido en su totalidad, por tal razón se construyeron los tres de cuartos de residuos teniendo en cuenta la normatividad ambiental aplicable.

Fotografía 19. Depósito de desechos Centro de Salud Café Madrid



- **Centro de Salud Comuneros vigencia 2019**

Este centro de salud contaba con dos cuartos de residuos hospitalarios el cual no cumplía en su totalidad con la normatividad ambiental aplicable, razón por la cual se realizó remodelación efectuando la separación en tres cuartos de almacenamiento para residuos ordinarios, reciclables y peligrosos.

Fotografía 20. Depósito de desechos Centro de Salud Comuneros.



Antes



Actualmente

- **Hospital Local del Norte vigencia 2019**

Se realizaron adecuaciones a los cuartos de residuos ordinarios y peligrosos como se describe a continuación: Se instaló driwall en la parte superior de las puertas de los depósitos de residuos ordinarios y peligrosos hasta llegar al techo con el fin de evitar contaminación cruzada entre los mismos, además de utilizar una pintura antibacterial.

Fotografía 21. Depósito de desechos Centro de Salud Hospital Local del Norte



Antes



Actualmente

Se instalo iluminacion en los dos depositos de residuos (ordinarios y peligrosos), se aplico pintura antibacteriana a todas las paredes



Antes



Actualmente

Se instalo rejilla en sifon ubicado en la entrada de los depositos de residuos.

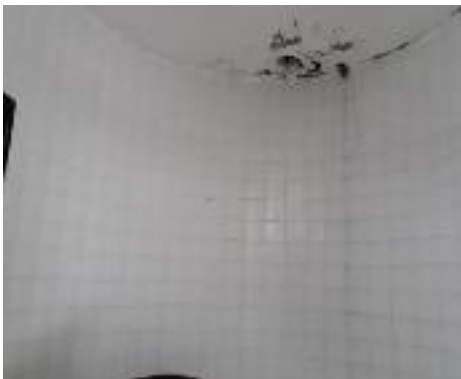


Antes

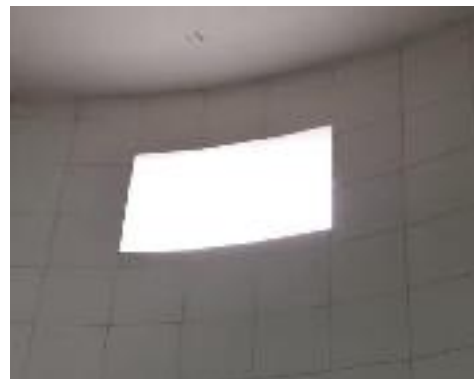


Actualmente

Se ubicaron puntos de ventilacion con sus respectivos anjeos.



Antes



Actualmente

En la vigencia 2020 se construyeron los cuartos de residuos peligrosos, ordinarios y reciclables en los siete Centros de Salud que se encuentran en remodelación teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 1164 de 2002.

- **Centro de Salud San Rafael vigencia 2020:** Este centro de salud solo tenía un cuarto para el depósito de residuos peligrosos, ordinarios y reciclables, actualmente cuenta con tres cuartos por cada clase de residuos; cada uno cuentan iluminación, ventilación, acometida de agua para el lavado, media caña y paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.

Fotografía 22. Depósito de desechos Centro de Salud San Rafael



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Girardot vigencia 2020:** Este centro de salud contaba con cuartos de desechos los cuales estaban deteriorados y no cumplían con lo establecido en la Resolución 1164 de 2002, actualmente se construyeron los tres cuartos de residuos los cuales cuentan con paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables, iluminación, ventilación, acometida de agua para el lavado y media caña.

Fotografía 23. Depósito de desechos Centro de Salud Girardot



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Campo Hermoso vigencia 2020:** Este Centro de Salud tenía dos cuartos para el almacenamiento de residuos, en la actualidad cuenta con tres ambientes para cada clase de residuo

Fotografía 24. Depósito de desechos Centro de Salud Campo Hermoso



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud la Joya vigencia 2020:** Este centro de salud solo tenía un cuarto para el depósito de residuos peligrosos, ordinarios y reciclables, actualmente cuenta con tres cuartos por cada clase de residuos; cada uno cuentan iluminación, ventilación, acometida de agua para el lavado, media caña y paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.

Fotografía 25. Depósito de desechos Centro de Salud La Joya



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Bucaramanga vigencia 2020:** Este centro de salud tenía dos cuartos de almacenamiento de residuos los cual no cumplían con la normatividad ambiental, razón por la cual se construyeron tres cuartos de residuos los cuales tienen acometida de agua, iluminación, sifón y ventilación en cumplimiento a la resolución 1164 de 2002.

Fotografía 26. Depósito de desechos Centro de Salud Bucaramanga



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud la Libertad vigencia 2020:** Este Centro de salud contaba con dos cuartos para el almacenamiento de residuos, actualmente cuenta con ambiente para cada tipo de residuo, adema tiene iluminacion, ventilacion, acometida de agua para el lavado, media caña y paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.

Fotografía 27. Depósito de desechos Centro de Salud La Libertad



Antes



Actualmente

- **Centro de Salud Kennedy vigencia 2020:** Este centro de salud no contaba con cuartos para el depósito de residuos, se construyeron los tres de cuartos de desechos teniendo en cuenta la normatividad ambiental aplicable.

Fotografía 28. Depósito de desechos Centro de Salud Kennedy

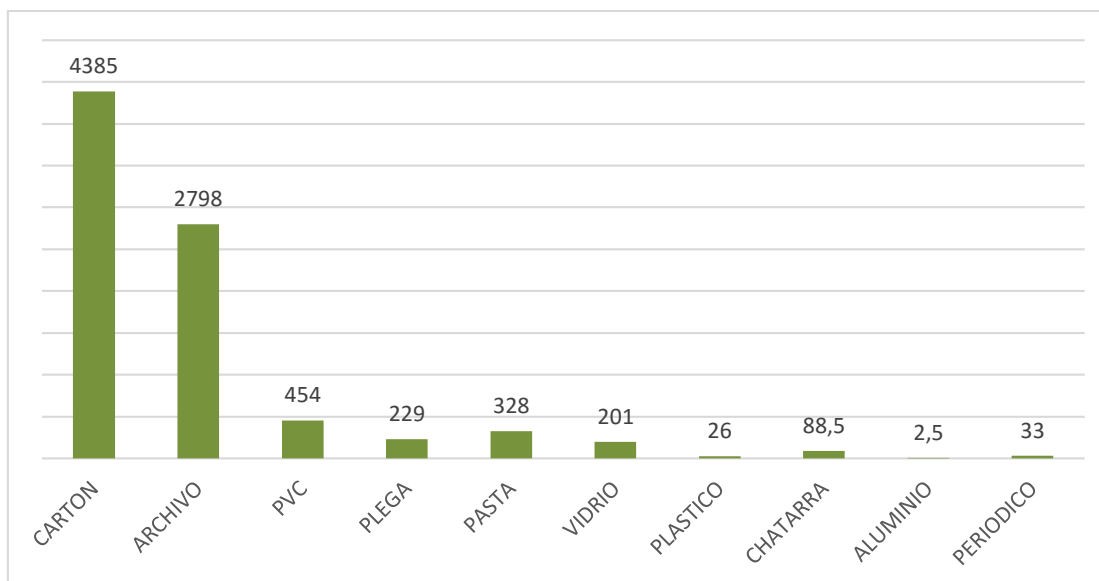


Actualmente

2.3.7.1.3 AVANCES DEL PLAN DE GESTIÓN

Durante el año 2019 se celebró contrato de compraventa de reciclaje, vendiendo a 31 de diciembre de 2019 un total de 8545 kilogramos de materiales como cartón, archivo, PVC, plega, pasta, vidrio, plástico, chatarra; siendo el cartón el material más reciclado por la institución con un total de 4385 Kg equivalente a un 51,3% del total del material vendido, obteniendo como ingreso la suma de (\$2.484.775).

GRÁFICO 32 GENERACIÓN MATERIAL RECICLABLE

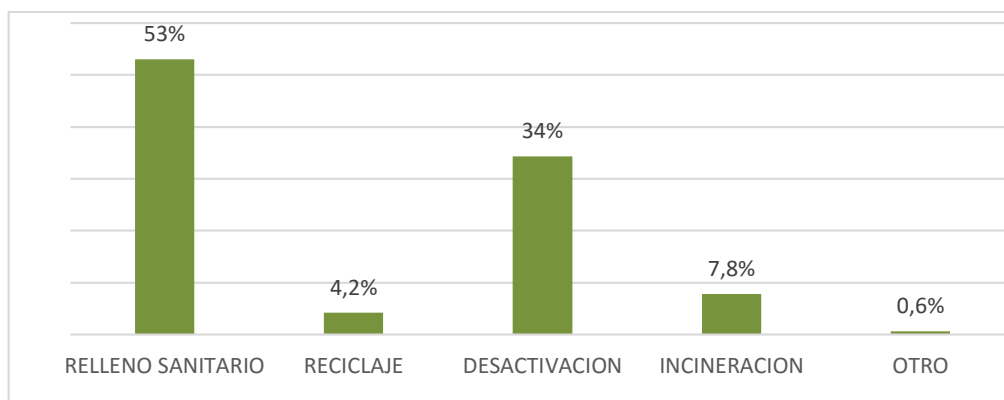


Fuente: Oficina de Calidad-Contrato compra y venta material reciclable, factura, soporte consignación

Para la vigencia 2020 se cuenta con contrato de compra y venta de material reciclable logrado vender a 29 de febrero del año en curso 793 kilogramos obteniendo como ingreso en pesos la suma de \$296.950.

Además de los indicadores de capacitación y beneficio (venta de material reciclable) mencionado anteriormente, durante la vigencia 2019 se ha llevado el registro de indicadores de destinación obteniendo un total de residuos hospitalarios (No peligrosos y peligrosos) de 133.382 kilogramos, logrando una destinación del 100% como se muestra en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 33 DESTINACIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ESE ISABU

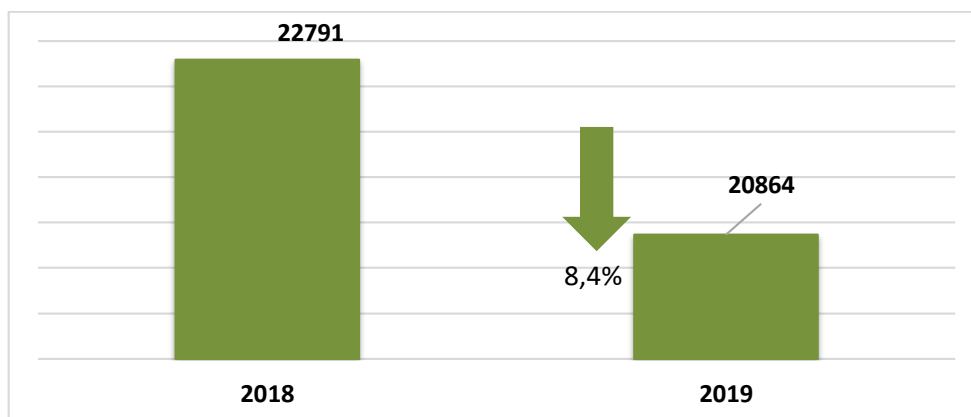


Fuente: Oficina de Calidad- Formato RH-1

INDICADOR DE AGUA Y ENERGÍA

Actualmente se está llevando el registro de los consumos de agua y energía con el objetivo de tener un mayor control en el consumo de los mismos y de esta manera buscar estrategias que permitan tomar acciones correctivas a que allá lugar, contribuyendo con el mejoramiento continuo y el cuidado de medio ambiente.

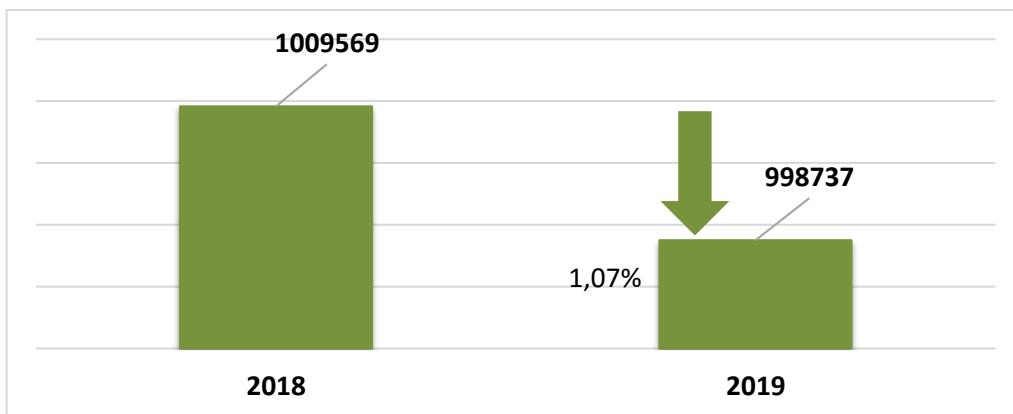
GRÁFICO 34 CONSUMO DE AGUA



Fuente: Oficina de Calidad

Realizando comparativo de los dos últimos años se obtuvo un ahorro del 8.4% del consumo de agua; implementando como estrategia las capacitaciones a los diferente colaboradores de la institución en el ahorro y uso eficiente del agua y a la oportuna respuesta ante fugas por parte de mantenimiento de la ESE ISABU.

GRÁFICO 35 CONSUMO ENERGÍA



Fuente: Recibos ESSA

En cuanto al consumo de energía la ESE ISABU logró disminuir el 1.07% con respecto al año anterior, cabe resaltar que por medio de capacitación al personal se ha logrado este ahorro teniendo como reto para el año 2020 aumentar la disminución de este servicio público.

FUMIGACIÓN, LAVADO Y DESINFECCIÓN DE TANQUES

Se realiza lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua en las unidades operativas con una periodicidad semestral, para garantizar un agua apta para consumo humano en el cual se realizaron 34 lavados programados y 2 adicionales para un total de 36 lavados obteniendo un porcentaje de ejecución del 100%.

Fotografía 29. Desinfección de tanque



En relación a la fumigación se han aplicado productos amigables con el medio ambiente para contribuir con la erradicación de zancudos, roedores, entre otros; evitando la proliferación de los mismos, los cuales se programan por medio de cronogramas obteniendo 40 fumigaciones programadas y 15 refuerzos para un total de 55 fumigaciones logrando un porcentaje de ejecución del 100%.

Fotografía 30. Fumigación



MANTENIMIENTO A LAS ZONAS VERDES

Con el fin de lograr un ambiente sano y evitando la proliferación de artrópodos y roedores, la ESE ISABU realiza mantenimiento a sus zonas verdes en los diferentes centros de Salud así como en sus dos unidades Hospitalarias.

Fotografía 31. Mantenimiento de zonas verdes UIMIST



Antes



Después

ESTRATEGIAS HOSPITAL VERDE VIGENCIA 2019

En la estrategia del ahorro y uso eficiente de energía se diseñó stiker para ser colocado en los encendedores con un mensaje que busca llegar al personal asistencial, administrativo, usuario y familia; que genere cultura y conciencia ambiental.

Figura 8. Estrategia del ahorro y uso eficiente



Otra estrategia de gran impacto que se implementó fue disminuir el uso del icopor a través de avisos en pantallas de los computadores, carteleras y capacitaciones donde se dio a conocer la estrategia logrando a 01 de noviembre de 2019 prohibir el ingreso de bebidas y alimentos en este material.

Figura 9. Estrategia no uso de Icopor



Para el ahorro y uso eficiente del papel se implementó una estrategia piloto en la UIMIST ubicando al lado de la impresora del área administrativa una alcancía en la cual por cada hoja que se dañe se deben depositar \$100 pesos, esto con el fin de que el personal tome conciencia y contribuya al cuidado del medio ambiente y con estos recursos se puedan utilizar en temas ambientales.

Figura 10. Estrategia uso eficiente del papel

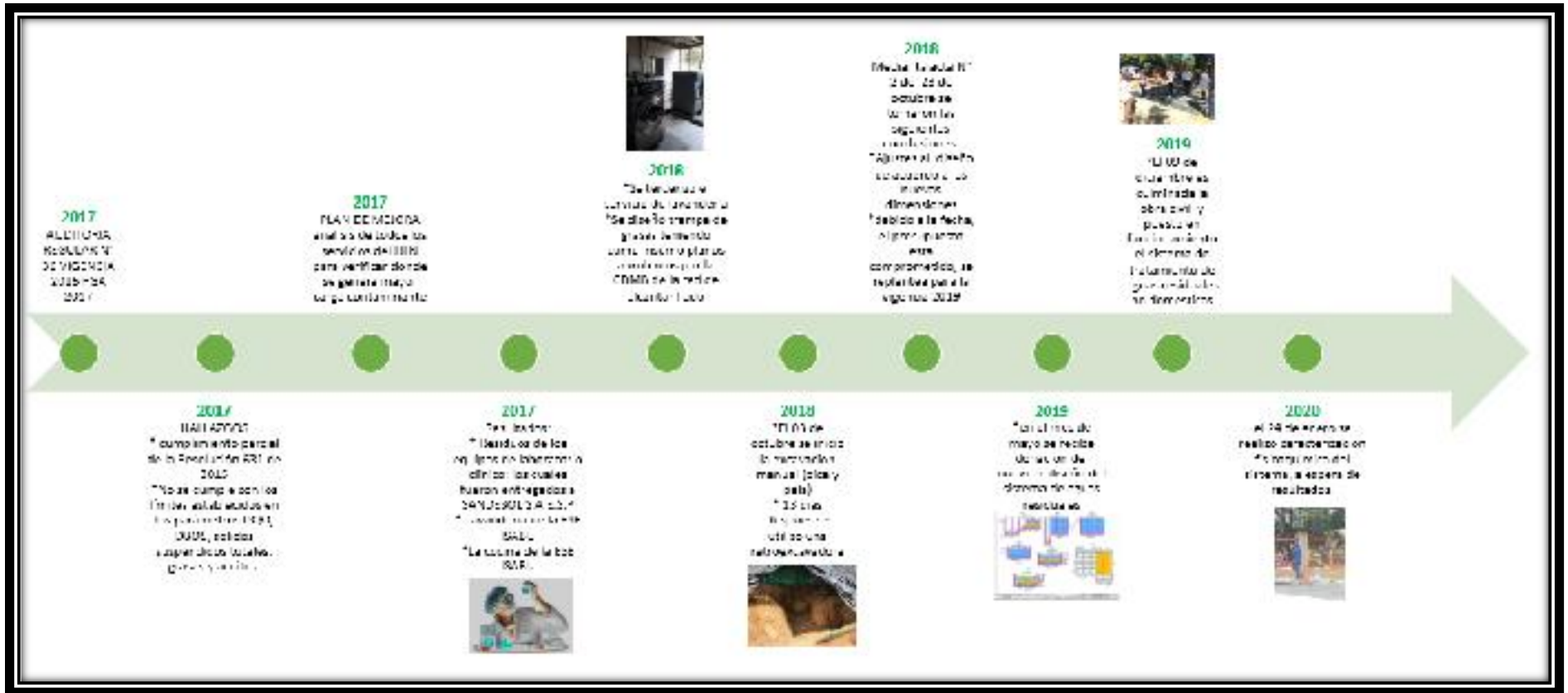


En relación a los Tips para contenidos líquidos y sólidos en sanitarios se diseñó una señalización para colocar en los baños con el objetivo de disminuir la inadecuada segregación de los residuos sólidos a la red de alcantarillado, adicionalmente se realizó un video el cual se publicó por todas las pantallas de los computadores de la ESE ISABU, para crear cultura ambiental en los colaboradores, usuarios y familia.

Figura 11. Tips uso del baño



2.3.7.1.4. SISTEMA TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL NO DOMESTICA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE



Fuente: Oficina de Calidad

2.3.7.3 RECOMENDACIONES VIGENCIA 2020



Fuente: Oficina de calidad






























El soporte de esta información se encuentra en el computador Ambiental02.eseisabu.in dominio: eseisabu.in y Id del producto:00426-OEM-8992662-00010 – Documentos – carpeta- informe gestión ambiental 2016 al 2019.




2.3.8 MECI

Durante toda la vigencia se cumplió con el Modelo estándar de control interno (MECI), realizando la autoevaluación por componentes y generando un plan de actividades anual cumpliendo al 100%, mediante resolución 421 del 6 de diciembre de 2018 se adopta el Modelo Integrado de Planeación y gestión (MIPG) y se articula el MECI con MIPG.

Es de aclarar que respecto al MECI 2016, no se encuentra evidencia del MECI para esta vigencia.

TABLA 91 COMPORTAMIENTO MECI POR COMPONENTES 2016-2019

Componentes	% de Evaluación	Componente	% de Evaluación	Componentes	% de Evaluación	Componentes	% de Evaluación
Vigencia 2015		Vigencia 2017		Vigencia 2018		Vigencia 2019	
Desarrollo de Talento Humano	10% 	Desarrollo de Talento Humano	13% 	Modelo de operación (PHVA)	70% 	Asegurar un ambiente de control (MIPG)	100% 
Direccionamiento estratégico	18% 	Direccionamiento estratégico	27% 	Estructura organizacional (PHVA)	80% 	Asegurar la gestión de los riesgos Institucionales (MIPG)	100% 
Administración de riesgo	10% 	Administración de riesgo	22% 	Indicadores de gestión (PHVA)	78% 	Actividades de Control (MIPG)	100% 
Autoevaluación institucional	8% 	Autoevaluación institucional	11% 	Políticas institucionales (PHVA)	50% 	Información y comunicaciones (MIPG)	100% 
Auditorías Internas	3% 	Auditorías Internas	5% 	Análisis y valoración del riesgo (PHVA)	80% 	Actividades de monitoreo (MIPG)	100% 
Planes de Mejoramiento	2% 	Planes de Mejoramiento	2% 	Planes de Mejoramiento (PHVA)	70% 		
Evaluación y Comunicación Interna y externa	9% 	Evaluación y Comunicación Interna y externa	1% 				
Total	60% 		81% 		71% 		100% 

 40% - 60% Deficiente  61%-79% Satisfactorio  80% - 100% Adecuado

Fuente: Oficina de Calidad

Ruta soporte: T:/Calidad/Empalme calidad/Meci

2.4 ATENCIÓN AL USUARIO

La ESE ISABU tiene implementados mecanismos para recopilar y medir las expectativas y necesidades de los usuarios a través de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias:

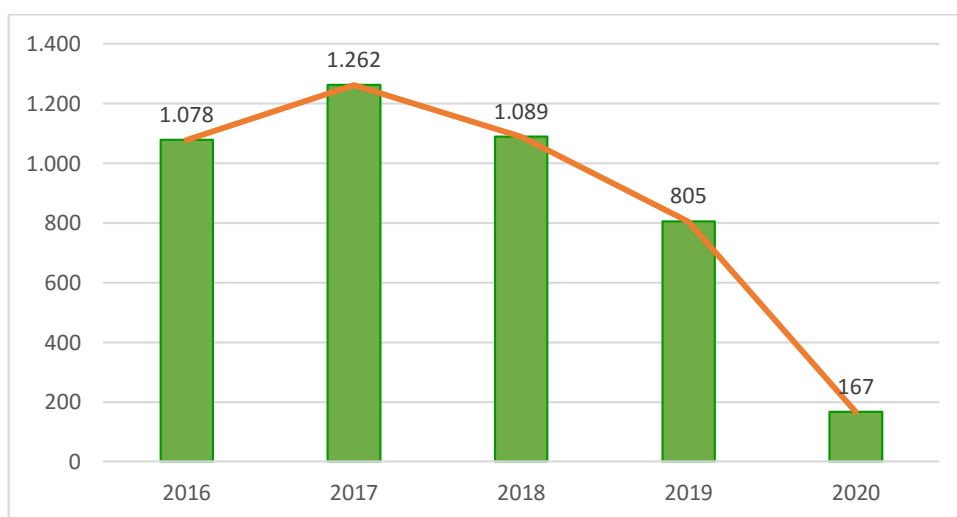
1. La institución cuenta con página web www.isabu.gov.co. Link contactenos-pqrsf. <http://www.isabu.gov.co/isabu/contactenos-pqrsf/>
2. Correo electrónico: atencionalusuario@isabu.gov.co
3. Línea telefónica 3167440481
4. Procesos y procedimientos de la oficina del SIAU actualizados.
5. Cada unidad operativa cuenta con un buzón de sugerencias, a los cuales se les da apertura semanalmente realizando el respectivo trámite, gestión y resolución a cada una de las PQRS en los tiempos estipulados por la ley.
6. En el periodo 2016-2019 se clasificaron y tramitaron 4.234 PQRSF en total.

TABLA 92 CLASIFICACIÓN PQRSF 2016-2020

CLASIFICACION PQR'S	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019	TOTAL 2020	TOTAL 2016-FEB 2020
FELICITACION	105	264	186	240	23	818
PETICION	134	154	142	73	27	530
QUEJA	701	693	630	405	92	2521
RECLAMO	33	47	18	20	13	131
SUGERENCIA	105	104	113	67	12	401
TOTAL	1.078	1.262	1.089	805	167	4401

Fuente: Oficina SIAU

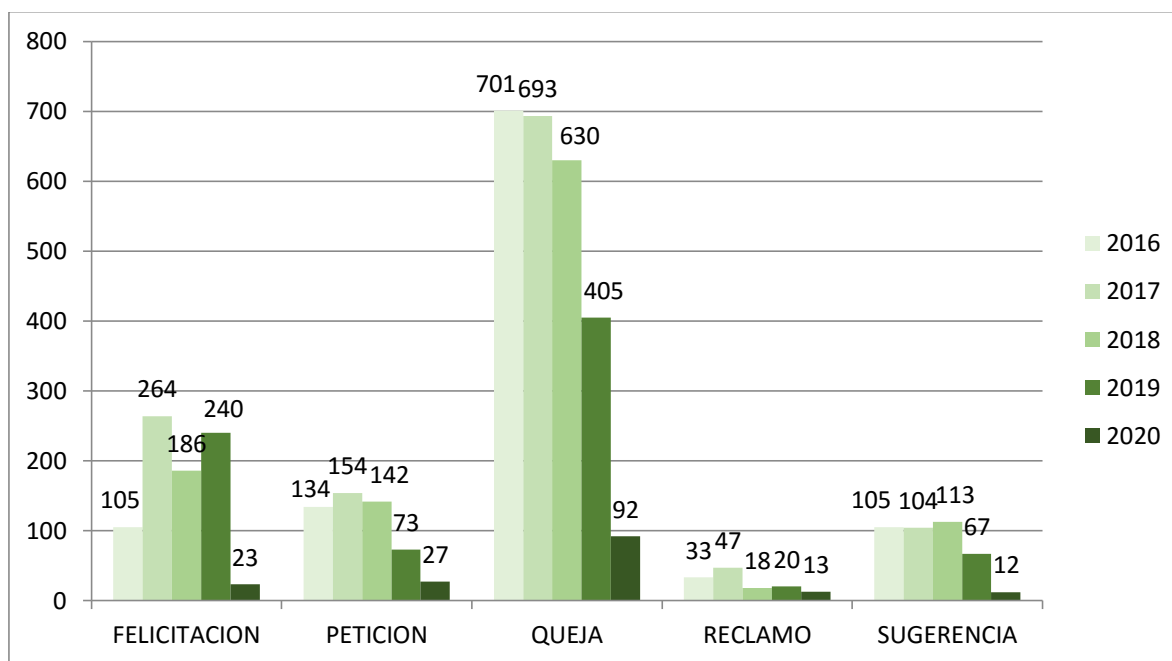
GRÁFICO 36 CANTIDAD DE PQRSF 2016- FEBRERO 2020



Fuente: Oficina SIAU

Ruta soporte: T/Calidad/Empalme Calidad/SIAU

GRÁFICO 37 CONSOLIDADO PQRSF 2016- FEBRERO 2020



Fuente: Oficina Siau

TABLA 93 SEGUIMIENTO A QUEJAS 2016-2020

SEGUIMIENTO A QUEJAS	2016	PLAN MEJORA	2017	PLAN MEJORA	2018	PLAN MEJORA	2019	PLAN MEJORA	2020	PLAN MEJORA
OPORTUNIDAD	185	<ul style="list-style-type: none"> Se estableció propuesta de caracterización y zonificación 	221	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó estrategia de zonificación 	293	<ul style="list-style-type: none"> Se estableció estrategia agendamiento abierto 	208	<ul style="list-style-type: none"> Se estableció estrategia citas web se reorganizo personal en urgencias 	54	<ul style="list-style-type: none"> Se solicitó a los directores técnicos revisar la plataforma para mejorar la oportunidad, comparendos pedagógicos a insistentes
INFRAESTRUCTURA	151	<ul style="list-style-type: none"> se revisaron centros de salud a restaurar 	176	<ul style="list-style-type: none"> se realizó reconstrucción a 1 centros de salud. Se realizó cambio de mobiliario 	105	<ul style="list-style-type: none"> se realizó remodelación de 7 centros de salud se realizó cambio de mobiliario se realizó instalación unidades odontológicas 	65	<ul style="list-style-type: none"> Se inició reconstrucción de 7 centros de salud Se realizó cambio de mobiliario Se realizó instalación unidades odontológicas faltantes 	0	
MALTRATO USUARIOS Y FUNCIONARIOS	203	<ul style="list-style-type: none"> Orientación a usuarios en derechos y deberes 	181	<ul style="list-style-type: none"> capacitación al personal en servicio al cliente Orientación a usuarios en derechos y deberes 	93	<ul style="list-style-type: none"> capacitación al personal en servicio al cliente Orientación a usuarios en derechos y deberes 	54	<ul style="list-style-type: none"> Generación, divulgación y aplicación de políticas de atención al ciudadano, humanización, discapacidad 	20	<ul style="list-style-type: none"> Se está realizado capacitación en política de humanización, decálogo de derechos y deberes y decálogo del buen trato.

SATISFACCION DEL SERVICIO	162	<ul style="list-style-type: none"> identificación de convenios y portafolio de servicios 	137	<ul style="list-style-type: none"> se creó estrategia para identificar expectativas y necesidades. Se capacito a los usuarios en temas de triage 	139	<ul style="list-style-type: none"> se creó estrategia para identificar expectativas y necesidades. Se capacito a los usuarios en temas de triage 	78	<ul style="list-style-type: none"> se socializo portafolio de servicios. Se capacito a los usuarios en temas de triage 	18	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza charla de orientación al usuario en las diferentes unidades y HLN
TOTAL	701		693		630		405		92	

Fuente: Oficina Siau

En los años 2017 a 2020 se realizaron planes de mejoramiento tendientes a disminuir las PQRS y mejorar la satisfacción del servicio.

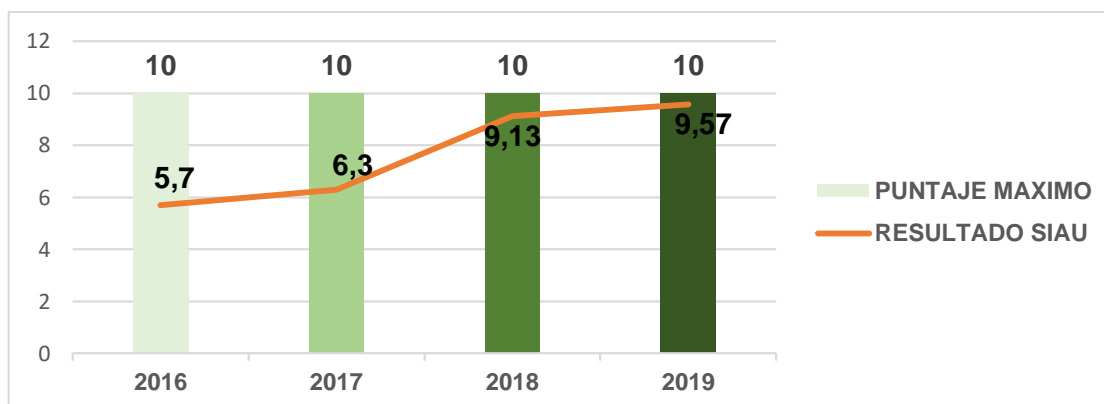
PQRS y mejorar la satisfacción del servicio.

- Capacitaciones en servicio al cliente
- Generación, divulgación y aplicación de políticas de atención al ciudadano, humanización, discapacidad.
- Mejoramiento (reconstrucción, remodelación) de planta física centros de salud Ipc, Regaderos, Villa Rosa, Café Madrid, Gaitán, Santander, Girardot, La Joya, Campo Hermoso, Toledo Plata, Pablo VI, Bucaramanga, Concordia Y Libertad.
- Cambio de mobiliario de los centros de salud.
- Creación y puesta en marcha de estrategia de citas web.
- Estrategias de agendamiento abierto y zonificación.
- Orientación a usuarios en derechos y deberes.
- Capacitación a usuarios en triage, convenios y portafolio de servicios

2.4.1 AUDITORIAS SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

El ente territorial secretaria de salud de Bucaramanga realizo anualmente auditoria a la oficina de atención al usuario - SIAU para verificar los canales de comunicación con el usuario, gestión oportuna de PQRS, medición de satisfacción al usuario y participación ciudadana donde se evidencia el mejoramiento continuo de la oficina del SIAU siendo 10.0 el puntaje máximo para esta dependencia según la tabla clasificatoria y resultados del ente territorial.

GRÁFICO 38 PUNTAJE AUDITORÍAS SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL



Fuente: Oficina de Calidad

2.4.2 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

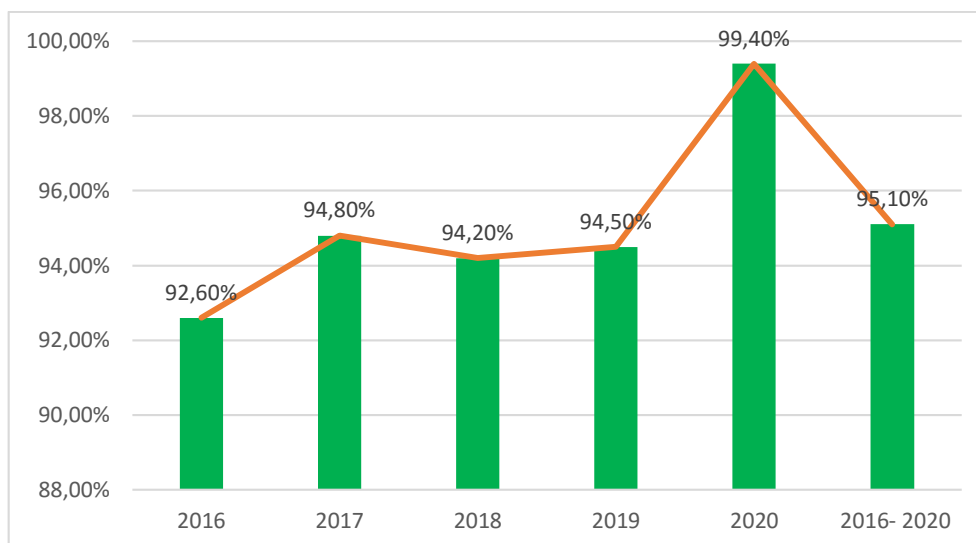
Mensualmente se evalúa la satisfacción de nuestros usuarios a través de la encuesta institucional, la cual es aplicada en cada una de las unidades operativas y evaluando uno a uno los servicios. En el período de 2016- 2019 se aplicaron 18.949 encuestas en todas las unidades operativas de la ESE ISABU, lo cual permite medir la satisfacción de nuestros usuarios con respecto a los servicios que presta la entidad la cual fue de 94.02% para la proporción de Usuarios que Recomendaría su IPS a Familiares y Amigos y para la proporción de Satisfacción Global de Usuarios

TABLA 94 EVALUACIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO

AÑO	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
NUMERO DE ENCUESTAS	2.829	5.473	5.037	5.610	872	19.821
TOTAL DE RESPUESTAS BUENO O MUY BUENO EL % DE SATISFACCION GLOBAL	2.620	5.189	4.745	5.301	867	18.772
% DE SATISFACCION	92,6%	94,8%	94,2%	94,5%	99.4 %	95.10%
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Fuente: Oficina SIAU-Encuestas de Satisfacción

GRÁFICO 39 PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN AL USUARIO 2016-2020



Fuente: Oficina SIAU-Encuestas de Satisfacción

2.4.3 ACTIVIDADES DESTACADAS PARA FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN AL USUARIO

1. Socialización de la política de participación social, atención al ciudadano, humanización y discapacidad a todos los usuarios afiliados
2. Atención personalizada de usuarios en cada una de las unidades operativas y Hospital Local del Norte.
3. Socialización y publicación en las carteleras de las unidades operativas de los resultados del indicador de satisfacción según encuestas aplicadas a los usuarios.
4. Se gestionaron y tramitaron internamente autorizaciones con las diferentes EPS-S que tienen contratados nuestros servicios.
5. Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios para gestionar planes, programas y proyectos en el proceso de participación Social.
6. Desde el proceso de atención al usuario se viene brindando capacitaciones a todo el personal de atención al usuario, con el fin de fortalecer la humanización del servicio y sensibilizar a nuestros servidores en el trato digno y con calidez humana.
7. La institución socializa a los usuarios el portafolio de servicios y su respectiva red de servicios y se realiza capacitación a los usuarios en asignación de citas web.
8. Se atendieron las diferentes solicitudes de información por parte de los entes de CONTROL (CONTROL INTERNO, SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE, CONTRALORÍA MUNICIPAL).

2.4.3.1 SOCIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS, DEBERES DE LOS USUARIOS PARTICIPACIÓN SOCIAL

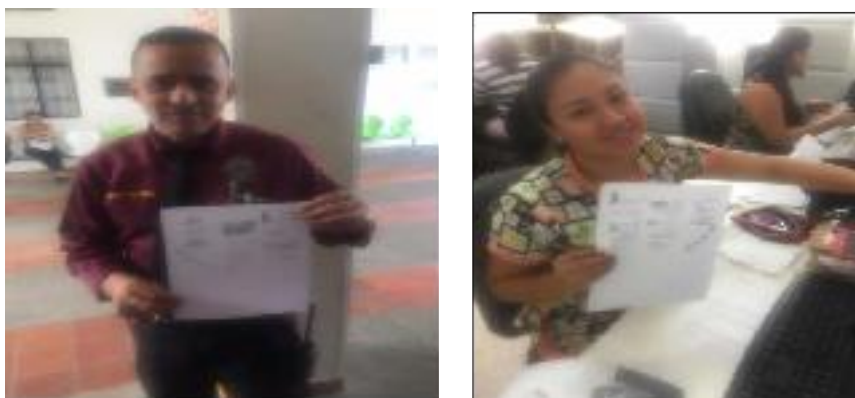
Fotografía 32. Socialización derechos y deberes a los usuarios



2.4.3.2 CAPACITACIONES AL PERSONAL EN ATENCIÓN AL USUARIO

Se realizaron capacitaciones al personal de la ese isabu en derechos y deberes de los usuarios, política de humanización y atención al cliente

Fotografía 33. Capacitación derechos y deberes política de humanización y atención al cliente



2.4.3.3 REUNIONES CON LOS LIDERES DE DIFERENTES ZONAS DE BUCARAMANGA

Fotografía 34. Reunión de líderes de Iso centros de salud



2.4.3.4 SOCIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS, DEBERES DE LOS USUARIOS EN PARTICIPACIÓN SOCIAL Y USO RACIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Fotografía 35. Socialización de derechos y deberes y participación social y racionalización del servicio de urgencias



2.4.4 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

De acuerdo a la Normatividad vigente Decreto 1757 de 1994, LEY 780 DE 2016 y circular única de la Supersalud título VII, La ESE ISABU dentro de la plataforma estratégica está fortaleciendo los canales de comunicación entre los usuarios y la institución.

Al inicio de la vigencia 2016-2019 se encontró desactualizada la renovación de la alianza de usuarios y aunque los líderes de cada centro de salud seguían trabajando por sus comunidades no había junta directiva de la alianza ni tampoco un coordinador que realizara las convocatorias a reuniones mensuales y capacitaciones, en el mes de enero de 2017 se hizo convocatoria para la renovación de la alianza para un periodo de 2 años según la normatividad y se realizó la asamblea general de miembros de la alianza de usuarios donde se eligió la junta directiva que funciona del 05 de abril de 2017 al 05 de abril de 2019 día en que se renovó para el periodo actual y donde la institución cuenta con espacios de participación comunitaria en salud.

1. Existe la alianza de usuarios de ISABU con junta directiva (presidente, secretaria, revisor fiscal, tesorero)
2. La alianza de usuarios tiene un miembro que los representa ante la junta directiva de la institución.
3. Existe representación de los usuarios ante el Comité de ética hospitalaria de la institución.
4. Existe un representante de los usuarios ante el Comité de participación comunitaria COPACO.
5. Existe un representante de los usuarios ante el Consejo Territorial de seguridad social.

Los miembros de la alianza de usuarios que son los líderes en salud de sus comunidades son quienes identifican las necesidades y expectativas de los usuarios para que el ISABU plantee con ellos los planes, programas, proyectos y actividades que puedan satisfacer las necesidades en salud de la comunidad, igualmente los miembros de la alianza se reúnen mensualmente el primer miércoles de cada mes para tocar temas relacionados con la prestación del servicio y recibir capacitaciones en primeros auxilios, participación social, estrategias en programas PYP, triage, agendamiento web, rendición de cuentas, uso de herramientas tecnológicas, sistema general de seguridad social, copagos y cuotas moderadoras, veedurías ciudadanas, portafolio de servicios, uso racional del servicio de urgencias y políticas de participación social, servicio al ciudadano, humanización y discapacidad. Dentro de las actividades a destacar esta la participación activa en los planes de contingencia para la remodelación y reconstrucción de centros de salud, agendamiento web, rendición de cuentas, padrinos PYP, jornadas de vacunación, PIC, y en general la orientación al usuario y su familia.

TABLA 95 MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA Y COMITÉS PARTICIPACIÓN SOCIAL ALIANZA DE USUARIOS

CARGO	2017-2019	2019-2021
Número de miembros	72	84
PRESIDENTE	LUZ STELLA RANGEL BARRIENTOS	JACINTO RAMIREZ
SECRETARIA	BRENDA CARMENZA ABRIL	LUZ STELLA MANTILLA
REVISOR FISCAL	ANA FRANCISCA CARRILLO PARRA	REYNALDO RAMIREZ
TESORERO	LIBIA CARDENAS DUARTE	HUGO CADENA FIERRO

Representante de usuarios ante la Junta Directiva de la ESE	BRENDA CARMENZA ABRIL	JORGE LEONARDO LEON
Representante ante el Consejo Local de Seguridad Social en Salud:	ALBERT ALFREDO ARENIZ	LIBARDO MELENDEZ
Representante ante el Comité de Participación Comunitaria	MARTHA LUCIA VALERO	WILLIAM PORRAS CARRILLO
Representante ante el Comité de Ética Hospitalaria	LUZ STELLA RANGEL BARRIENTOS	RICHARD CARVAJAL
Representante ante el Comité de Ética Hospitalaria	LIBARDO PALENCIA	SILVESTRE CASTRO CASTILLO

Fuente: Oficina SIAU

TABLA 96 REUNIONES Y CAPACITACIONES REALIZADAS CON LA ALIANZA DE USUARIOS

REUNIONES Y CAPACITACIONES REALIZADAS	2017	2018	2019
Reuniones Ordinarias	12	12	12
Reuniones Extraordinarias	2	7	5
Participación Social	1	2	2
Derechos Y Deberes	5	13	20
Agendamiento Web	0	0	9
Servicio Al Ciudadano	1	5	9
Rendición De Cuentas	1	3	3
Políticas ESE ISABU	0	2	5
Veedurías en salud	1	1	1
Uso Herramientas Tecnológicas	0	1	3

Fuente: Oficina SIAU

2.4.4.1 CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES REALIZADAS A LAS ALIANZAS DE USUARIOS DE LA ESE ISABU

Fotografía 36. Capacitación a la alianza de usuarios

Capacitación usuarios en PYP



Capacitación usuarios ferias de salud





Los líderes de la alianza son capacitados y participan en las actividades extramurales, jornadas de vacunación, ferias de salud, pic y son padrinos de pyp.

Los líderes de la alianza de usuarios gestionan reuniones con los presidentes de juntas de acción comunal, ediles y comunidad en general con el ISABU para identificar expectativas y necesidades para buscarles solución.

Fotografía 37. Reuniones Alianza de Usuarios .





La alianza de usuarios recibió capacitaciones en política de humanización, participación social, derechos y deberes, agendamiento web, servicio al ciudadano, uso de herramientas tecnológicas, rendición de cuentas, Cuidadores, AIEPI, veeduría en salud y políticas del ISABU entre otros, algunas de estas capacitaciones se realizaron en convenio con las secretarías de salud municipal y departamental, contraloría, personería y universidades

2.4.4.2 PARTICIPACIÓN ALIANZA DE USUARIOS EN ACTIVIDADES DE COMUNIDAD

Fotografía 38. Participación de la alianza de usuarios en actividades de comunidad





La alianza de usuarios participo en la Entrega centros de salud, creación y socialización del plan de contingencia para la remodelación y reconstrucción de los centros de salud, participaron activamente en las observaciones y alianzas para los puntos de asignación de citas extramural, asistieron a reuniones con la supersalud y la personería de Bucaramanga.

2.4.4.3 PARTICIPACIÓN DE ALIANZA DE USUARIOS EN PROCESOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS



La alianza de usuarios participo en los ejercicios de rendición de cuentas desde las capacitaciones para participar hasta la audiencia en la cual activamente realizaron sus preguntas y/o sugerencias respecto a las actividades, programas y proyectos de la vigencia

En el mes de octubre de 2019 la alianza de usuarios fue elegida dentro de las alianzas de usuarios de Santander para realizar la experiencia exitosa de rendición de cuentas ante la comunidad y la supersalud.

PROCESOS MISIONALES

La ESE ISABU cuenta con una organización administrativa encargada del proceso de planificar, controlar, dirigir y organizar los recursos propios de la empresa, con la finalidad de alcanzar los objetivos de la misma. Esta organización administrativa cuenta con dos subgerencias: la subgerencia científica y la subgerencia administrativa.

3.1 SUBGERENCIA CIENTÍFICA

PROPOSITO PRINCIPAL

Dirigir la prestación eficiente, oportuna y eficaz de los servicios de salud propios del nivel de atención de la ESE ISABU de acuerdo con los preceptos legales vigentes y los lineamientos establecidos en los planes, programas y proyectos de la entidad en cumplimiento de la misión, visión, objetivos institucionales y mejora continua de los procesos.

FUNCIONES ESENCIALES

- Dirigir la prestación de los servicios de salud de la ESE ISABU en el nivel de complejidad uno (1), con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión institucional.
- Coordinar y controlar el desarrollo de los planes y programas de salud con el fin de orientarlos hacia el logro de los objetivos y metas propuestos en ellos.
- Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Protección Social, para organizar los regímenes de referencia y contra referencia con el fin de articular la atención en salud.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario y la coordinación interinstitucional necesaria para la adecuada prestación de los servicios.
- Ejercer la supervisión de los Contratos que celebre la ESE ISABU, cuyo objeto sea inherente a las funciones de su cargo.
- Participar en la revisión y ajuste del sistema de control, calidad en salud y la prestación de servicios de salud a los usuarios.
- Analizar con un enfoque Gerencial, la información de su área para la toma de decisiones.

- Determinar los servicios de Salud que se deben contratar conforme con las políticas, planes, y metas fijadas por la dirección para promover la eficaz, eficiente y oportuna prestación de los servicios de salud.
- Proyectar los informes de gestión en su área al Gerente, Junta Directiva y los entes de control y vigilancia.
- Evaluar el desempeño del personal vinculado legal y reglamentariamente por la ESE ISABU con el fin de garantizar el desarrollo efectivo de las funciones de cada empleado contratado y la toma de acciones correctivas a las que haya lugar.
- Determinar y aplicar las medidas necesarias para el cumplimiento de los objetivos de los programas y servicios ofrecidos a la comunidad.
- Dirigir el proceso de normalización de programas y servicios en su área para garantizar su prestación oportuna, conforme al marco legal vigente y con niveles de calidad.
- Elaborar junto con Planeación proyectos de cooperación que permitan dar solución a problemas vinculados con la salud de la comunidad.
- Representar por delegación a la entidad en reuniones, seminarios, simposios nacionales o internacionales, relacionadas con asuntos de competencia del área.
- Ejercer en calidad de miembro del Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la ESE.
- Participar en los grupos de trabajo que sean conformados por su jefe inmediato o por el funcionario competente aportando su experticia Profesional.
- Participar en la preparación, ejecución y evaluación de las actividades contenidas en los programas académicos que se desarrollen con ocasión de los Convenios Docencia Servicio que tenga celebrados la ESE ISABU.
- Segregación en la fuente.
- Gestionar la elaboración, actualización y difusión de manuales ambientales y PGIRH.
- Participar e incentivar la implementación de los programas de gestión ambiental, uso eficiente de los recursos, las capacitaciones y demás actividades que se realicen en el marco de la gestión ambiental de la institución.
- Proyectar los informes de gestión en su área al Gerente, Junta Directiva y los entes de control y vigilancia.

- Ejercer la calidad de Líder de Proceso de Gestión de Calidad y desarrollar las actividades que ello implique, siempre y cuando exista delegación por parte del Gerente.
- Las demás funciones asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

Fuente: Manual específico de funciones y competencias laborales ESE ISABU.

TALENTO HUMANO ADMINISTRATIVO

TABLA 97 TALENTO HUMANO ADMINISTRATIVO SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Cargo	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación
Subgerente Científica	Gloria Patricia Arenas Castillo	Libre Nombramiento
Director Técnico Unidades Hospitalarias	Martha Lucía Oliveros Uribe	Libre Nombramiento
Director Técnico Zona Uno	Liseth Andrea Gómez Pico	Libre Nombramiento
Director Técnico Zona Dos	Martha Lucía Rodríguez Archila	Libre Nombramiento
Profesional Especializado	Liliana Sileidy Basto Anaya	Planta
Coordinador Odontológico	Yerson Stiven López Guerrero	Planta
Profesional Apoyo	Luis Fernando Gómez Mora	CPS
Profesional Apoyo	Sandra Milena Urrea Aguas	CPS

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.2 CAPACIDAD INSTALADA

TABLA 98 CAPACIDAD INSTALADA ESE ISABU

Unidad Operativa	N° Consultorios Medicina General	N° Consultorios Prioritaria	N° Especialistas	N° Enfermería	N° Odontología	N° U Odontológicas	N° Rx Odontología	N° Psicología	N° Fisioterapia	N° T Ocupacional	N° Fonoaudiología	N° Vacunación	N° Citologías	N° Procedimientos	N° Sala ERA	N° M Laboratorio.	N° Rx Fijo	N° Rx Portátil	N° Consultorio de	N° Camillas de Observación	N° Sala de Partos	N° Camillas Parto	N° Camillas Posparto	N° Quirofanos	N° Camillas Recuperación	N° Camas	N° Esterilización	N° Farmacia	N° Transporte AB	N° Transporte AM
Bucaramanga	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Café Madrid	6	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Campo Hermoso	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Colorados	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Comuneros	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Concordia	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cristal Alto	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Gaitán	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Girardot	4	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
IPC	5	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Kennedy	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Joya	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Libertad	3	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Morrónico	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Mutis	12	1	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Pablo VI	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Regaderos	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rosario	8	1	0	2	2	2	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
San Rafael	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Toledo Plata	5	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Villa Rosa	5	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
UH UIMIST	3	1	3	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	3	4	2	4	4	0	0	26	1	1	0	0
UH HLN	4	1	7	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	7	28	2	6	5	3	6	63	1	1	1	2
Total	90	6	10	26	23	25	4	2	3	3	2	24	24	17	6	22	2	1	10	28	4	10	9	3	6	89	20	6	1	2

Fuente: Informe de Capacidad Instalada ESE ISABU

3.3 PRODUCCIÓN GLOBAL DE SERVICIOS DE SALUD

3.3.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR ENFERMERÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 99 INFORME DE PRODUCCIÓN DECRETO 2193/04 ESE ISABU

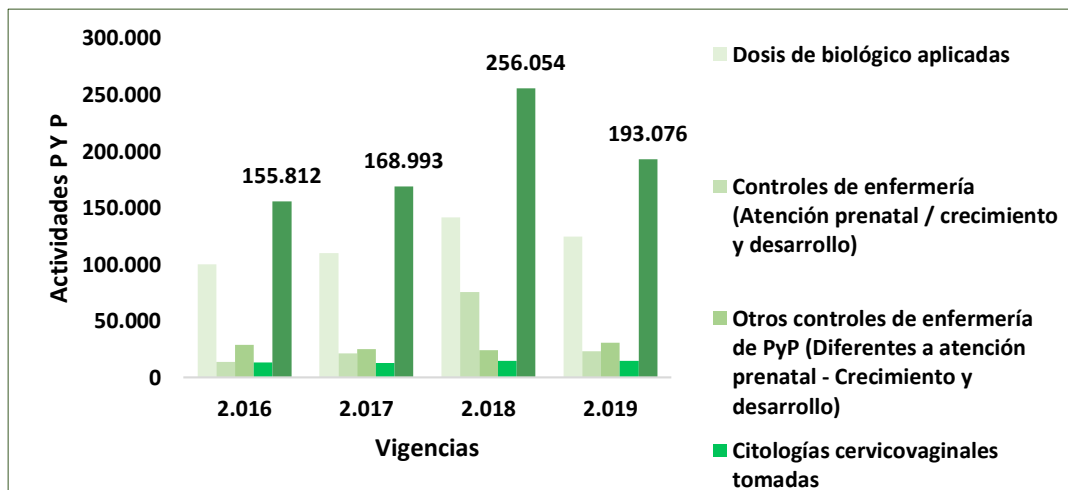
Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	100,318	110,030	141,758	124,811
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	13,646	21,486	75,686	22,997
Otros controles de enfermería de PYP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	28,795	24,879	23,963	30,718
Citologías cervicovaginales tomadas	13,053	12,598	14,647	14,550
Total de Actividades Realizadas	155,812	168,993	256,054	193,076
Variación Global		8%	52%	-25%
Variación 2019 - 2016				24%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento de la producción de manera global durante las vigencias 2017 y 2018. Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia de 2016, se observa una variación positiva del 8%. Por otra parte, observando la vigencia 2018 con respecto al 2017, existe una variación positiva del 52%; para la vigencia de 2019 respecto a la vigencia 2018, la variación es negativa del 25%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 24% con respecto a 2016.

La gráfica muestra el comportamiento de la producción de promoción y prevención de enfermería de manera global durante las vigencias 2016 a 2019. Es de tener en cuenta que en 2019 se da aplicabilidad a partir del segundo semestre a lo contemplado en la Resolución 3280 de 2018, en cuanto a Rutas de Atención Integral en Salud; una vez se legalizaron los contratos con las EPS Subsidiadas; razón por la cual las actividades educativas durante el primer semestre no fueron cuantificadas.

GRÁFICO 40 PRODUCCIÓN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ENFERMERÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

A partir de 2017 la ESE ISABU, diseñó estrategias para mejorar la captación de gestantes, prueba de embarazos sin barrera, así mismo se fortaleció la demanda inducida y el seguimiento mensual al cumplimiento de estimaciones de actividades de p y p contratadas con las EAPB.

3.3.2 CONSULTA EXTERNA POR MEDICINA GENERAL VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 100 INFORME DE PRODUCCIÓN DECRETO 2193/04 ESE ISABU

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina general electivas realizadas	223,830	249,455	252,299	264,518
Variación Global		11%	1%	5%
Variación 2019 - 2016		18%		

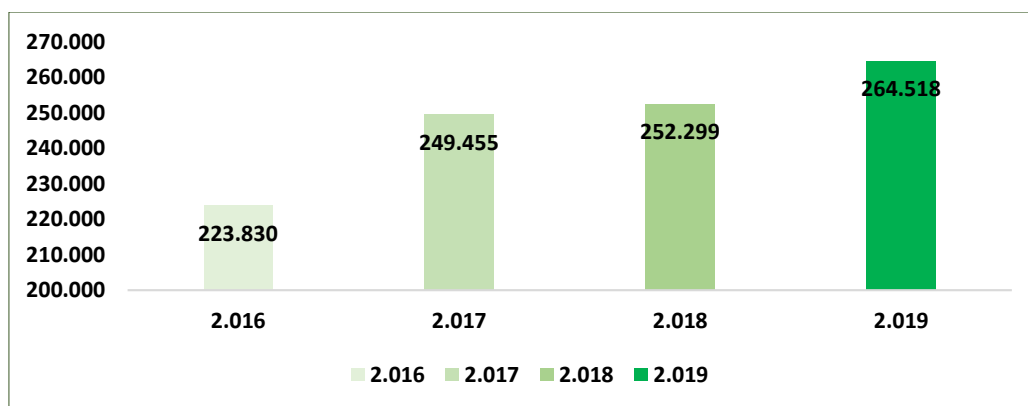
Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es positiva del 11%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 1% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 5%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 18% con respecto a 2016.

En la gráfica siguiente se evidencia el total de consultas de medicina general electivas realizadas, que mide la productividad de actividades por médico general, para las consultas de morbilidad, programas de promoción y prevención realizados por médico tales como:

agudeza visual, detección temprana de las alteraciones del joven, detección temprana de las alteraciones del adulto, crecimiento y desarrollo primera vez y controles prenatales; así como las consultas de atención prioritaria y programa de riesgo cardiovascular.

GRÁFICO 41 PRODUCCIÓN CONSULTA MEDICINA GENERAL VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La gráfica muestra el comportamiento de la producción de consulta de medicina general durante las vigencias 2016 a 2019. Comparando las vigencias desde el año 2017 se aprecia un incremento de atenciones, mostrando el mayor número de actividades para este servicio en el año 2018 y 2019. Es de anotar que se mantiene el porcentaje de inasistentes inferior al estándar que es el 12% en todas las vigencias.

El crecimiento en la productividad de consulta externa en medicina general está directamente relacionado con el fortalecimiento en horas médico de acuerdo a la zonificación de usuarios por cada centro de salud, que se realizó en la vigencia 2017, lo que nos permitió realizar una reorganización y aumento de cobertura de horas médico de acuerdo a la necesidad por número de usuarios de cada centro de salud.

3.3.3 CONSULTA URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 101 INFORME DE PRODUCCIÓN DE CONSULTA URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

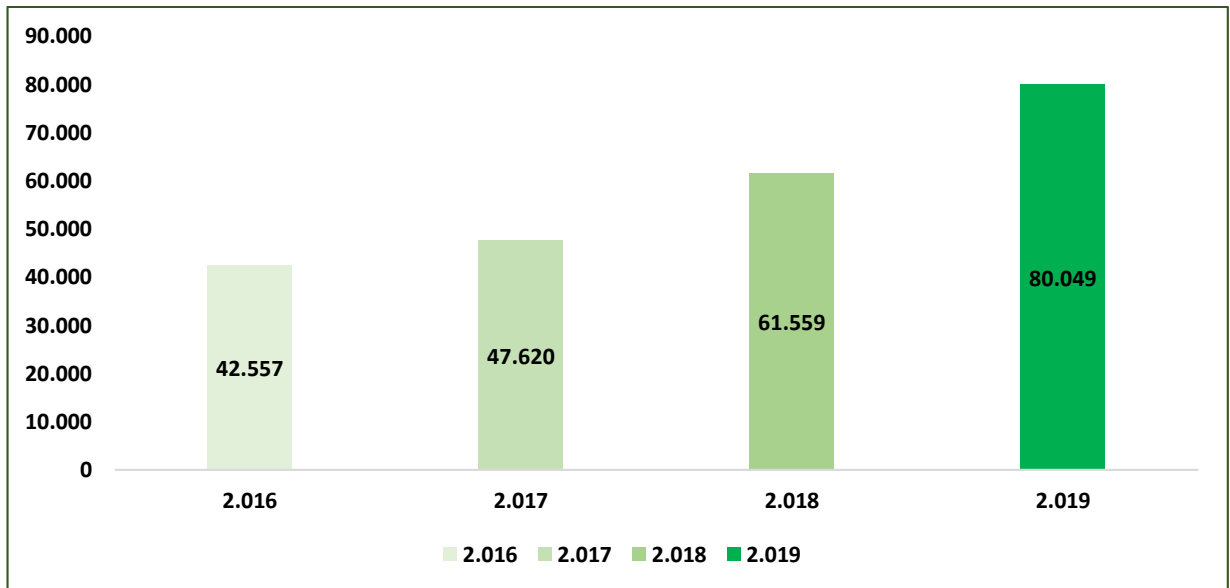
Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina general urgentes realizadas	42,557	47,620	61,559	80,049
Variación Global		12%	29%	30%
Variación 2019 - 2016				88%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es positiva del 12%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del

29% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 30%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 88% con respecto a 2016.

GRÁFICO 42 PRODUCCIÓN CONSULTA DE URGENCIAS MEDICINA GENERAL VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La gráfica muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2018 con respecto al 2017 y 2016; el cual obedece al fortalecimiento del talento humano asistencial: médicos generales y especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapia; siendo más resolutivos y brindando una atención oportuna a nuestros usuarios.

Comparando las vigencias desde el año 2017 se aprecia un incremento de atenciones, mostrando el mayor número de actividades para este servicio en el año 2019. Es de anotar que en 2019 se dio apertura de la atención de urgencias generales en la UIMIST y se puso en marcha una estrategia institucional de Referencia y Contra referencia ISABU – HUS, con el fin de brindar atención integral de baja y mediana complejidad a los usuarios del municipio de Bucaramanga; contribuyendo de esta forma a que el Hospital Universitario de Santander - HUS atienda la población que para su nivel de complejidad corresponde.

3.3.4 CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA VIGENCIAS 2016 A 2019

El Hospital Local del Norte presta los servicios de consulta externa en las especialidades de: Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Ortopedia, Dermatología, Anestesiología, Medicina Interna, Cirugía Plástica y Cirugía Pediátrica.

La UIMIST presta los servicios de consulta externa en las especialidades de: Pediatría y Ginecología.

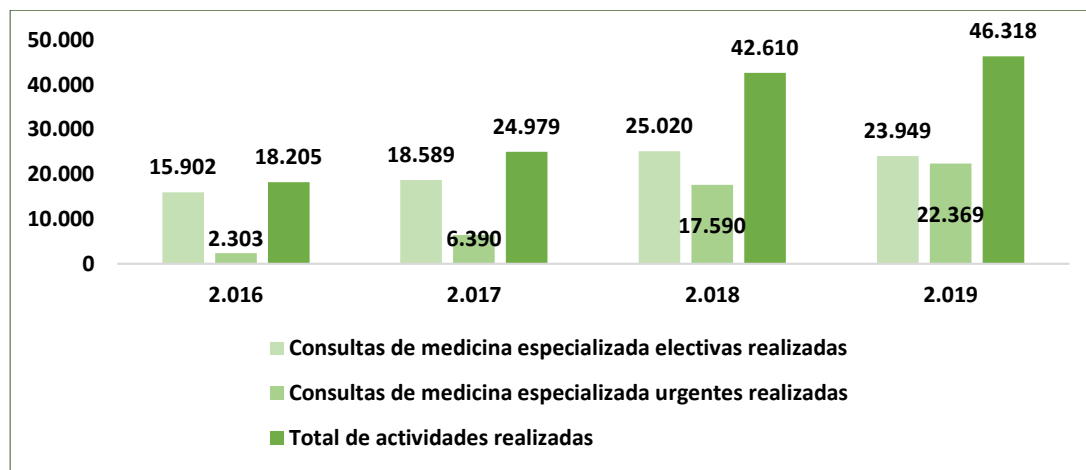
TABLA 102 CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	15,902	18,589	25,020	23,949
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	2,303	6,390	17,590	22,369
Total de Actividades Realizadas	18,205	24,979	42,610	46,318
Variación Global		37%	71%	9%
Variación 2019 - 2016				154%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es positiva del 37%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 71% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 9%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 154% con respecto a 2016.

GRÁFICO 43 PRODUCCIÓN MEDICINA ESPECIALIZADA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

En la gráfica siguiente se aprecia el comportamiento de la consulta externa especializada y la interconsulta en urgencias y hospitalización del 2016 al 2019. Se observa el crecimiento sostenido vigencia a vigencia de las interconsultas especializadas. El incremento en el número de interconsultas en las vigencias 2018 y 2019 es directamente proporcional al incremento de atenciones de urgencias y a la ampliación de la cobertura de rondas de médicos especialistas en las dos unidades hospitalarias.

Comparando las vigencias desde el año 2017 se aprecia un incremento de atenciones de consulta especializada, mostrando el mayor número de actividades para este servicio en el

año 2019, vigencia en la cual se aprecia una variación positiva del 154% con respecto a 2016.

3.3.5 CONSULTA EXTERNA REALIZADA POR OTROS PROFESIONALES VIGENCIAS 2016 A 2019

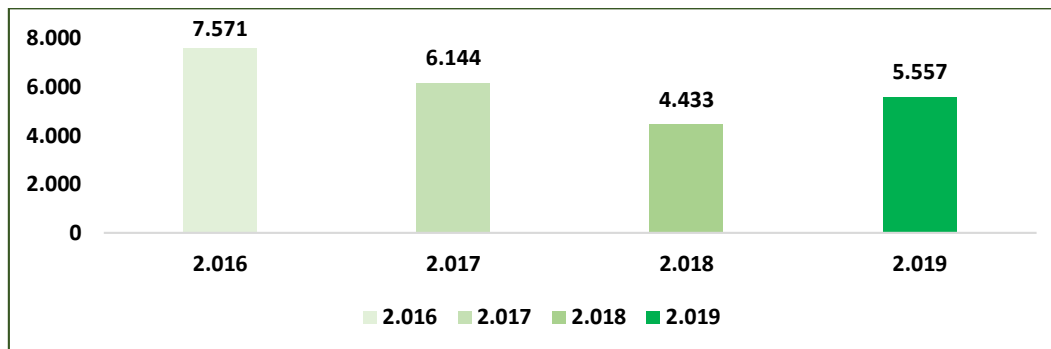
TABLA 103 CONSULTA EXTERNA REALIZADA POR OTROS PROFESIONALES VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Otras consultas electivas realizadas por Profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	7,571	6,144	4,433	5,557
Variación Global		-19%	-28%	25%
Variación 2019 - 2016				-27%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento de otras consultas electivas tales como: Nutrición, Psicología.: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es negativa del 19%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 28% y para el 2019 respecto de la vigencia 2018 la variación es positiva del 25%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 27% con respecto a 2016.

GRÁFICO 44 PRODUCCIÓN OTRAS CONSULTAS ELECTIVAS VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La gráfica muestra el comportamiento de otras consultas electivas tales como: Nutrición, Psicología. Se observa un descenso en cada vigencia. Es de tener en cuenta que este comportamiento está directamente relacionado con el proceso de autorizaciones de las Aseguradoras de Planes de Beneficios. Asmet salud EPS, a partir de la vigencia 2018, no contrató con la ESE ISABU estas atenciones lo cual se refleja en el descenso de la productividad en estos servicios, por cuanto esta EPS es de mayor población afiliada en el municipio de Bucaramanga.

3.3.6 PRODUCCIÓN SERVICIO DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 104 PRODUCCIÓN SERVICIO DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	14,022	23,366	18,844	22,709
Sellantes aplicados	3,818	6,229	13,481	10,500
Superficies obturadas (cualquier material)	23,009	46,684	40,428	42,030
Exodoncias (cualquier tipo)	2,690	5,204	5,001	5,118
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	1,180	2,375	1,530	881
Total de Actividades Realizadas	44,719	83,858	79,284	81,238
Variación Global		93%	-5%	2%
Variación 2019 - 2016				82%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es positiva del 93%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 5% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 2%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 82% con respecto a 2016.

GRÁFICO 45 PRODUCCIÓN ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La anterior gráfica muestra un crecimiento en la producción del Servicio de Odontología a partir de la vigencia 2016, lo cual es proporcional con la ampliación de la cobertura de este servicio en cada uno de las Unidades Operativas tal y como se refleja en la siguiente tabla, pasando de 1.768 horas mes en 2016 a 4.232 en 2019, con un incremento del 139% en horas.

TABLA 105 HORAS ODONTÓLOGO MES POR UNIDAD OPERATIVA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Unidad Operativa	2016	2017	2018	2019
Bucaramanga	104	104	104	90
Café Madrid	0	0	208	208
Campo Hermoso	104	208	208	180
Colorados	104	208	208	180
Comuneros	104	208	208	208
Concordia	0	0	134	134
Cristal Alto	0	0	0	180
Gaitán	104	208	208	208
Girardot	104	208	240	240
IPC	104	208	208	208
Kennedy	104	208	208	180
La Joya	104	208	208	180
Libertad	104	208	180	180
Morrórico	0	0	208	208
Mutis	0	208	208	194
Pablo VI	104	208	104	90
Regaderos	0	0	0	0
Rosario	208	208	308	308
San Rafael	0	0	0	0
Santander	0	0	100	100
Toledo	104	208	180	180
Villa Rosa	104	208	208	180
HLN	208	208	180	180
UIMIST	0	208	208	208
Total Horas Odontólogo	1.768	3.432	4.026	4.232

Fuente: Subgerencia científica E.S.E ISABU

En la siguiente tabla se puede evidenciar el comportamiento por vigencia de la cobertura de Odontólogos por Unidad Operativa; pasando de tener un total de 9 odontólogos en la vigencia 2016 a 24 odontólogos en la vigencia 2019. Lo anterior teniendo en cuenta que se hizo apertura y habilitación de más consultorios y unidades de atención odontológica; lo que ha permitido mejorar la accesibilidad al servicio de odontología a toda la comunidad.

TABLA 106 COBERTURA DE ODONTÓLOGOS POR UNIDAD OPERATIVA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Unidad Operativa	2016	2017	2018	2019
CS Bucaramanga	0,5	0,5	0,5	1
CS Café Madrid	0	0	1	1
CS Campo Hermoso	0,5	1	1	1
CS Colorados	0,5	1	1	1
CS Comuneros	0,5	1	1	1
CS Concordia	0	0	1	1

CS Cristal Alto	0	0	0	1
CS Gaitán	0,5	1	1	1
CS Girardot	0,5	1	1	1
CS IPC	0,5	1	1	1
CS Kennedy	0,5	1	1	1
CS La Joya	0,5	1	1	1
CS La Libertad	0,5	1	1	1
CS Morrónico	0	0	1	1
CS Mutis	0	1	1	2
CS Pablo VI	0,5	1	0,5	1
CS Regaderos	0	0	0	0
CS Rosario	1,5	1,5	2	2
CS San Rafael	0	0	0	0
CS Santander	0	0	1	1
CS Toledo Plata	0,5	1	1	1
CS Villa Rosa	0,5	1	1	1
HLN	1	1	1	1
UIMIST	0	1	1	1
Total Odontólogos	9	17	21	24

Fuente: Subgerencia científica E.S.E ISABU

La siguiente tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es positiva del 10%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 24% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 26%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 71% con respecto a 2016. Este comportamiento vigencia a vigencia es directamente proporcional al incremento de horas de odontólogo, a la apertura y habilitación de más consultorios y unidades de atención odontológica.

TABLA 107 NÚMERO DE SESIONES ODONTOLÓGIA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	75,213	82,491	102,175	128,572
Variación Global		10%	24%	26%
Variación 2019 - 2016				71%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

TABLA 108 INDICADOR TRATAMIENTOS TERMINADOS ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	14,022	23,366	18,844	22,709
Total de tratamientos terminados	1,262	3,754	5,684	9,809
Indicador en porcentaje de tratamientos odontológicos terminados según los iniciados.	9%	16%	30%	43%
Variación Global		79%	88%	43%
Variación 2019 - 2016				677%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla anterior muestra un incremento sostenido en la terminación del tratamiento odontológico, que no depende solamente del trabajo del odontólogo, sino que muestra el compromiso del usuario con su salud oral, implica la asistencia continua para la ejecución de su tratamiento; se observa por lo tanto un incremento en la producción a partir del 2017. Tomando como referencia el 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es positiva del 79%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 88% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 43%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 677% con respecto a 2016. Esto obedece al incremento de horas de odontólogo, a la apertura y habilitación de más consultorios y unidades de atención odontológica.

TABLA 109 INDICADOR TRATAMIENTOS TERMINADOS ODONTOLOGÍA / HORAS ODONTÓLOGO 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Total de Tratamientos Terminados	1.262	3.754	5.684	9.809
Total Horas Odontólogo	1.768	3.432	4.026	4.232
Indicador Tratamientos odontológicos terminados / Horas Odontólogo Año	0,71	1,09	1,41	2,32
Variación Global		53%	29%	64%
Variación 2019 - 2016				225%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla anterior refleja el comportamiento del indicador de tratamientos odontológicos terminados por hora odontólogo año. Se observa por lo tanto un incremento a partir del 2017. Tomando como referencia el 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es positiva del 53%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 29% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 64%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 225% con respecto a 2016.

3.3.7 PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019.

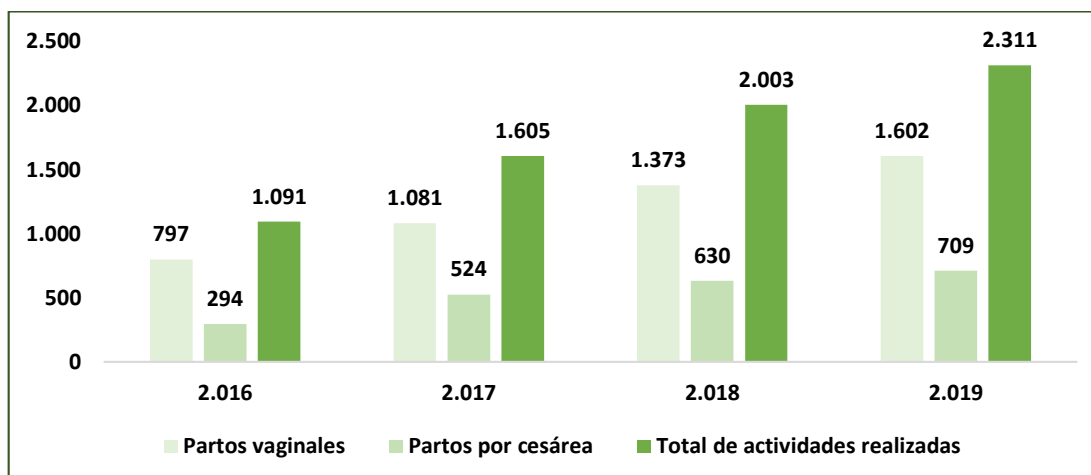
TABLA 110 PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Partos vaginales	797	1,081	1,373	1,602
Partos por cesárea	294	524	630	709
Total de Actividades Realizadas	1,091	1,605	2,003	2,311
Variación Global		47%	25%	15%
Variación 2019 - 2016				112%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia de 2016, la variación es positiva del 47%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 25% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 15%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 112% con respecto a 2016.

GRÁFICO 46 PRODUCCIÓN PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

Durante el cuatrienio 2016 a 2019; se evidencia el aumento significativo de los nacimientos de partos atendidos en la ESE ISABU. Es importante tener en cuenta que un alto porcentaje de esta población ha sido partos de gestantes migrantes. En el año 2016 del 100% de los nacimientos el 0,7% eran de madres migrantes, en el año 2017 aumentaron a un 3,9%, en el año 2018 subió al 13,0% y para la vigencia 2019 ha ascendido al 27,7% de estos nacimientos. Así mismo los nacimientos de las gestantes nacionales se han incrementado significativamente a partir del 2017, año en el cual se dio inicio al Programa Maternidad Segura “La Magia del Amor” de la ESE ISABU.

TABLA 111 INDICADOR PROPORCIÓN CESÁREA / PARTO VAGINAL VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Proporción cesárea/parto vaginal	26,9%	32,6%	31,5%	30,7%
Variación Global		21%	-4%	-2%
Variación 2019 - 2016				14%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La proporción cesárea / parto vaginal muestra un incremento vigencia a vigencia durante el período 2016 a 2019, relacionado con el incremento de partos en la ESE ISABU y con la atención de cirugía ginecobstetricia en el Hospital Local del Norte, 24 horas a partir de la vigencia 2017. En 2019 se alcanza una proporción 30,7% cesáreas – 69,3% partos vaginales.

3.3.8 EGRESOS - OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019

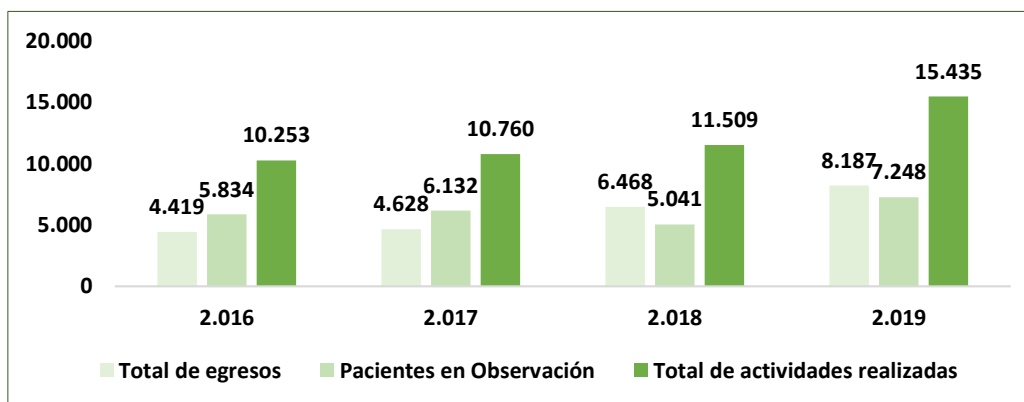
TABLA 112 OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Total de Egresos	4,419	4,628	6,468	8,187
Pacientes en Observación	5,834	6,132	5,041	7,248
Total de Actividades Realizadas	10,253	10,760	11,509	15,435
Variación Global		5%	7%	34%
Variación 2019 - 2016				51%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es positiva del 5%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 7% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 34%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 51% con respecto a 2016.

GRÁFICO 47 EGRESOS Y PACIENTES EN OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

En la gráfica se aprecia el comportamiento de los egresos hospitalarios y pacientes en observación del 2016 al 2019. Se aprecia el crecimiento sostenido a partir de la vigencia 2017, lo cual está relacionado en el incremento en la productividad de los servicios hospitalarios: consulta de urgencias, atención de partos y cirugías; optimizando la capacidad instalada en el área hospitalaria.

3.3.9 CIRUGÍAS VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 113 CIRUGÍAS VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

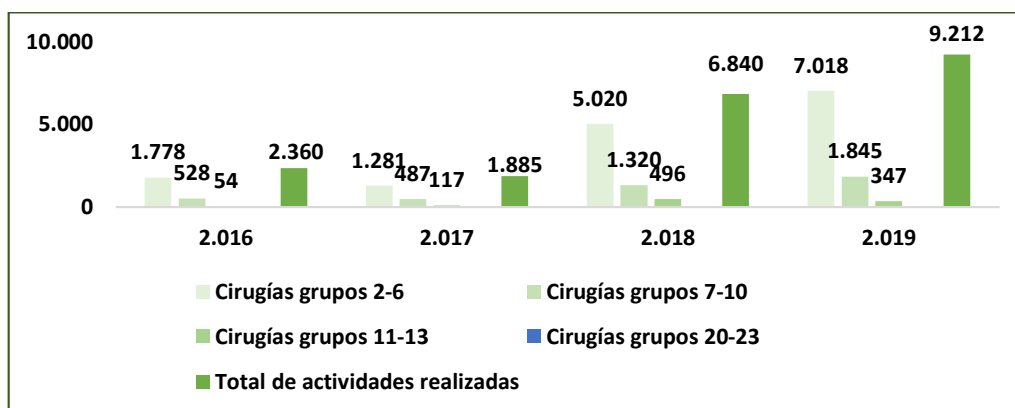
Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Cirugías grupos 2-6	1,778	1,281	5,020	7,018
Cirugías grupos 7-10	528	487	1,320	1,845
Cirugías grupos 11-13	54	117	496	347
Cirugías grupos 20-23	0	0	4	2
Total de Actividades Realizadas	2,360	1,885	6,840	9,212
Variación Global		-20%	263%	35%
Variación 2019 - 2016				290%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global y constante. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es negativa del 20%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 263% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 35%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 290% con respecto a 2016. El servicio de cirugía es el que refleja el mayor crecimiento con respecto a los demás servicios de salud que presta la ESE ISABU, durante este cuatrienio.

El servicio de Cirugía del Hospital Local del Norte presta sus servicios actualmente: 24 horas, todos los días de lunes a domingo, en la especialidad de GINECO-OBSTETRICIA, ANESTESIOLOGIA para la atención de la urgencia obstétrica. 24 horas de lunes a domingo en la especialidad de CIRUGIA GENERAL, ANESTESIOLOGIA para la atención de urgencia quirúrgica. 12 horas de 7am a 7pm de lunes a sábado en programación de cirugía electiva, en las especialidades de: CIRUGÍA GENERAL, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA PEDIATRICA, CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA Y ORTOPEDIA.

GRÁFICO 48 PRODUCCIÓN CIRUGÍAS DEL 2016 A 2019 ESE ISABU



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

Se puede evidenciar que, en los años 2018 y 2019, los quirófanos muestran una alta productividad. De lunes a viernes en la jornada diurna, con la cirugía programada, se ha logrado optimizar la capacidad instalada. A partir de Julio de 2017 se dio apertura al servicio de cirugía general de urgencias 24 horas lo que ha permitido ser más resolutivos, aumentando la cobertura de servicios de cirugía, así como el incremento en la productividad. Se puede evidenciar el crecimiento en las vigencias 2018 y 2019, en el grupo quirúrgico 7 al 10 y 11 al 23. Estos grupos quirúrgicos en términos de UVR tienen mayor valor lo que hace que en productividad esto también refleje un mayor incremento en las dos últimas vigencias.

3.3.10 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019.

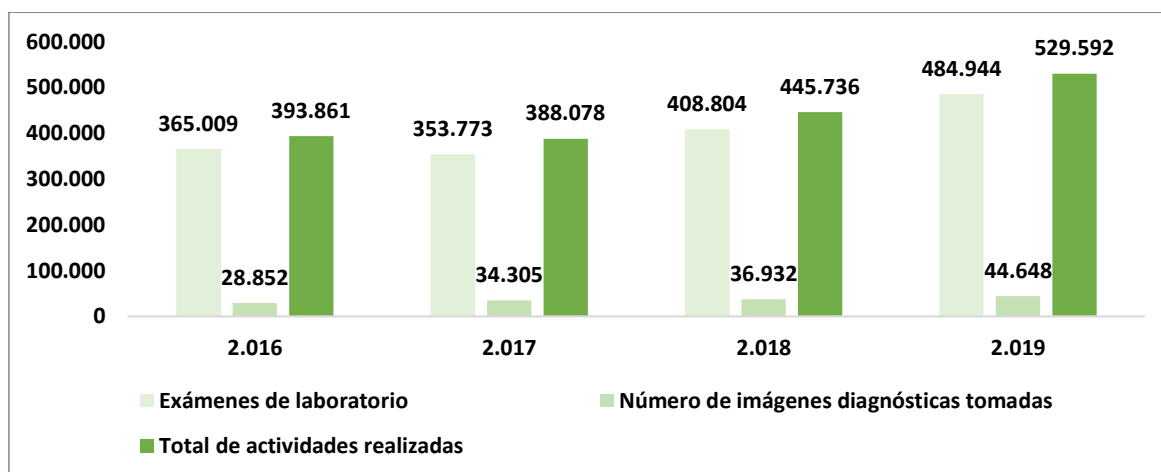
TABLA 114 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	365,009	353,773	408,804	484,944
Número de imágenes diagnósticas tomadas	28,852	34,305	36,932	44,648
Total de Actividades Realizadas	393,861	388,078	445,736	529,592
Variación Global		-1%	15%	19%
Variación 2019 - 2016				34%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global desde 2018. Tomando como referencia para la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es negativa del 1%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 15% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 19%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 34% con respecto a 2016.

GRÁFICO 49 PRODUCCIÓN APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

El incremento vigencia a vigencia de los exámenes de laboratorio también está relacionado con el aumento de productividad de consulta externa sobre todo con la toma de los exámenes de los programas de promoción y prevención y los de programas especiales como Riesgo Cardiovascular contratados con las EAPB, sumados a los de urgencias de medicina general y especializada, así como de partos, cirugías y egresos hospitalarios.

3.3.11 APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

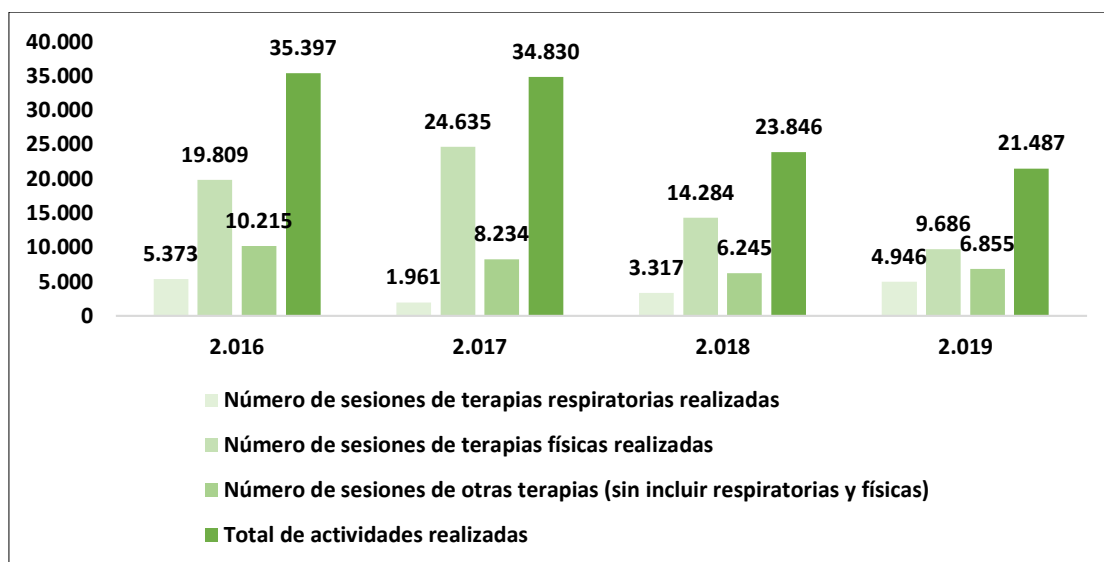
TABLA 115 INFORME DE PRODUCCIÓN APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	5,373	1,961	3,317	4,946
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	19,809	24,635	14,284	9,686
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	10,215	8,234	6,245	6,855
Total de actividades realizadas	35,397	34,830	23,846	21,487
Variación Global		-2%	-32%	-10%
Variación 2019 - 2016				-39%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento en la producción durante las vigencias evaluadas. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es negativa del 2%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 32% y para el 2019 respecto de la vigencia 2018 la variación es negativa del 10%. En 2019 se aprecia una variación negativa del 39% con respecto a 2016.

GRÁFICO 50 PRODUCCIÓN APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 ESE ISABU



Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La gráfica muestra el comportamiento del servicio de apoyo terapéutico: Terapia Respiratoria, Terapia Física, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. Se observa un descenso en las vigencias 2017, 2018 y 2019. Es de tener en cuenta que este comportamiento está directamente relacionado con el proceso de autorizaciones de las Aseguradoras de Planes de Beneficios, además de que todas las EAPB no tienen contratados los servicios de la ESE ISABU.

3.4 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN UNIDAD DE VALOR RELATIVO – UVR

Para facilitar una comparación objetiva de la producción de servicios de salud entre las distintas vigencias, se presentan en la siguiente tabla, las cifras correspondientes en términos de Unidades de Valor Relativo (UVR), de acuerdo con la metodología establecida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tomando como referencia la vigencia de 2016 respecto a la vigencia de 2015, la variación es negativa del 11%; para el 2017 respecto a 2016 la variación es positiva del 7%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 37%; para el 2019 respecto de la vigencia 2018 la variación es positiva del 21%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 59% con respecto a 2015.

TABLA 116 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN UNIDAD DE VALOR RELATIVO – UVR ESE ISABU.

CONCEPTO	UVR	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019
Dosis de biológico aplicadas	0.15	17,487.00	15,047.70	16,504.50	21,263.70	19,557.75
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0.75	11,782.50	10,234.50	16,114.50	56,764.50	18,657.75
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0.75	20,013.00	21,596.25	18,659.25	17,972.25	24,335.25
Citologías cervicovaginales tomadas	2.00	25,022.00	26,106.00	25,196.00	29,294.00	30,680.00
Consultas de medicina general electivas realizadas	1.82	427,266.84	407,370.60	454,008.10	459,184.18	493,523.94
Consultas de medicina general urgentes realizadas	5.27	266,219.32	224,275.39	250,957.40	324,415.93	389,853.52
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	2.60	45,260.80	41,345.20	48,331.40	65,052.00	63,013.60
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	7.53	23,636.67	17,341.59	48,116.70	132,452.70	181,495.59
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1.82	17,694.04	25,520.04	42,526.12	34,296.08	45,223.36
Sellantes aplicados	1.06	3,864.76	4,432.92	6,602.74	14,289.86	11,996.02
Superficies obturadas (cualquier material)	1.06	22,416.88	24,389.54	49,485.04	42,853.68	45,157.06

Exodoncias (cualquier tipo)	2.10	5,420.10	5,649.00	10,928.40	10,502.10	10,861.20
Partos vaginales	65.00	75,595.00	51,805.00	70,265.00	89,245.00	104,780.00
Partos por cesárea	77.50	34,177.50	22,785.00	40,610.00	48,825.00	53,242.50
Total de días estancia de los egresos	10.74	161,164.44	162,077.34	148,265.70	188,723.28	250,123.86
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	82.00	249,034.00	193,520.00	154,570.00	560,880.00	806,306.00
Exámenes de laboratorio	1.98	726,943.14	722,717.82	700,470.54	809,431.92	983,559.06
Número de imágenes diagnósticas tomadas	4.73	129,067.51	136,469.96	162,262.65	174,688.36	206,790.87
Número de visitas domiciliarias e institucionales - PIC-	2.37	93,222.77	799.71	4,705.97	28,659.36	51,720.76
Número de sesiones de talleres colectivos - PIC-	1.82	50,510.46	33,793.76	34,013.98	49,150.92	40,493.18
TOTAL PRODUCCION EN UVR		2,405,798.73	2,147,277.32	2,302,593.99	3,157,944.82	3,831,371.27

Fuente: Informe Decreto 2193/04

3.5 INDICADORES HOSPITALARIOS VIGENCIAS 2016 A 2019.

3.5.1 ÍNDICE OCUPACIONAL

Este indicador se obtiene de dividir el total de camas ocupadas (días) en un período determinado por el total de camas disponibles o en trabajo (días) en ese mismo período. Este resultado se amplifica por 100.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total camas ocupadas (días) en un período determinado} \times 100}{\text{Total de camas disponibles (días) en el período}}$$

Medición: Mide el grado de uso (%) de las camas disponibles o en trabajo para un determinado período. Grado de uso recomendado por el Ministerio de Salud hasta 80.

3.5.2 EGRESOS POR CAMA HOSPITALARIA

A este indicador se le denomina habitualmente “rotación de camas” y se calcula dividiendo el total de egresos (altas + fallecidos), acaecidos en un período determinado, por el total de camas hospitalarias.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total de egresos hospitalarios en un periodo determinado}}{\text{Dotación normal de camas (promedio diario de camas Disponibles en el período)}} \times 100$$

Medición: este indicador señala el número de pacientes que, en promedio, hacen uso de una cama hospitalaria de dotación, o de una cama hospitalaria disponible, para el período establecido. Índice de rotación recomendado por el Ministerio de Salud hasta 2 %.

3.5.3 PROMEDIO DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POR EGRESO HOSPITALARIO

La estancia promedio por paciente se obtiene dividiendo el total de días de hospitalización de los egresados (altas + fallecidos) acaecidos en un período determinado, por el total de egresos para ese período.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total de días de hospitalización para los egresados en un período}}{\text{Total de egresos para el período}}$$

Medición: Este indicador señala el número de días que, en promedio y para un período determinado, permanecieron los pacientes internados en el establecimiento.

3.5.4 PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES (EN TRABAJO) Y PROMEDIO DIARIO DE CAMAS OCUPADAS

Es conveniente, complementar los indicadores que se han detallado, con el promedio diario de camas disponibles y camas ocupadas. Estos indicadores muestran, en promedio, el número de camas que diariamente estuvieron disponibles y ocupadas en un período determinado.

Fórmula Promedio diario de camas disponibles (en trabajo)

Fórmula:
$$\frac{\text{Total de camas disponibles (en trabajo) en el período}}{\text{Total de días para el período}}$$

Fórmula Promedio diario de camas ocupadas.

Fórmula:
$$\frac{\text{Total de camas ocupadas en el período}}{\text{Total de días para el período}}$$

Medición: Al comparar el promedio diario de camas disponibles y ocupadas versus la dotación normal de camas, es posible visualizar cuantitativamente, el grado de uso de las camas observado para un período determinado, con respecto a esa dotación. Se puede dimensionar este grado de uso, calculando el % de camas disponibles y ocupadas (promedio diario con respecto a la dotación normal).

A continuación, se muestran los indicadores que miden grado de uso de las camas hospitalarias acorde a la información reportada por el Decreto 2193 de 2004. Dentro de ellos presentamos los siguientes:

TABLA 117 INDICADORES HOSPITALARIOS ESE ISABU.

Indicadores Hospitalarios	2016	2017	2018	2019
Porcentaje Ocupacional	62.8%	49.2%	70.0%	88.0%
Variación Global		-22%	42%	26%
Variación 2019 - 2016				40%
Promedio Días Estancia	3.42	2.98	2.72	2.95
Variación Global		-13%	-9%	9%
Variación 2019 - 2016				-14%
Giro Cama Mes	4.60	4.88	6.82	7.67
Variación Global		6%	40%	12%
Variación 2019 - 2016				67%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un mejoramiento de los indicadores de producción de manera global a partir de la vigencia 2018.

Revisando el indicador de “Porcentaje Ocupacional” se observa un descenso en la vigencia 2017 y luego un aumento en la vigencia 2018 que se incrementa hasta 2019. Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016, la variación es negativa del 22%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 42% y para el 2019 con referencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 26%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 40% con respecto a 2016.

Revisando el indicador de “Promedio Días de Estancia” se observa una disminución considerable en los días de estancia del usuario en las unidades hospitalarias desde la vigencia 2016 hasta 2018 con un ligero incremento en 2019. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es negativa del 13%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 9%. Tomando como referencia el 2019 con referencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 9%. En 2019 se aprecia una variación negativa del 14% con respecto a 2016. Es importante resaltar que este indicador muestra eficiencia administrativa por la alta resolutivez en los servicios de atención hospitalaria en la ESE ISABU.

Revisando el indicador de “Giro Cama” Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016 se observa una variación positiva del 6%. Por otra parte, observando el 2018 en correspondencia a 2017 la variación es positiva del 40%. Tomando como referencia el 2019 con relación a la vigencia 2018 la variación es positiva del 12%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 67% con respecto a 2016. Lo cual refleja eficiencia administrativa y operativa de la ESE ISABU.

3.6 FARMACIA

El servicio de farmacia se encuentra operando a través de una alianza estratégica modelo Outsourcing con COHOSAN.

En las siguientes imágenes se relaciona la operativización de la distribución y dispensación de insumos y medicamentos hospitalarios y ambulatorios.



DISPENSACION DE MEDICAMENTOS A PACIENTES AMBULATORIOS



Nota: COHOSAN de acuerdo a los consumos históricos de cada Centro de Salud, mantiene un inventario a disposición del ISABU, es de aclarar que tanto el Personal como el inventario y su rotación, vencimientos y deterioros son responsabilidad de la Cooperativa.

DISTRIBUCIÓN AMBULATORIA A CENTROS DE SALUD SATELITES (Julio de 2019)

A través de la aplicación del sistema, cada Centro de Salud principal, verifica las fórmulas pendientes de despacho para Paciente atendidos en los centros de salud satélites.



El Regente o Auxiliar de Farmacia verifica en el sistema los derechos del Usuario, digita la formula y lista los medicamentos y dispositivos siguiendo la orden medica por cada paciente, empaqa en bolsa separada indicando en la misma nombre de paciente y Centro de Salud.

El Regente de cada Centro de Salud principal llevando los controles pertinentes, entrega al mensajero los paquetes con la formulación de cada paciente, quien a su vez la lleva a cada Centro de Salud satélite y la entrega al Jefe responsable de su dispensación.

Las formulas no reclamadas por los Usuarios, son devueltas por los Jefes de cada Centro dentro entre las 72 y 96 horas después, realizando cada Centro el trámite correspondiente para descargar del sistema y regresar al inventario los insumos dispensados.

Nota: Los pacientes atendidos en la mañana reciben su formulación en la tarde y los atendidos en la tarde al siguiente día en la mañana.

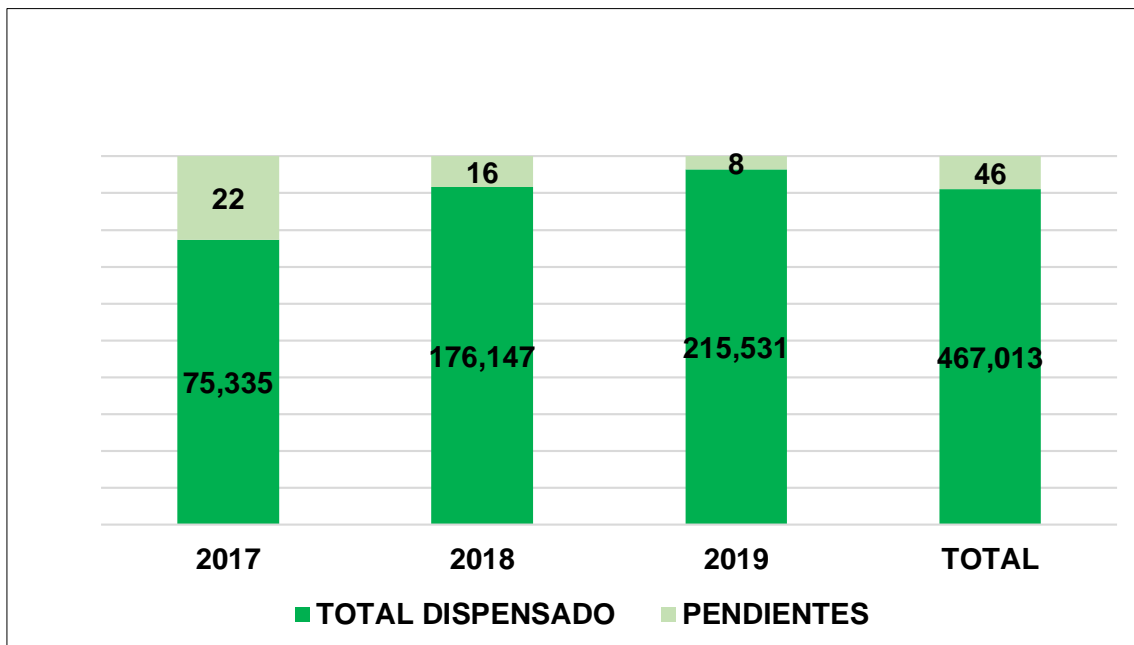


DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS HOSPITALARIOS PARA CONSUMO A SERVICIOS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE.



Este modelo ha traído beneficios para la ESE ISABU en los siguientes aspectos: Oportunidad, Disponibilidad, Servicio, Optimización de inventarios, Optimización de recursos, Optimización de stock de inventarios en los diferentes servicios, Atención integral, Administración de personal, Cero fugas de inventarios, Cero deterioros, Cero vencimientos, Facturación al mes siguiente de lo dispensado en el mes anterior, Elaboración del Informe del SISMED.

GRÁFICO 51 RELACIÓN MEDICAMENTOS DISPENSADOS / PENDIENTES 2017 - 2019 ESE ISABU



Fuente: Outsourcing Cohosan

La anterior gráfica muestra el comportamiento vigencia a vigencia de la relación medicamentos dispensados / medicamentos pendientes de entregar oportunamente por el servicio de Farmacia. Se puede apreciar que de 467.013 medicamentos dispensados solo 46 quedaron pendientes por entregar oportunamente. Esto corresponde a 0.009%, indicador excelente que refleja el buen servicio con calidad que presta la ESE ISABU con este modelo de dispensación y entrega de medicamentos a nuestros usuarios.

3.7 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA RED

La E.S.E. ISABU, con el propósito de mejorar los procesos de atención tiene una distribución en zonas, con un responsable a cargo, de la siguiente manera:

TABLA 118 DISTRIBUCIÓN DE LA RED POR ZONAS ESE ISABU

Zona 1 - Norte
C.S. Café Madrid
C.S. Colorados
C.S. Gaitán
C.S. Girardot
C.S. IPC
C.S. Kennedy
C.S. Regaderos
C.S. San Rafael
C.S. Santander
C.S. Villa Rosa
Zona 2 – Sur
C.S. Bucaramanga
C.S. Campo Hermoso
C.S. Concordia
C.S. Comuneros
C.S. Cristal Alto
C.S. La Joya
C.S. La Libertad
C.S. Morrорico
C.S. Mutis
C.S. Pablo VI
C.S. Rosario
C.S. Toledo Plata
Unidades Hospitalarias
Hospital Local del Norte
Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita UIMIST

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

A partir de enero de 2020 se hizo una reorganización de Zonas, quedando Zona 1: Norte y Zona 2: Sur. Los Centros de Salud Girardot, Gaitán y Santander pasaron a la Zona 1: Norte y los Centros de Salud Rosario, Morrорico y Comuneros, pasaron a la Zona 2: Sur.

3.7.1 ZONA 1

La Zona Uno o Norte está ubicada al Norte de la ciudad de Bucaramanga y abarca las Comunas 1 y 2 de nuestra capital. Esta zona está conformada por los Centros de Salud: Café Madrid, Colorados, Gaitán, Girardot (actualmente se encuentra en remodelación), IPC, Kennedy (actualmente se encuentra en remodelación), Regaderos, San Rafael (actualmente se encuentra en remodelación), Santander y Villa Rosa.

Cuenta con una zonificación total de 74.650 usuarios distribuidos en estas 10 unidades operativas.

3.7.1.1 CENTRO DE SALUD CAFÉ MADRID

TABLA 119 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CAFÉ MADRID

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Café Madrid		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
680010070126	Carrea 8B # 33N-30	6731718
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cscafemadrid.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
21.348	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.1.1 CAPACIDAD INSTALADA CS CAFÉ MADRID

TABLA 120 CAPACIDAD INSTALADA CAFÉ MADRID

Infraestructura CS Café Madrid	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	6
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades Odontológicas	2
Equipos de Radiología Odontológica	1
Consultorios de Especialistas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Farmacia	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.1.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS CAFÉ MADRID

TABLA 121 HORARIOS DE ATENCIÓN CAFÉ MADRID

Servicios ambulatorios CS Café Madrid
Lunes a jueves. Hora: 6:30 am – 4:30 pm
Viernes: Hora: 6:30 am – 3:30 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.1.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS CAFÉ MADRID.

TABLA 122 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CAFÉ MADRID

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Café Madrid	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS278993
	328 - Medicina general	DHS278994
	334 - Odontología general	DHS446867
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714 - Servicio farmacéutico	DHS790040
	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS278997
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS278998
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS278999
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS279000
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS279001
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS279002
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS279003
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS279004
	916 - Protección específica - vacunación	DHS279005
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS279006
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS279007
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS446868

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.1.4 TALENTO HUMANO C.S CAFÉ MADRID

TABLA 123 TALENTO HUMANO C.S CAFÉ MADRID

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Duperly Astrid Torrado	Planta	180
Enfermera	Laura Milena Jaimes	Planta	180
Enfermera	Dalgy Rangel Suarez	CPS	208
Auxiliar de Enfermería	Liliana Maritza Sandoval Rico	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Tania Maribel Pinzón Ávila	Planta	180
Médico General	Santiago Cárdenas Ortiz	CPS	208
Médico General	Delcy Rodríguez Burbano	CPS	208
Médico General	Lady Aldana	CPS	208
Médico General	Raúl Antonio Dueñas Cepeda	Planta	180
Odontólogo	Fredy González Vargas	Planta	180
Higienista Oral	Sayra Johana Porras	CPS	208
Higienista Oral	Genny Marcela Velásquez Angarita	Planta	180
Ginecólogo	Pedro Alejandro Castillo Espitia	CPS	Evento
Ginecólogo	Olga Patricia Ardila Torres	CPS	Evento
Regente de Farmacia	Carolina Moreno Rueda	COHOSAN	NA
Apoyo Asistencial	Cecilia Del Carmen Carrillo Lobo	CPS	208
Facturador	Angie Daniela Forero Roa	CPS	NA
Facturador	Diana Yaneth Muñoz	CPS	NA
Facturador	Keiko Sofía Bohórquez	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.1.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS CAFÉ MADRID

3.7.1.1.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 124 INFORME DE PRODUCCIÓN DE CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016-2019 CAFÉ MADRID

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Café Madrid	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	3,325	4,099	4,744	4,837
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	947	1,143	2,893	1,490
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,420	1,095	810	1,323
Citologías cervico vaginales tomadas	501	430	475	640
Consultas de medicina general electivas realizadas	8,806	9,423	8,531	13,610
Total de Actividades Realizadas	14,999	16,190	17,453	21,900
Variación Global		8%	8%	25%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es positiva del 8%; para el 2018 con relación al 2017 la variación es positiva del 8% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es positiva del 25% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 47%. En 2019, se aprecia un incremento significativo en los servicios de consulta externa tanto de enfermería como de medicina, relacionado con la apertura del Centro de Salud con mayor capacidad instalada y mayor población zonificada.

3.7.1.1.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 125 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CAFÉ MADRID

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Café Madrid	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	0	3,952	4,135	7,146
Variación global	0%	0%	5%	73%
Total de tratamientos terminados	0	203	264	836
Variación global	0%	0%	30%	217%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	760	749	1,459
Sellantes aplicados	0	70	296	538
Superficies obturadas (cualquier material)	3	2,131	1,297	1,581
Exodoncias (cualquier tipo)	0	241	307	468
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	56	3,007	5,361	5,084
Total de Actividades Realizadas	59	6,209	8,010	9,130
Variación Global		10,424%	29%	14%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS.

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Para el 2016, solo se observan registros de 3 actividades cargadas a este centro de costos más otras actividades de Salud Oral. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a 2016 la variación es positiva del 10.424%; para la vigencia 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 29% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es positiva del 14% y en 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación positiva del 47%. En 2019, se aprecia un incremento significativo en los servicios de odontología, relacionado con la apertura del Centro de Salud con dos unidades odontológicas teniendo así mayor capacidad instalada para la atención de la población zonificada, la cual se incrementó a partir de Julio de 2019.

3.7.1.1.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 126 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CAFÉ MADRID

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Café Madrid	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	4,421	4,741	13,661
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	280
Total de Actividades Realizadas	0	4,421	4,741	13,941
Variación Global		0%	7%	194%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 7%. Para la vigencia de 2019 el incremento porcentual frente al año anterior es del 194%. En 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación positiva del 215%.

3.7.1.1.6 CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO CAFÉ MADRID

Actualmente contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad de Santander UDES: Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Psicología y Psiquiatría, Cirugía Plástica con Pequeña Cirugía, Enfermería.

3.7.1.1.7 LOGROS CAFÉ MADRID

- Se realizó la construcción de un Centro de Salud totalmente nuevo, con tecnología de última generación, mobiliario totalmente nuevo.
- Se zonificó la mayoría de usuarios que viven en esta área de la ciudad.
- Se dio apertura del servicio de Odontología.
- Se ubicó la farmacia como punto satélite de distribución de medicamentos para el sector norte de la ciudad.
- Se cuenta con talento humano de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Se formalizó convenio docencia servicio con la UDES.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.

3.7.1.1.8 RECOMENDACIONES CAFÉ MADRID

- Continuar con la estrategia de asignación de citas web.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.2 CENTRO DE SALUD COLORADOS

TABLA 127 DATOS DE IDENTIFICACIÓN COLORADOS

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Colorados		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
680010070122	av. 52n #21-89	6973009
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cscolorados.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
4.789	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.2.1CAPACIDAD INSTALADA CS COLORADOS

TABLA 128 CAPACIDAD INSTALADA COLORADOS

Infraestructura CS Colorados	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	4
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades Odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.2.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS COLORADOS

TABLA 129 HORARIOS DE ATENCIÓN COLORADOS

Servicios ambulatorios CS Colorados
Lunes a jueves. Hora: 6:30 am – 4:30 pm
Viernes: Hora: 6:30 am – 3:30 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.2.3SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS COLORADOS

TABLA 130 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES COLORADOS

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Colorados	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS218921
	328 - Medicina general	DHS218922
	334 - Odontología general	DHS218924
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218927
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218929
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218930
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218931
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218932
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218933
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218934
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218935
	916 - Protección específica - vacunación	DHS218936
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS218937
918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218938	
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444839

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.2.4 TALENTO HUMANO CS COLORADOS

TABLA 131 TALENTO HUMANO CS COLORADOS

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Alba Janeth Murillo Castro	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Carmenza Ospina García	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Yesenia Cerón Zarate	Planta	
Médico General	Javier Ortega Moreno	Planta	180
Médico General	Ligia Rosa Gómez Cáceres	Planta	180
Odontólogo	Mirtza Stella Sánchez Martínez	Planta	180
Higienista Oral	Liliana Isabel Castro Rodríguez	Planta	180
Facturador	Karen Sofía Cuadros Bueno	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.2.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD COLORADOS

3.7.1.2.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 132 INFORME DE PRODUCCIÓN DE CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 COLORADOS.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Colorados	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	3,320	5,374	5,814	4,907
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	549	1,030	4,389	1,399
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,965	1,582	1,214	1,557
Citologías cervicovaginales tomadas	469	444	551	651
Consultas de medicina general electivas realizadas	8,923	9,438	9,291	10,280
Total de Actividades Realizadas	15,226	17,868	21,259	18,794
Variación Global		17%	19%	-12%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 17%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 19% y para el 2019 en correspondencia de la vigencia 2018 la variación es negativa del 12% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 23%.

3.7.1.2.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 133 INFORME DE PRODUCCIÓN ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 COLORADOS.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Colorados	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,212	5,147	5,666	5,210
Variación global	0%	22%	10%	-8%
Total de tratamientos terminados	90	119	308	324
Variación global	0%	32%	159%	5%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	888	1,155	988	1,264
Sellantes aplicados	449	434	913	569
Superficies obturadas (cualquier material)	1,447	2,404	1,998	1,699
Exodoncias (cualquier tipo)	277	347	275	233
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2,495	3,177	4,524	4,041
Total de Actividades Realizadas	5,556	7,517	8,698	7,806
Variación Global		35%	16%	-10%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS.

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 35%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 16% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 10% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 40%.

3.7.1.2.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 134 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 COLORADOS.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Colorados	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	10,778	10,176	12,270
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	10,778	10,176	12,270
Variación Global		0%	-6%	21%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a la vigencia 2017 la variación es negativa del 6%. Para la vigencia 2019 con relación a la vigencia 2018 la variación es positiva del 21%. En 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación positiva del 14%.

3.7.1.2.6 CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO CS COLORADOS

Actualmente contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad de Santander UDES. En el área de El Nogal, Proyecto MIUDES, Medicina y Enfermería.

3.7.1.2.7 LOGROS CS COLORADOS

- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con todo el talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Se zonificaron los habitantes pertenecientes a esta área de la ciudad.

3.7.1.2.8 RECOMENDACIONES COLORADOS

- Continuar con la estrategia de asignación de citas web.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.3 CENTRO DE SALUD GAITÁN

TABLA 135 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS GAITÁN

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Gaitán		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701	Cra. 12 # 16-10	6712537
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csgaitan.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
2.945	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.3.1 CAPACIDAD INSTALADA CS GAITÁN

TABLA 136 CAPACIDAD INSTALADA CS GAITÁN

Infraestructura CS Gaitán	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	2
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.3.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS GAITÁN

TABLA 137 HORARIOS DE ATENCIÓN CS GAITÁN

Servicios ambulatorios CS Gaitán
Lunes a Jueves Hora: 7 am – 5 pm
Viernes: Hora: 7 am – 4 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.3.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS GAITÁN

TABLA 138 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS GAITÁN

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Gaitán	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS218963
	328 - Medicina general	DHS218964
	334 - Odontología general	DHS218966
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218968
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218969
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218970

	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218971
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218972
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218973
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218974
	915 - detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218975
	916 - protección específica - vacunación	DHS218976
	917 - protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS218977
	918 - protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218978
Procesos	950 - proceso esterilización	DHS444806

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.3.4 TALENTO HUMANO CS GAITÁN

TABLA 139 TALENTO HUMANO C.S GAITÁN

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Ana Carolina Bettin Murillo	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Mayelizeth Rincón Amaya	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Esmeralda Pabón	Carrera	180
Médico General	Cynthia Tuiran Cardona	CPS	208
Médico General	Jenny Xiomara Figueroa Leal	Planta	180
Odontólogo	Jhon Snneider Rivera Sepúlveda	Planta	180
Higienista Oral	Diana Carolina Reyes Quiroga	Planta	180
Facturador	Laura Milena Ortega Barajas	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.3.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS GAITÁN

3.7.1.3.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 140 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS GAITÁN

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Gaitán	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	3,449	3,352	3,694	5,756
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	335	578	3,036	1,624

Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,259	991	881	2,482
Citologías cervicovaginales tomadas	399	421	567	1,192
Consultas de medicina general electivas realizadas	7,446	8,747	8,674	18,701
Total de Actividades Realizadas	12,888	14,089	16,852	29,755
Variación Global		9%	20%	77%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 9%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 20% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 77% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 131%. Es de resaltar que a partir de Junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud Girardot, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.1.3.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 141 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS GAITÁN

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Gaitán	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,731	4,784	5,413	6,327
Variación global	0%	1%	13%	17%
Total de tratamientos terminados	65	81	246	447
Variación global	0%	25%	204%	82%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	675	1,247	1,225	1,238
Sellantes aplicados	177	403	380	435
Superficies obturadas (cualquier material)	1,078	3,880	3,606	2,145
Exodoncias (cualquier tipo)	63	123	152	255
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	1,782	2,881	4,404	3,905
Total de Actividades Realizadas	3,775	8,534	9,767	7,978
Variación Global		126%	14%	-18%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 126%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 14% y para el 2019 en correspondencia con el 2018 la variación es negativa del 18% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 111%.

3.7.1.3.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 142 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS GAITÁN

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Gaitán	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	263	5,677	13,034
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	263	5,677	13,034
Variación Global		0%	2,059%	130%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 2.059%. Y para el 2019 con relación a la vigencia 2018 la variación es positiva del 130%. En 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación positiva del 4856%.

3.7.1.3.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS GAITÁN

No se cuenta con Convenio Docencia Servicio

3.7.1.3.7 LOGROS CS GAITÁN

- Se entrega un centro de salud remodelado, con mobiliario y equipos biomédicos nuevos al momento de la remodelación.
- Con la distribución realizada por zonificación de usuarios, se permitió proyectar las horas Médico necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología.
- Se implementó la estrategia de no más colas, lo que ha permitido que los procesos en el área de facturación sean mucho más ágiles, para este centro de salud en específico, se facturan vacunas en horas de la tarde, permitiendo así en las mañanas, en horas de más congestión, asignar citas y legalizaciones de servicios agendados anteriormente.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

- Acercamiento y trabajo conjunto con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.

3.7.1.3.8 RECOMENDACIONES CS GAITÁN

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, y a garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.4 CENTRO DE SALUD GIRARDOT

TABLA 143 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS GIRARDOT.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Girardot		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701	Cra 6 # 25-34	6334486
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csgirardot.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
7.833	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.4.1 CAPACIDAD INSTALADA CS GIRARDOT.

TABLA 144 CAPACIDAD INSTALADA CS GIRARDOT.

Infraestructura CS Girardot	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	4
Consultorio de Atención Prioritaria	1
Consultorios de Consulta de Enfermería	2
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1

Sala de Procedimientos	1
Sala ERA	1
Farmacia	1
Área de Facturación	3

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.4.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS GIRARDOT.

TABLA 145 HORARIOS DE ATENCIÓN CS GIRARDOT.

Servicios ambulatorios CS Girardot	Consulta prioritaria
Lunes a Jueves Hora: 6:00 am – 6:00 pm	Lunes a Jueves 6:00am-6:00m
Viernes: Hora: 6:00 am – 6:00 pm	Viernes 6:00 am – 6:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.4.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS GIRARDOT

TABLA 146 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS GIRARDOT.

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Girardot	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS218963
	328 - Medicina general	DHS218964
	334 - Odontología general	DHS218966
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218968
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218969
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218970
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218971
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218972
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218973
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218974
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218975
	916 - Protección específica - vacunación	DHS218976
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS218977

	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218978
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444806

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.4.4 TALENTO HUMANO CS GIRARDOT

TABLA 147 TALENTO HUMANO C.S GIRARDOT

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Nicolle Tatiana Lizarazo	Planta	180
Enfermera	Johana Patricia Villamizar	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Edna Rocío Carrillo Delgado	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Lozano Cárdenas Janeth	Carrera Adm	87
Auxiliar de Enfermería	Mayra Lizzeth Pita Lizarazo	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Yuly Andrea Vega Cárdenas	Planta	180
Médico General	Melissa Andrea Moreno Villamizar	Planta	180
Médico General	Nathalia Carolina Ortiz	CPS	238
Médico General	Yisela Patricia Gómez Mancilla	CPS	208
Médico General	Clara Patricia Parra Calixto	CPS	208
Odontólogo	Yerson Stiven López Guerrero	Planta	120
Higienista Oral	Silvia Alejandra Guerrero Gutiérrez	Planta	180
Regente de Farmacia	Sandra Jaimes	COHOSAN	NA
Facturador	Marisel Castilla Guitian	CPS	NA
Facturador	Karen Julieth Gil Rojas	CPS	NA
Facturador	Nadia Yolima Anaya	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.4.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS GIRARDOT.

3.7.1.4.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 148 INFORME DE PRODUCCIÓN DE CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS GIRARDOT.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Girardot	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	9,078	8,908	9,227	4,272

Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	1,462	1,990	4,646	1,249
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	2,364	1,920	2,021	1,282
Citologías cervicovaginales tomadas	998	1,261	1,349	824
Consultas de medicina general electivas realizadas	24,986	25,455	24,429	14,895
Total de Actividades Realizadas	38,888	39,534	41,672	22,522
Variación Global		2%	5%	-46%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 2%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 5% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2016 la variación es negativa del 46% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 42%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y los Centros de Salud Gaitán y Santander atendieron la población zonificada en Girardot, lo que hizo que la productividad de Girardot disminuyera y la de Gaitán y Santander aumentara notablemente.

3.7.1.4.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 149 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS GIRARDOT.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Girardot	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	5,821	6,674	6,225	3,626
Variación global	0%	15%	-7%	-42%
Total de tratamientos terminados	138	204	358	284
Variación global	0%	48%	75%	-21%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1,669	2,118	1,829	1,027
Sellantes aplicados	0	724	1,693	918
Superficies obturadas (cualquier material)	2,085	3,988	3,214	1,522
Exodoncias (cualquier tipo)	299	397	344	171
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2,917	5,380	5,661	4,095
Total de Actividades Realizadas	6,970	12,607	12,741	7,733
Variación Global		81%	1%	-39%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 81%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 1% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es

negativa del 39% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 11%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y los Centros de Salud Gaitán y Santander atendieron la población zonificada en Girardot, lo que hizo que la productividad de Girardot disminuyera y la de Gaitán y Santander aumentara notablemente.

3.7.1.4.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 150 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS GIRARDOT.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Girardot	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	28,093	22,412	25,912	14,231
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	28,093	22,412	25,912	14,231
Variación Global		-20%	16%	-45%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 20%; para el 2018 con relación a 2017 la variación positiva del 16% y para el 2019 en correspondencia de la vigencia 2018 la variación es negativa del 45%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 49%. Para este caso en particular la apertura del servicio de toma de muestras en otras sedes en las que históricamente no se tomaban muestras redujo la cantidad de actividades ejecutadas.

3.7.1.4.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS GIRARDOT.

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad de Santander UDES, programa de Enfermería; con la Universidad Industrial de Santander UIS, programa de Enfermería.

3.7.1.4.7 LOGROS CS GIRARDOT.

- Se entrega un centro de salud remodelado, con mobiliario y equipos biomédicos nuevos al momento de la remodelación, de dos plantas, con ascensor para uso de las personas en condición de discapacidad.
- Con la distribución realizada por zonificación de usuarios, se permitió proyectar las horas Médico necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología.
- Se implementó la estrategia de no más colas, lo que ha permitido que los procesos en el área de facturación sean mucho más ágiles, para este centro de salud en específico,

se facturan vacunas en horas de la tarde, permitiendo así en las mañanas, en horas de más congestión, asignar citas y legalizaciones de servicios agendados anteriormente.

- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Acercamiento y trabajo conjunto con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.
- Dos unidades odontológicas disponibles para el uso de la comunidad y rayos x orales.

3.7.1.4.8 RECOMENDACIONES CS GIRARDOT.

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.5 CENTRO DE SALUD IPC

TABLA 151 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS IPC

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede IPC		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
680010070107	km 2 vía la costa	6400014
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csipc.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
4.962	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.5.1 CAPACIDAD INSTALADA CS IPC

TABLA 152 CAPACIDAD INSTALADA CS IPC

Infraestructura CS IPC	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	5
Consultorios de Consulta de Enfermería	1

Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de terapia	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.5.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS IPC

TABLA 153 HORARIOS DE ATENCIÓN CS IPC

Servicios ambulatorios CS IPC
Lunes a Jueves Hora: 6:30 am – 4:30 pm
Viernes: Hora: 6:30 am – 3:30 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.5.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS IPC

TABLA 154 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS IPC

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS IPC	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219209
	328 - Medicina general	DHS219210
	334 - Odontología general	DHS219212
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	728 - Terapia ocupacional	DHS219214
	739 - Fisioterapia	DHS219215
	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219217
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219219
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219220
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219221
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219222
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219223
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219224
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219225
	916 - protección específica - vacunación	DHS219226

	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219227
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219228
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444845

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.5.4 TALENTO HUMANO CS IPC

TABLA 155 TALENTO HUMANO CS IPC

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Lizeth Tatiana Mayorga	Planta	180
Médico General	Santiago Cabarcas	Planta	180
Médico General	Amelia Pedraza Rueda	CPS	180
Odontólogo	Amalia Lucia Niño Ardila	CPS	208
Auxiliar de Enfermería	Eliana Torralvo Carvajal	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Eliana Ruth Torralvo Carvajal	Planta	180
Higienista Oral	Yolima Morales Rojas	Planta	180
Fisioterapeuta	Alba Yolima Portilla Ramírez	Planta	180
Facturador	Olga León Reyes	CPS	NA
Facturador	Yenny Vanessa Vargas	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.5.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS IPC

3.7.1.5.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 156 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS IPC.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud IPC	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	4,474	4,856	4,025	3,854
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	1,285	1,776	4,021	1,276
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,943	1,823	834	1,174
Citologías cervicovaginales tomadas	361	434	453	492
Consultas de medicina general electivas realizadas	11,678	8,594	10,374	11,030
Total de Actividades Realizadas	19,741	17,483	19,707	17,826

Variación Global		-11%	13%	-10%
------------------	--	------	-----	------

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2018. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 11%; para el 2018 con relación a 2017, la variación es positiva del 13% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 10% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 10%.

3.7.1.5.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 157 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS IPC.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud IPC	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,500	5,004	4,936	5,137
Variación global	0%	11%	-1%	4%
Total de tratamientos terminados	88	252	544	620
Variación global	0%	186%	116%	14%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	676	1,148	1,279	1,381
Sellantes aplicados	81	125	459	491
Superficies obturadas (cualquier material)	1,096	2,406	1,852	1,795
Exodoncias (cualquier tipo)	121	306	374	192
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2,168	3,924	5,055	3,806
Total de actividades realizadas	4,142	7,909	9,019	7,665
Variación global		91%	14%	-15%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS.

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 91%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 14% y para el 2019 en correspondencia con el 2018 la variación es negativa del 15% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 85%.

3.7.1.5.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 158 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS IPC.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud IPC	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	50,376	9,827	3,974	4,728
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	50,376	9,827	3,974	4,728
Variación Global		-80%	-60%	19%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento de la producción para la vigencia 2019. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 80%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 60% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 19% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 91%.

Para este caso en particular la apertura del servicio de toma de muestras en otras sedes en las que históricamente no se tomaban muestras redujo la cantidad de actividades ejecutadas.

3.7.1.5.5.4 APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 159 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS IPC.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud IPC	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	0	0	0	0
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	10,505	10,952	8,301	5,932
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	1,936	19	1,787	2,358
Total de Actividades Realizadas	12,441	10,971	10,088	8,290
Variación Global		-12%	-8%	-18%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 12%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 8% y para el 2019 respecto de la vigencia 2018 la variación es negativa del 18% y para el 2019 en correspondencia de la vigencia 2016 la variación es negativa del 33%.

Para este caso en particular ha bajado el número de usuarios de las EAPB contratado con la ESE ISABU para el servicio de rehabilitación.

3.7.1.5.6 CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO CS IPC

Actualmente contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander y Universidad Manuela Beltrán. Ambas con el Programa Fisioterapia.

3.7.1.5.7 LOGROS CS IPC

- Se zonificó la mayoría de usuarios que viven en ésta área de la ciudad.
- Se cuenta con talento humano de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.

3.7.1.5.8 RECOMENDACIONES CS IPC

- Continuar con la estrategia de asignación de citas web.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.6 CENTRO DE SALUD KENNEDY

TABLA 160 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS KENNEDY

Empresa Social Del Estado Instituto De Salud De Bucaramanga Sede Kennedy		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
680010070119	Calle 17 # Cra 12 norte	SIN DATO
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cskennedy.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
12.255	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.6.1 CAPACIDAD INSTALADA CS KENNEDY

TABLA 161 CAPACIDAD INSTALADA CS KENNEDY.

Infraestructura CS Kennedy	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	2
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma de muestras laboratorio	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.6.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS KENNEDY

TABLA 162 HORARIOS DE ATENCIÓN CS KENNEDY

Servicios ambulatorios CS Kennedy
Lunes a jueves. Hora: 6:30 am – 4:30 pm
Viernes: Hora: 6:30 am – 3:30 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.6.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS KENNEDY

TABLA 163 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS KENNEDY

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Kennedy	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219190
	328 - Medicina general	DHS219191
	334 - Odontología general	DHS219193
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219195
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219196
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219197
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219198
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219199
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219200
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219201

	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219202
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219203
	917 - protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219204
	918 - protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219205
Procesos	950 - proceso esterilización	DHS444818

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.6.4 TALENTO HUMANO CS KENNEDY

TABLA 164 TALENTO HUMANO CS KENNEDY

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Mónica Mantilla	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Ana Inés Reyes	Planta	180
Médico General	Daniela María Soto Barrera	CPS	208
Médico General	Andrés Felipe Peñuela Valencia	CPS	208
Médico General	Jhurgen Rolanlly Robles Ascanio	CPS	208
Médico General	Mario Orlando Sotomonte Gamarra	Planta	180
Odontólogo	Ana Catherin Vargas González	Planta	180
Auxiliar de Odontología	Claudia Yamile Acevedo Tapias	CPS	208
Auxiliar de Enfermería	Ana Inés Reyes Sánchez	Planta	180
Facturador	Olga Lucia Hernández Anaya	CPS	NA
Facturador	Johana Alejandra Torres Ramírez	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.6.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS KENNEDY

3.7.1.6.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 165 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS KENNEDY

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Kennedy	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	5,540	0	552	0
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	885	1,981	5,095	1,921

Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	2,247	1,652	1,568	1,547
Citologías cervicovaginales tomadas	768	776	1,638	1,721
Consultas de medicina general electivas realizadas	10,316	13,641	18,310	18,282
Total de Actividades Realizadas	19,756	18,050	27,163	23,471
Variación Global		-9%	50%	-14%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es negativa del 9%; para el 2018 con relación al 2017 la variación es positiva del 50% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 14% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 19%. Incremento relacionado con el traslado de este centro de salud al Hospital Local del Norte desde noviembre de 2016 por motivo de cierre por incumplimiento de la norma sanitaria y de habilitación. La productividad de consulta externa del HLN se cargó a este centro de salud excepto lo relacionado con vacunación que en las vigencias 2017 y 2019 se incluyeron en el HLN.

3.7.1.6.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 166 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS KENNEDY.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Kennedy	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,994	0	5,811	10,828
Variación global	0%	-100%	0%	86%
Total de tratamientos terminados	95	0	363	1,165
Variación global	0%	-100%	0%	221%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	968	0	1,103	2,624
Sellantes aplicados	79	0	177	184
Superficies obturadas (cualquier material)	1,821	0	2,057	4,397
Exodoncias (cualquier tipo)	166	0	275	825
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2,375	4,564	9,933	8,874
Total de actividades realizadas	5,409	4,564	13,545	16,904
Variación global		-16%	197%	25%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS.

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2018. Tomando como referencia la vigencia de 2017 no se observan registros de actividades cargadas a este centro de costos, salvo para otras actividades de Salud Oral en el caso de actividades de Promoción y Prevención. Para la vigencia 2018 se realizó cargue de todas las actividades a este centro de costos logrando una variación positiva del 197% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es positiva del 25% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 213%. Incremento relacionado con el traslado de este centro de salud al Hospital Local del Norte desde Noviembre de

2016 por motivo de cierre por incumplimiento de la norma sanitaria y de habilitación. La productividad de odontología del HLN se cargó a este centro de salud excepto en la vigencia 2017 la cual se incluyó en el HLN.

3.7.1.6.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 167 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS KENNEDY.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Kennedy	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	252	0	113
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	252	0	113
Variación Global		0%	-100%	0%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción en la vigencia 2017, pero no existe ningún registro en 2018, ya que estas actividades se reportaron al Hospital Local del Norte, en donde funcionó el Centro de Salud Kennedy, desde el momento de su cierre en noviembre de 2016 hasta la fecha.

3.7.1.6.6 CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO CS KENNEDY

Actualmente contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander: Salud Pública.

3.7.1.6.7 Logros CS Kennedy

- Se alcanzó el gran sueño de toda la comunidad del sector Kennedy de contar con un Centro de Salud totalmente nuevo logrando su construcción, con tecnología de última generación, mobiliario nuevo y moderno.
- Se zonificó la mayoría de usuarios que viven en ésta área de la ciudad.
- Se cuenta con talento humano de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019
- Se aumentó las horas médico de atención, pasando de 360 horas mes a 832 horas mes.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.

3.7.1.6.7 RECOMENDACIONES CS KENNEDY

- Continuar con la estrategia de asignación de citas web.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.7 CENTRO DE SALUD REGADEROS

TABLA 168 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS REGADEROS.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Regaderos		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
680010070114	Cra 23 c # 1-04	6404640
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csregaderos.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
4.591	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.7.1 CAPACIDAD INSTALADA CS REGADEROS

TABLA 169 CAPACIDAD INSTALADA CS REGADEROS.

Infraestructura CS Regaderos	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.7.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS REGADEROS

TABLA 170 HORARIOS DE ATENCIÓN CS REGADEROS

Servicios ambulatorios CS Regaderos
Lunes a jueves. Hora: 6:30 am – 4:30 pm
Viernes: Hora: 6:30 am – 3:30 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.7.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS REGADEROS

TABLA 171 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS REGADEROS.

Servicio Habilitado	Nombre del servicio CS Regaderos	Distintivo Número
Consulta Externa	312 – Enfermería	DHS218888
	328 - Medicina general	DHS218889
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218892
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218894
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218895
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218896
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218897
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218898
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218899
	915 - detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218900
	916 - Protección específica - vacunación	DHS218901
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218902

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.7.4 TALENTO HUMANO CS REGADEROS

TABLA 172 TALENTO HUMANO CS REGADEROS.

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Julieth Paola Torrados	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Nubia Esperanza Ariza Amado	Planta	180
Médico General	Johana Patricia Navarro Sarmiento	CPS	180
Médico General	Franci Johanna Carrillo Morales	Planta	180
Facturador	Ingrid Paola Jaimes	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.7.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS REGADEROS

3.7.1.7.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 173 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS REGADEROS.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Regaderos	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	4,049	3,827	3,748	3,527
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	702	1,296	1,861	1,138
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,647	1,123	826	1,175
Citologías cervicovaginales tomadas	465	481	476	445
Consultas de medicina general electivas realizadas	9,465	7,125	8,194	8,282
Total de Actividades Realizadas	16,328	13,852	15,105	14,567
Variación Global		-15%	9%	-4%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 15%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 9% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 4% % y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 11%.

3.7.1.7.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019.

El Centro de Salud Regaderos no tiene habilitado hasta la fecha el servicio de Odontología sin embargo ha realizado aucciones extramurales en Otras actividades de Salud Oral como se muestra a continuación:

TABLA 174 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS REGADEROS.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Regaderos	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	0
Variación global	0%	0%	0%	0%
Total de tratamientos terminados	0	0	0	0
Variación global	0%	0%	0%	0%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	0	0
Sellantes aplicados	0	0	0	0
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	0

Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	0
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	45	49	106	10
Total de actividades realizadas	45	49	106	10
Variación global		9%	116%	-91%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS.

El Centro de Salud Regaderos no cuenta con habilitación específica para el servicio de Odontología. Se han realizado acciones extramurales en Otras actividades de Salud Oral como se muestra a continuación en el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 9%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 116% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 91%. En 2019 se aprecia una variación negativa del 78% con respecto a 2016.

3.7.1.7.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 175 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS REGADEROS.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Regaderos	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	3,916	3,369	4,134
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	3,916	3,369	4,134
Variación Global		0%	-14%	23%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 14% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 23% y en 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación positiva del 6%.

3.7.1.7.6 CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO CS REGADEROS

Actualmente no contamos con Convenio Docencia Servicio.

3.7.1.7.7 LOGROS CS REGADEROS

- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con todo el talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

- Se zonificaron los habitantes pertenecientes a esta área de la ciudad.

3.7.1.7.8 RECOMENDACIONES CS REGADEROS

- Continuar con la estrategia de asignación de citas web.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.8 CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL

TABLA 176 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS SAN RAFAEL

Empresa Social Del Estado Instituto De Salud De Bucaramanga Sede San Rafael		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
680010070113	Calle 4 # 10- 45	6715676
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
Cssanrafael.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
4.781	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.8.1 CAPACIDAD INSTALADA CS SAN RAFAEL

TABLA 177 CAPACIDAD INSTALADA CS SAN RAFAEL

Infraestructura CS San Rafael	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.8.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS SAN RAFAEL

TABLA 178 HORARIOS DE ATENCIÓN CS SAN RAFAEL

Servicios ambulatorios CS San Rafael
Lunes a Jueves Hora: 6:30 am – 4:30 pm
Viernes: Hora: 6:30 am – 3:30 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.8.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS SAN RAFAEL

TABLA 179 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS SAN RAFAEL

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS San Rafael	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219190
	328 - Medicina general	DHS219191
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219195
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219196
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219197
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219198
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219199
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219200
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219201
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219202
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219203
	917 - protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219204
	918 - protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219205

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.8.4 TALENTO HUMANO CS SAN RAFAEL

TABLA 180 TALENTO HUMANO CS SAN RAFAEL

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Adriana Martínez Escalante	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Jenny Farnicet Arias Soto	Planta	180
Médico General	Jorge Enrique Pinzón Parrado	Carrera Adm	87
Médico General	Ana Yurley Pico Agamez	CPS	208
Facturador	Diana Pedraza	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.8.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS SAN RAFAEL

3.7.1.8.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 181 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS SAN RAFAEL

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud San Rafael	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	2,417	2,599	2,431	1,041
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	556	724	915	403
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	908	833	428	506
Citologías cervicovaginales tomadas	327	332	354	199
Consultas de medicina general electivas realizadas	5,980	8,573	7,756	7,728
Total de Actividades Realizadas	10,188	13,061	11,884	9,877
Variación Global		28%	-9%	-17%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 28%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 9% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es negativa del 17% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 3%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y el Centro de Salud Comuneros está atendiendo la población zonificada en San Rafael, lo que hizo que la productividad de San Rafael disminuyera y la de Comuneros aumentara notablemente.

3.7.1.8.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 182 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS SAN RAFAEL

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud San Rafael	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	680
Variación global	0%	0%	0%	0%
Total de tratamientos terminados	0	0	0	0
Variación global	0%	0%	0%	0%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	1	0	369
Sellantes aplicados	0	0	0	0
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	0
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	0
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2	11	196	836
Total de actividades realizadas	2	12	196	1,205
Variación global		500%	1,533%	515%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros servicios RIPS

El Centro de Salud San Rafael no cuenta con habilitación específica para el servicio de Odontología. Durante el primer periodo de 2019, se realizaron labores por parte de una Higienista Oral, en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A partir del año 2020, contarán con el servicio de odontología habilitado, con nuevas instalaciones y dotación de quipo biomédico de última tecnología, así como mobiliario moderno y nuevo.

El Centro de Salud San Rafael ha realizado acciones extramurales en Otras actividades de Salud Oral como se muestra a continuación en el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 500%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 1.533% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es positiva del 515%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 60.150% con respecto a 2016.

3.7.1.8.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 183 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS SAN RAFAEL

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud San Rafael	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	3,916	3,369	4,134
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de actividades realizadas	0	4,385	4,894	3,230
Variación global		0%	12%	-34%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2018 respecto a la vigencia 2017 la variación es positiva del 12%; para el 2019 en relación a 2018 la variación es negativa del 34%. En 2019 se aprecia una variación negativa del 26% con respecto a 2017.

3.7.1.8.6 CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO CS SAN RAFAEL

Actualmente no contamos con Convenio Docencia Servicio.

3.7.1.8.7 LOGROS CS SAN RAFAEL

- Se alcanzó el gran sueño de toda la comunidad del sector San Rafael de contar con un Centro de Salud totalmente nuevo logrando su construcción, con tecnología de última generación, mobiliario nuevo y moderno. Se logró adecuar espacios en la nueva unidad operativa para procedimientos y Odontología.
- Se zonificó la mayoría de usuarios que viven en ésta área de la ciudad.
- Se cuenta con talento humano de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.

3.7.1.8.8 RECOMENDACIONES CS SAN RAFAEL

- Continuar con la estrategia de asignación de citas web.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.9 CENTRO DE SALUD SANTANDER

TABLA 184 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS SANTANDER.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Santander		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701	calle 27 # 8 occ-35	6333197
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cssantander.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
5.846	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.9 .1CAPACIDAD INSTALADA CS SANTANDER

TABLA 185 CAPACIDAD INSTALADA CS SANTANDER

Infraestructura CS Santander	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	1
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.9.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS SANTANDER

TABLA 186 HORARIOS DE ATENCIÓN CS SANTANDER

Servicios ambulatorios CS Santander
Lunes a Jueves Hora: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes: Hora: 7:00 am – 4:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.9.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS SANTANDER

TABLA 187 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS SANTANDER

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Santander	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219004
	328 - Medicina general	DHS219005
	334 - Odontología general	DHS444815
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219008
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219010

	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219011
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219012
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219013
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219014
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219015
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219016
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219017
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS444816
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219018
	Procesos	950 - Proceso esterilización

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.9.4 TALENTO HUMANO CS SANTANDER

Tabla 188 TALENTO HUMANO CS SANTANDER

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Médico General	Diana Patricia Lipez Mendoza	Planta	180
Odontólogo	Oscar Eduardo Cala Acelas	CPS	208
Auxiliar de Odontología	Jeynna Vanessa Guerra Hernandez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Rose Mary Meza Salgado	Planta	180
Facturador	Julieth Melisa Rincón Meléndez	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.9.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS SANTANDER

3.7.1.9.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

Tabla 189 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS SANTANDER

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Santander	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	1,765	1,597	1,757	1,854
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	229	394	1,757	381

Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	631	599	440	533
Citologías cervicovaginales tomadas	345	331	267	154
Consultas de medicina general electivas realizadas	4,310	4,484	4,761	4,494
Total de Actividades Realizadas	7,280	7,405	8,982	7,416
Variación Global		2%	21%	-17%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 2%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 21% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 17% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 2%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud Girardot, lo que hizo que su productividad aumentara en consulta de medicina general.

3.7.1.9.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 190 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS SANTANDER

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Santander	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	0	2,949	3,628	4,126
Variación global	0%	0%	23%	14%
Total de tratamientos terminados	0	53	154	147
Variación global	0%	0%	191%	-5%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	534	747	864
Sellantes aplicados	0	357	603	620
Superficies obturadas (cualquier material)	1	1,538	1,839	1,414
Exodoncias (cualquier tipo)	0	138	174	202
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	24	1,743	2,482	2,177
Total de actividades realizadas	25	4,310	5,845	5,277
Variación global		17,140%	36%	-10%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra que el servicio fue habilitado en la vigencia 2017 y ha mostrado incrementos sostenidos desde su creación. Para el 2017 respecto a 2016 la variación es positiva del 17.140%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 36% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 10% y en 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación positiva del 22%.

3.7.1.9.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 191 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS SANTANDER

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Santander	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	2,372	2,787	11,177
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	2,372	2,787	11,177
Variación Global		0%	17%	301%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2018. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 17%. Y si evaluamos la vigencia 2019 frente a la vigencia 2018 la variación es positiva del 301%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 371% con respecto a 2017. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud Girardot, lo que hizo que su productividad aumentara en consulta de medicina general y por lo tanto en toma de muestras de laboratorio clínico.

3.7.1.9.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS SANTANDER

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Cooperativa de Colombia UCC en Enfermería.

3.7.1.9.7 LOGROS CS SANTANDER

- Se entrega un centro de salud remodelado, con dotación de mobiliario y equipos biomédicos completos.
- Con la distribución realizada por zonificación de usuarios, se permitió proyectar las horas Médico necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología.
- Se implementó la estrategia de no más colas, lo que ha permitido que los procesos en el área de facturación sean mucho más ágiles, para este centro de salud en específico, se facturan vacunas en horas de la tarde, permitiendo así en las mañanas, en horas de más congestión, asignar citas y legalizaciones de servicios agendados anteriormente.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

- Acercamiento y trabajo conjunto con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.

3.7.1.9.8 RECOMENDACIONES CS SANTANDER

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.1.10 CENTRO DE SALUD VILLA ROSA

TABLA 192 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS VILLA ROSA

Empresa Social Del Estado Instituto De Salud De Bucaramanga Sede Villa Rosa		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 - 10	CRA 11 #18b-50	6404466
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csvillarosa.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
5.300	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.10.1CAPACIDAD INSTALADA CS VILLA ROSA

TABLA 193 CAPACIDAD INSTALADA CS VILLA ROSA

Infraestructura CS Villa Rosa	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	5
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.10.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS VILLA ROSA

TABLA 194 HORARIOS DE ATENCIÓN CS VILLA ROSA

Servicios ambulatorios CS Villa Rosa
Lunes a Jueves Hora: 6:30 am – 4:30 pm
Viernes: Hora: 6:30 am – 2:30 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.1.10.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS VILLA ROSA

TABLA 195 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS VILLA ROSA

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Villa Rosa	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219190
	328 - Medicina general	DHS219191
	334 - Odontología general	DHS219193
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219195
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219196
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219197
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219198
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219199
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219200
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219201
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219202
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219203
	917 - protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219204
	918 - protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219205
Procesos	950 - proceso esterilización	DHS444818

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.1.10.4 TALENTO HUMANO CS VILLA ROSA

TABLA 196 TALENTO HUMANO CS VILLA ROSA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera	Gueyller Yulisa Garzón	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Zaida Laiton Soto	CPS	208
Médico General	Stella Patricia Afanador Pérez	Planta	180
Médico General	Katherenne Ivanova González Borrego	CPS	180
Odontólogo	Pedro Moisés Laborde Rodríguez	Planta	180
Higienista Oral	Diana Mayerly Arguello	Planta	180
Facturador	José Pinto Moreno	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.1.10.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS VILLA ROSA

3.7.1.10.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 197 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS VILLA ROSA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Villa Rosa	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	3,109	3,120	3,436	3,133
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	514	971	2,328	913
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	999	1,119	741	1,024
Citologías cervicovaginales tomadas	332	367	341	351
Consultas de medicina general electivas realizadas	8,691	8,814	9,307	10,199
Total de Actividades Realizadas	13,645	14,391	16,153	15,620
Variación Global		5%	12%	-3%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 5%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 12% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es negativa del 3% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 14%.

3.7.1.10.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 198 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS VILLA ROSA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Villa Rosa	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,249	4,430	4,631	5,064
Variación global	0%	4%	5%	9%
Total de tratamientos terminados	51	195	467	759
Variación global	0%	282%	139%	63%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	774	993	1,039	1,282
Sellantes aplicados	37	142	680	576
Superficies obturadas (cualquier material)	1,491	1,982	1,664	2,068
Exodoncias (cualquier tipo)	126	206	206	331
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2,752	2,723	4,666	3,677
Total de actividades realizadas	5,180	6,046	8,255	7,934
Variación global		17%	37%	-4%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros servicios RIPS.

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 17%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 37% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 4% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 53%.

3.7.1.10.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 199 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS VILLA ROSA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Villa Rosa	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	2,839	1,898	3,802
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	2,839	1,898	3,802
Variación Global			-33%	100%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 33%. Para la vigencia 2019 respecto al 2018 la variación es positiva el 100% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 4% y en 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación positiva del 34%.

3.7.1.10.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS VILLA ROSA

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander UIS en el Programa de Medicina.

3.7.1.10.7 LOGROS CS VILLA ROSA

- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con todo el talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Se zonificaron los habitantes pertenecientes a esta área de la ciudad.

3.7.1.10.8 RECOMENDACIONES CS VILLA ROSA

- Continuar con la estrategia de asignación de citas web.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2 ZONA 2

La Zona Dos o Sur, está conformada por doce Centros de Salud: Bucaramanga, Campo Hermoso, Comuneros, Concordia, Cristal Alto, La Joya, La Libertad, Morrórico, Mutis, Pablo VI, Rosario y Toledo Plata.

Cuenta con una zonificación total de 56.469 usuarios distribuidos en estas 12 unidades operativas.

3.7.2.1 CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA

TABLA 200 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS BUCARAMANGA.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Bucaramanga		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 -	Calle 69#10-01	
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD

csbucaramanga.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
3.020	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.1.1 CAPACIDAD INSTALADA CS BUCARAMANGA

TABLA 201 CAPACIDAD INSTALADA CS BUCARAMANGA

Infraestructura CS Bucaramanga	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorio de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.1.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS BUCARAMANGA

TABLA 202 HORARIOS DE ATENCIÓN CS BUCARAMANGA

Servicios ambulatorios CS Bucaramanga
Lunes a jueves: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes : 7:00 am – 3:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.1.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS BUCARAMANGA

TABLA 203 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS BUCARAMANGA

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Bucaramanga	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219155
	328 - Medicina general	DHS219156

	334 - Odontología general	DHS219157
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219160
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219162
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219163
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219164
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219165
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219166
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219167
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219168
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219169
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219170
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219171
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444828

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.1.4 TALENTO HUMANO CS BUCARAMANGA

TABLA 204 TALENTO HUMANO CS BUCARAMANGA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	María Elisa Martínez Cruz	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Yenny Lorena Blanco Barrera	CPS	208
Auxiliar de Enfermería	María Teresa Carrillo González	Carrera Adm	180
Médico General	Jennifer Adriana Granados Padilla	Planta	180
Médico General	Cesar Blanco Granados	Carrera Adm	87
Odontóloga	Andrea Orozco	Planta	180
Facturador	Tania Sheyla Pabón Rodríguez	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.1.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS BUCARAMANGA

3.7.2.1.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 205 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS BUCARAMANGA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Bucaramanga	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	2,091	1,952	1,696	878
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	244	215	1,674	221
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	908	650	510	828
Citologías cervicovaginales tomadas	465	248	277	154
Consultas de medicina general electivas realizadas	3,174	6,855	3,668	2,377
Total de Actividades Realizadas	6,882	9,920	7,825	4,458
Variación Global		44%	-21%	-43%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 44%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 21% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 43%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 35% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de Junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Pablo Sexto.

3.7.2.1.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 206 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS BUCARAMANGA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Bucaramanga	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	2,534	2,142	1,256	1,261
Variación global	0%	-15%	-41%	0%
Total de tratamientos terminados	26	148	69	113
Variación global	0%	469%	-53%	64%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	292	511	226	241
Sellantes aplicados	162	103	327	103
Superficies obturadas (cualquier material)	525	902	517	433
Exodoncias (cualquier tipo)	51	119	60	48

Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	1,180	2,375	1,530	881
Total de actividades realizadas	2,210	4,010	2,660	1,706
Variación global		81%	-34%	-36%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 81%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 34% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es negativa del 36%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 23% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Pablo Sexto.

3.7.2.1.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 207 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS BUCARAMANGA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Bucaramanga	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	3,595	3,714	1,769
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	3,595	3,714	1,769
Variación Global			3%	-52%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 3%. Y para la vigencia 2019 con relación a 2018 es negativa del 52%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 51% con respecto a 2017. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Pablo Sexto.

3.7.2.1.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS BUCARAMANGA

Actualmente no contamos con Convenio Docencia Servicio.

3.7.2.1.7 LOGROS CS BUCARAMANGA

- Centro de salud remodelado, con mobiliario y equipos biomédicos nuevos con alta tecnología, de tres plantas y elevador para uso de las personas en condición de discapacidad y planta eléctrica.

- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos el mismo día en la franja de la tarde a los pacientes que asistieron en la mañana y pacientes que asistieron en la tarde al otro día en horas de la mañana.
- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Trabajo con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Reporte de la temperatura los fines de semana en vacunación lo cual le llega al director de zona el reporte cuando deba implementar el plan de contingencia según procedimiento.

3.7.2.1.8 RECOMENDACIONES CS BUCARAMANGA

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.
- Garantizar el servicio de vigilancia permanente mientras esté abierto el centro de salud.

3.7.2.2 CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO

TABLA 208 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS CAMPO HERMOSO

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Campo Hermoso		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 -	Calle 45#0 occidente-199	
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cscampoh.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
5.603	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.2.1 CAPACIDAD INSTALADA CS CAMPO HERMOSO

TABLA 209 CAPACIDAD INSTALADA CS CAMPO HERMOSO

Infraestructura CS Campo Hermoso	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.2.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS CAMPO HERMOSO

TABLA 210 HORARIOS DE ATENCIÓN CS CAMPO HERMOSO

Servicios ambulatorios CS Campo Hermoso
Lunes a jueves: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes : 7:00 am – 3:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.2.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS CAMPO HERMOSO

TABLA 211 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS CAMPO HERMOSO

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Campo Hermoso	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219046
	328 - Medicina general	DHS219047
	334 - Odontología general	DHS219049
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219052
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219054
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219055

	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219056
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219057
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219058
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219059
	915 - detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219060
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219061
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219062
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219063
Procesos	950 - proceso esterilización	DHS444827

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.2.4 TALENTO HUMANO CS CAMPO HERMOSO

TABLA 212 TALENTO HUMANO CS CAMPO HERMOSO

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Carmenza Vega	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Ángela Marcela Rojas	CPS	208
Auxiliar de Enfermería	María Cenaida Niño Camacho	Planta	180
Médico General	Viviana Vargas Uribe	Planta	180
Médico General	María Mónica Arenas Suarez	Planta	180
Odontólogo	María Fernanda Acelas Cáceres	CPS	180
Auxiliar De Odontología	Kelly Yurani Carrillo Flórez	CPS	208
Facturador	Keila Prisila Garnica Velasco	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.2.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS CAMPO HERMOSO

3.7.2.2.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 213 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CAMPO HERMOSO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Campo Hermoso	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	6,796	6,098	6,453	2,612

Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	736	1,226	4,722	656
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,434	1,147	1,126	1,117
Citologías cervicovaginales tomadas	612	638	865	497
Consultas de medicina general electivas realizadas	9,061	7,781	10,449	6,041
Total de Actividades Realizadas	18,639	16,890	23,615	10,923
Variación Global		-9%	40%	-54%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 9%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 40% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 54%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 41% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Mutis.

3.7.2.2.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 214 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CAMPO HERMOSO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Campo Hermoso	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,300	4,524	4,829	3,702
Variación global	0%	5%	7%	-23%
Total de tratamientos terminados	83	62	82	120
Variación global	0%	-25%	32%	46%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	793	772	460	428
Sellantes aplicados	412	443	972	333
Superficies obturadas (cualquier material)	865	2,184	1,192	927
Exodoncias (cualquier tipo)	88	220	207	105
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	3,305	4,252	4,822	2,802
Total de actividades realizadas	5,463	7,871	7,653	4,595
Variación global		44%	-3%	-40%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 44%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 3% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 40%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 16% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Mutis.

3.7.2.2.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 215 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CAMPO HERMOSO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Campo Hermoso	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	10,223	9,863	4,897
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	10,223	9,863	4,897
Variación Global			-4%	-50%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 4%. Y para el 2019 respecto de la vigencia 2018 la variación es negativa del 50%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 52% con respecto a 2017. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Mutis.

3.7.2.2.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS CAMPO HERMOSO

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB en Medicina y Enfermería.

3.7.2.2.7 LOGROS CS CAMPO HERMOSO

- Centro de salud remodelado, con mobiliario y equipos biomédicos nuevos con alta tecnología y con planta eléctrica.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos el mismo día en la franja de la tarde a los pacientes que asistieron en la mañana y pacientes que asistieron en la tarde al otro día en horas de la mañana.
- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

- Reporte de la temperatura los fines de semana en vacunación lo cual le llega al director de zona el reporte cuando deba implementar el plan de contingencia según procedimiento.

3.7.2.2.8 RECOMENDACIONES CS CAMPO HERMOSO

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.3 CENTRO DE SALUD COMUNEROS

TABLA 216 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS COMUNEROS.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Comuneros		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701	calle 10 # 17-28	6972339
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cscmuneros.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
6.353	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.3.1 CAPACIDAD INSTALADA CS COMUNEROS

TABLA 217 CAPACIDAD INSTALADA CS COMUNEROS

Infraestructura CS Comuneros	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Salas de Procedimientos	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.3.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS COMUNEROS

TABLA 218 HORARIOS DE ATENCIÓN CS COMUNEROS

Servicios ambulatorios CS ComunerOS
Lunes a Viernes Hora: 6:00 am – 6:00 pm(contingencia)

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.3.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS COMUNEROS

TABLA 219 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS COMUNEROS

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS ComunerOS	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS218851
	328 - Medicina general	DHS218852
	334 - Odontología general	DHS218853
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218854
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218856
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218857
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218858
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218859
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218860
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218861
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218862
	916 - Protección específica - vacunación	DHS218863
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS218864
918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218865	
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444824

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.3.4 TALENTO HUMANO CS COMUNEROS

TABLA 220 TALENTO HUMANO CS COMUNEROS

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Lina Torcoroma Plata León	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Gueyler Johanna Doncel Rey	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	María Rubiela Velandia	Carrera Adm	180
Médico General	William Rafael Espinosa Vargas	Planta	180
Médico General	Irlanda Farley Ramírez Padilla	Planta	180
Odontólogo	María Angélica Alvarado Esteban	CPS	208
Higienista Oral	Fanny Romero Rueda	Planta	180
Facturador	Yurley Andrea Chacón	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.3.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS COMUNEROS

3.7.2.3.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 221 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS COMUNEROS

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Comuneros	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	2,259	2,605	3,068	3,669
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	535	971	2,476	1,218
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	984	634	693	1,335
Citologías cervicovaginales tomadas	502	505	857	871
Consultas de medicina general electivas realizadas	9,467	11,742	12,584	13,261
Total de Actividades Realizadas	13,747	16,457	19,678	20,354
Variación Global		20%	20%	3%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 20%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 20% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 3%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 48% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de Junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en

Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud San Rafael, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.3.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 222 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS COMUNEROS

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Comuneros	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	3,449	4,060	6,103	6,128
Variación global	0%	18%	50%	0%
Total de tratamientos terminados	67	296	109	461
Variación global	0%	342%	-63%	323%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	684	1,485	1,334	1,395
Sellantes aplicados	66	132	831	661
Superficies obturadas (cualquier material)	1,296	2,170	3,193	3,383
Exodoncias (cualquier tipo)	119	322	295	207
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2,284	3,511	4,895	4,035
Total de actividades realizadas	4,449	7,620	10,548	9,681
Variación global		71%	38%	-8%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 71%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 38% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es negativa del 8%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 118% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud San Rafael, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.3.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 223 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS COMUNEROS

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Comuneros	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	57	0	49
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	57	0	49

Variación Global			-100%	0%
------------------	--	--	-------	----

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017 solamente para toma de muestras, sin embargo, en el 2018 no hubo ningún registro y solamente hasta 2019 se volvió a registrar el servicio.

3.7.2.3.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS COMUNEROS

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander UIS Programa de enfermería.

3.7.2.3.7 LOGROS CS COMUNEROS

- Se entrega un centro de salud remodelado, de dos plantas con ascensor para personas en condición de discapacidad.
- Con la distribución realizada por zonificación de usuarios, se permitió proyectar las horas Médico necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología.
- Se implementó la estrategia de no más colas, lo que ha permitido que los procesos en el área de facturación sean mucho más ágiles, para este centro de salud en específico, se facturan vacunas en horas de la tarde, permitiendo así en las mañanas, en horas de más congestión, asignar citas y legalizaciones de servicios agendados anteriormente.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

3.7.2.3.8 RECOMENDACIONES CS COMUNEROS

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.4 CENTRO DE SALUD CONCORDIA

TABLA 224 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS CONCORDIA.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Sede Concordia		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 - 23	Calle 53#21- 63	6972556
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csconcordia.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
3.011	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.4.1 CAPACIDAD INSTALADA CS CONCORDIA

TABLA 225 CAPACIDAD INSTALADA CS CONCORDIA

Infraestructura CS Concordia	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	1
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.4.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS CONCORDIA

TABLA 226 HORARIOS DE ATENCIÓN CS CONCORDIA

Servicios ambulatorios CS Concordia
Lunes a jueves: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes : 7:00 am – 3:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.4.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS CONCORDIA

TABLA 227 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS CONCORDIA

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Concordia	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS218837
	328 - Medicina general	DHS218838
	334 - Odontología general	DHS807255
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218840
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218842
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218843
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218844
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218845
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218846
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218847
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218848
	916 - Protección específica - vacunación	DHS807256
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS807257
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218849

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.4.4 TALENTO HUMANO CS CONCORDIA

TABLA 228 TALENTO HUMANO CS CONCORDIA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Karen Villanova Villanova	Planta	180
Médico General	Luisa Morelia Rodríguez	Carrera Adm	87
Médico General	Amparo Lucia Sánchez Leal	Carrera Adm	87
Médico General	María Nubia León	Carrera Adm	87
Odontólogo	Aurea Estefany González Castro	CPS	180
Auxiliar de Odontología	Wendy Tatiana Coronado Alvarado	CPS	208
Facturador	Yesenia Lizeth Pérez Galvis	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.4.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS CONCORDIA

3.7.2.4.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 229 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CONCORDIA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Concordia	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	570	551	811	1,529
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	171	146	582	252
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	255	227	238	714
Citologías cervicovaginales tomadas	143	121	164	254
Consultas de medicina general electivas realizadas	2,873	3,057	3,039	4,750
Total de Actividades Realizadas	4,012	4,102	4,834	7,499
Variación Global		2%	18%	55%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 2%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 18% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 55%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 87% con respecto a 2016.

3.7.2.4.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 230 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CONCORDIA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Concordia	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	924	3,424
Variación global	0%	0%	0%	271%
Total de tratamientos terminados	0	0	61	424
Variación global	0%	0%	0%	595%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	169	544
Sellantes aplicados	0	0	129	535
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	389	2,335
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	25	164
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	4	130	801	2,082
Total de actividades realizadas	4	130	1,513	5,660

Variación global		3,150%	1,064%	274%
------------------	--	--------	--------	------

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla registra actividades de promoción y prevención y demuestra la habilitación del servicio desde la vigencia 2018. Tomando como referencia la vigencia 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 274%.

3.7.2.4.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 231 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CONCORDIA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Concordia	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	983	2,728	4,847
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	983	2,728	4,847
Variación Global			178%	78%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 178%. Comparando la vigencia 2019 con relación a la vigencia 2018 la variación es positiva del 78%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 393% con respecto a 2017.

3.7.2.4.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS CONCORDIA

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Cooperativa de Colombia UCC Programa de Enfermería.

3.7.2.4.7 LOGROS CS CONCORDIA

- Centro de salud remodelado, con mobiliario y equipos biomédicos nuevos con alta tecnología.
- Médico y auxiliar de enfermería satélite cuando la oportunidad en su cita médica lo requiera según normatividad.
- Apertura del servicio de odontología con equipos de alta tecnología para la atención en salud bucal.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos el mismo día en la franja de la tarde a los pacientes que asistieron en la mañana y pacientes que asistieron en la tarde al otro día en horas de la mañana.

- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Prueba de embarazo a toda mujer que presenta sospecha, ingreso positivo a consulta de enfermería y programa maternidad segura, negativo ingresa planificación.
- Trabajo con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Reporte de la temperatura los fines de semana en vacunación lo cual le llega al director de zona el reporte cuando deba implementar el plan de contingencia según procedimiento.

3.7.2.4.8 RECOMENDACIONES CS CONCORDIA

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomiendo continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.5 CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO

TABLA 232 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS CRISTAL ALTO.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Sede Cristal Alto		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 - 25	Calle 122#19-65	6978758
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cs cristal.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
2.771	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.5.1 CAPACIDAD INSTALADA CS CRISTAL ALTO

TABLA 233 CAPACIDAD INSTALADA CS CRISTAL ALTO.

Infraestructura CS Cristal Alto	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	1
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorio de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.5.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS CRISTAL ALTO

TABLA 234 HORARIOS DE ATENCIÓN CS CRISTAL ALTO.

Servicios ambulatorios CS Cristal Alto
Lunes a jueves: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes : 7:00 am – 3:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.5.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS CRISTAL ALTO

TABLA 235 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS CRISTAL ALTO.

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Cristal Alto	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219123
	328 - Medicina general	DHS219124
	334 - Odontología general	DHS803108
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219127
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219129
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219130
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219131
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219132

	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219133
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219134
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219135
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS840264
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219136

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.5.4 TALENTO HUMANO CS CRISTAL ALTO

TABLA 236 TALENTO HUMANO CS CRISTAL ALTO.

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Lizeth Patricia Chacón Roa	Planta	180
Médico General	Diego Orlando Caballero Martínez	CPS	208
Odontólogo	Jenny Cecilia Flórez Díaz	CPS	180
Auxiliar de Odontología	Carmen Jacqueline Díaz Gelvez	CPS	208
Facturador	Martha Cecilia Duitama Rodríguez	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.5.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS CRISTAL ALTO

3.7.2.5.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 237 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CRISTAL ALTO.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Cristal Alto	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	0	1	0	0
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	372	412	1,239	463
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	704	545	395	1,123
Citologías cervicovaginales tomadas	195	221	319	260
Consultas de medicina general electivas realizadas	3,663	4,462	4,229	4,993
Total de Actividades Realizadas	4,934	5,641	6,182	6,839
Variación Global		14%	10%	11%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 14%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 10% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 11%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 39% con respecto a 2016.

3.7.2.5.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 238 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CRISTAL ALTO.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Cristal Alto	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	4,171
Variación global	0%	0%	0%	0%
Total de tratamientos terminados	0	0	0	510
Variación global	0%	0%	0%	0%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	0	692
Sellantes aplicados	0	0	0	643
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	3,043
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	205
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	10	53	141	2,715
Total de actividades realizadas	10	53	141	7,298
Variación global		430%	166%	5,076%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la habilitación del servicio de odontología a partir de la producción en la vigencia 2019. Anterior a esta fecha solamente se realizaban actividades de promoción y prevención.

3.7.2.5.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 239 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS CRISTAL ALTO.

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Cristal Alto	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	0	3,701	5,612
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	0	3,701	5,612
Variación Global			0%	52%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2018. Comparando la vigencia 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 52%.

3.7.2.5.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS CRISTAL ALTO

Actualmente no contamos con Convenio Docencia Servicio.

3.7.2.5.7 LOGROS CS CRISTAL ALTO

- Apertura del servicio de odontología con equipos de alta tecnología para la atención en salud bucal con talento humano garantizando una atención integral al usuario y su familia, unidad odontológica e instrumental nuevo.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos el mismo día en la franja de la tarde a los pacientes que asistieron en la mañana y pacientes que asistieron en la tarde al otro día en horas de la mañana.
- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Trabajo con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

3.7.2.5.8 RECOMENDACIONES CS CRISTAL ALTO

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.6 CENTRO DE SALUD LA JOYA

TABLA 240 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS LA JOYA.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Sede La Joya		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 -	Calle 41#4-31	
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csjoya.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
3.414	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.6.1 CAPACIDAD INSTALADA CS LA JOYA

TABLA 241 CAPACIDAD INSTALADA CS LA JOYA

Infraestructura CS La Joya	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	4
Consultorio de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Consultorio Auxiliar de Enfermería Demanda Inducida	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.6.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS LA JOYA

TABLA 242 HORARIOS DE ATENCIÓN CS LA JOYA

Servicios ambulatorios CS La Joya
Lunes a jueves: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes : 7:00 am – 4:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.6.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS LA JOYA

TABLA 243 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS LA JOYA

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS La Joya	Distintivo Número
Consulta Externa	312 – Enfermería	DHS219024
	328 - Medicina general	DHS219025
	334 - Odontología general	DHS219027
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219031
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219033
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219034
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219035
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219036
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219037
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219038
	915 - detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219039
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219040
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219041
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219042
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444831

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.6.4 TALENTO HUMANO CS LA JOYA

TABLA 244 TALENTO HUMANO CS LA JOYA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Mónica Bravo	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Sara Matilde Barrera Cabanzo	Carrera Adm	180
Médico General	Lilian Andrea Álvarez Serrano	Planta	180
Médico General	Alba Eugenia Pinto Manrique	Carrera Adm	87
Odontólogo	Jenny Karina Uribe Sepúlveda	Planta	180
Higienista Oral	Katherine Bautista Meneses	Planta	180
Facturador	Ingrid Yurley Mancilla Caamaño	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.6.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS LA JOYA

3.7.2.6.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 245 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS LA JOYA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud La Joya	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	2,935	2,741	2,576	1,496
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	398	510	1,708	364
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	859	819	803	518
Citologías cervicovaginales tomadas	468	472	464	261
Consultas de medicina general electivas realizadas	6,338	6,143	6,779	4,059
Total de Actividades Realizadas	10,998	10,685	12,330	6,698
Variación Global		-3%	15%	-46%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 3%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 15% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 46%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 39% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Mutis.

3.7.2.6.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 246 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS LA JOYA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud La Joya	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,930	5,046	4,095	2,407
Variación global	0%	2%	-19%	-41%
Total de tratamientos terminados	61	34	109	93
Variación global	0%	-44%	221%	-15%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	493	952	489	508
Sellantes aplicados	321	257	281	69
Superficies obturadas (cualquier material)	730	3,367	2,136	1,163
Exodoncias (cualquier tipo)	57	140	150	89
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	2,049	2,243	2,847	1,915
Total de actividades realizadas	3,650	6,959	5,903	3,744
Variación global		91%	-15%	-37%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y otros servicios RIPS

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 91%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 15% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 37%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación positiva del 3% con respecto a 2016. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Mutis.

3.7.2.6.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 247 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS LA JOYA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud La Joya	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	4,931	6,334	3,302
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	4,931	6,334	3,302
Variación Global			28%	-48%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 28%. Comparando la vigencia 2019 con la vigencia 2018 la variación es negativa del 48%. En la vigencia 2019 se aprecia una variación negativa del 33% con respecto a 2017. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Mutis.

3.7.2.6.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS LA JOYA

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Cooperativa de Colombia UCC, Programa de Enfermería.

3.7.2.6.7 LOGROS CS LA JOYA

- Centro de salud remodelado, con mobiliario y equipos biomédicos nuevos con alta tecnología, de cuatro plantas, elevador para uso de las personas en condición de discapacidad y planta eléctrica.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos el mismo día en la franja de la tarde a los pacientes que asistieron en la mañana y pacientes que asistieron en la tarde al otro día en horas de la mañana.

- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Trabajo con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

3.7.2.6.8 RECOMENDACIONES CS LA JOYA

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.7 CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD

TABLA 248 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS LIBERTAD.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Sede La Libertad		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 -	Carrera 32 #99-18	
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cslibertad.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
2.498	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.7.1 CAPACIDAD INSTALADA CS LA LIBERTAD

TABLA 249 CAPACIDAD INSTALADA CS LIBERTAD

Infraestructura CS La Libertad	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorio de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1

Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de Fisioterapia	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.7.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS LA LIBERTAD

TABLA 250 HORARIOS DE ATENCIÓN CS LIBERTAD

Servicios ambulatorios CS La Libertad
Lunes a jueves: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes : 7:00 am – 4:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.7.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS LA LIBERTAD

TABLA 251 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS LIBERTAD

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS La Libertad	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219138
	328 - Medicina general	DHS219139
	334 - Odontología general	DHS219140
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	728 - Terapia ocupacional	DHS446869
	739 - Fisioterapia	DHS446870
	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219143
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219145
	910 - detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219146
	911 - detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219147
	912 - detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219148
	913 - detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219149
	914 - detección temprana - cáncer seno	DHS219150
	915 - detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219151
	916 - protección específica - vacunación	DHS219152
	917 - protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219153
918 - protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219154	
Procesos	950 - proceso esterilización	DHS445605

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.7.4 TALENTO HUMANO CS LA LIBERTAD

TABLA 252 TALENTO HUMANO CS LIBERTAD

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Johanna León Camargo	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Ana Doris Galvis Dallos	Carrera Adm	180
Auxiliar de Enfermería	Leidy Zulay Carrillo Jiménez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Mary Ortiz Manrique	Carrera Adm	180
Auxiliar de Enfermería	Janeth Del Socorro Rueda López	Carrera Adm	180
Médico General	Javier Heli Carreño Martínez	Carrera Adm	84
Médico General	Jaime Oliverio Riascos	Carrera Adm	84
Odontólogo	Anny Stephany Torres Díaz	Planta	180
Higienista Oral	Slendy Zamira Marín Ramírez	Planta	180
Terapeuta Ocupacional	Claudia Viviana Rojas Camargo	CPS	208
Fisioterapeuta	Mary Luz Acosta Galvis	Planta	180
Facturador	Lady Bibiana Romero Angulo	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.7.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS LA LIBERTAD

3.7.2.7.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 253 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS LIBERTAD

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud La Libertad	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	4,298	4,855	5,515	2,525
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	587	610	2,420	596
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,147	955	860	1,062
Citologías cervicovaginales tomadas	394	347	477	352
Consultas de medicina general electivas realizadas	7,655	8,366	9,002	5,083
Total de Actividades Realizadas	14,081	15,133	18,274	9,618
Variación Global		7%	21%	-47%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia 2016 la

variación es positiva del 7%; Comparando el 2018 con el 2017 la variación es positiva del 21% y para el 2019 con relación a la vigencia 2018 la variación es negativa del 47%. En 2019 respecto a 2016 la variación es negativa del 32%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Toledo Plata.

3.7.2.7.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 254 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS LIBERTAD

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud La Libertad	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,567	4,566	5,355	2,908
Variación global	0%	0%	17%	-46%
Total de tratamientos terminados	55	72	170	248
Variación global	0%	31%	136%	46%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	460	1,157	811	548
Sellantes aplicados	353	475	1,316	529
Superficies obturadas (cualquier material)	899	2,139	1,692	1,244
Exodoncias (cualquier tipo)	81	211	177	104
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	1,703	4,245	5,417	2,225
Total de Actividades Realizadas	3,496	8,227	9,413	4,650
Variación Global		135%	14%	-51%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 58%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 16% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es negativa del 48%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 33%.

3.7.2.7.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 255 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS LIBERTAD

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud La Libertad	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	26,277	6,519	7,390	4,640
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	1	0
Total de Actividades Realizadas	26,277	6,519	7,391	4,640
Variación Global		-75%	13%	-37%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 75%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 13% y para el 2019 con referencia a vigencia 2018 la variación es negativa del 37%. En 2019 respecto a 2016 la variación es negativa del 82%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Toledo Plata.

3.7.2.7.5.4 APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 256 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS LIBERTAD

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud La Libertad	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	0	0	0	0
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	2.502	3.215	1.356	522
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	1.438	2.398	1.237	356
Total de Actividades Realizadas	3.940	5.613	2.593	878
Variación Global		42%	-54%	-66%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 42%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 54% y para el 2019 respecto de la vigencia 2018 la variación es negativa del 66%. En el 2019 en correspondencia con la vigencia 2016 la variación es negativa del 78%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud entró en Plan de Contingencia por Remodelación y su población está siendo atendida en el Centro de Salud Toledo Plata.

Para este caso en particular ha bajado el número de usuarios de las EAPB contratado con la ESE ISABU para el servicio de rehabilitación.

3.7.2.7.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS LA LIBERTAD

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander, Programa Enfermería y con la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, Medicina.

3.7.2.7.7 LOGROS CS LA LIBERTAD

- Centro de salud remodelado, con mobiliario y equipos biomédicos nuevos con alta tecnología, de tres plantas, elevador para uso de las personas en condición de discapacidad y planta eléctrica.

- En la zona 3 se brindan el servicio de fisioterapia y terapia ocupacional en el centro de salud Libertad con tecnología de punta.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos el mismo día en la franja de la tarde a los pacientes que asistieron en la mañana y pacientes que asistieron en la tarde al otro día en horas de la mañana.
- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.

3.7.2.7.8 RECOMENDACIONES CS LA LIBERTAD

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomiendo continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.
- Lograr la elección de los miembros de la alianza de usuarios para tener la participación activa en los programas y proyectos de la institución.

3.7.2.8 CENTRO DE SALUD MORRORICO

TABLA 257 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS MORRORICO.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Morrорico		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701	Antiguo restaurante el corcovado	NA
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csmorrорico.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
5.244	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISAB

3.7.2.8.1 CAPACIDAD INSTALADA CS MORRORICO

TABLA 258 CAPACIDAD INSTALADA CS MORRORICO

Infraestructura CS Morrорico	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	2
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.8.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS MORRORICO

TABLA 259 HORARIOS DE ATENCIÓN CS MORRORICO

Servicios ambulatorios CS Morrорico
Lunes a Jueves Hora: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes: Hora: 7:00 am – 4:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.8.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS MORRORICO

TABLA 260 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS MORRORICO

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Morrорico	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS218782
	328 - Medicina general	DHS218783
	334 - Odontología general	DHS218784
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218786
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218788
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218789
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218790
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218791

	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218792
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218793
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218794
	916 - Protección específica - vacunación	DHS218795
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS218796
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218797
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444814

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.8.4 TALENTO HUMANO CS MORRORICO

Tabla 261 TALENTO HUMANO CS MORRORICO

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Jazmín Prada Rodríguez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Amanda Patarroyo Landazábal	Planta	180
Médico General	Yenny Carolina Pedraza	CPS	180
Médico General	Andrea Natalia Díaz	Planta	180
Odontólogo	Tatiana Marcela Gil Ortiz	Planta	180
Higienista Oral	María Alexandra Rodríguez Fernández	Planta	180
Facturador	Cindy Katherine Trujillo Muñoz	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.8.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS MORRORICO

3.7.2.8.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

Tabla 262 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS MORRORICO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Morrórico	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	3,680	1,167	2,085	3,276
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	609	1,016	6,508	945
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,442	960	602	957
Citologías cervicovaginales tomadas	392	381	311	468
Consultas de medicina general electivas realizadas	9,130	10,514	6,824	8,164

Total de Actividades Realizadas	15,253	14,038	16,330	13,810
Variación Global		-8%	16%	-15%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 8%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 16% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 15%. En 2019 respecto a 2016 la variación es negativa del 9%.

El Centro de Salud de Morrórico fue cerrado durante la vigencia 2017 porque sus instalaciones se encontraban en un área erosionada e inestable que ponía en riesgo su funcionamiento.

3.7.2.8.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 263 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS MORRORICO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Morrórico	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	2,814	0	2,378	4,059
Variación global	0%	-100%	0%	71%
Total de tratamientos terminados	15	17	269	438
Variación global	0%	13%	1482%	63%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	142	187	661	914
Sellantes aplicados	25	56	521	771
Superficies obturadas (cualquier material)	145	166	884	1,182
Exodoncias (cualquier tipo)	30	32	118	129
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	1,284	856	2,604	3,431
Total de Actividades Realizadas	1,626	1,297	4,788	6,427
Variación Global		-20%	269%	34%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 20%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 269% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es positiva del 34%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 295%.

El Centro de Salud de Morrórico fue cerrado durante la vigencia 2017 porque sus instalaciones se encontraban en un área erosionada e inestable que ponía en riesgo su funcionamiento.

3.7.2.8.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 264 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS MORRORICO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Morrórico	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	1,534	2,647	4,275
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	1,534	2,647	4,275
Variación Global			73%	62%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 73% y en el 2019 con relación a la vigencia anterior 2018 la variación es positiva del 62%. En 2019 respecto a 2017 la variación es positiva del 179%.

3.7.2.8.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS MORRORICO

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga en Medicina, Enfermería y Psicología.

3.7.2.8.7 LOGROS CS MORRORICO

- Se entrega un centro de salud en zona libre de riesgo por derrumbe, funcionando en el Antiguo Restaurante Corcovado, adecuado para el funcionamiento del centro de salud.
- Con la distribución realizada por zonificación de usuarios, se permitió proyectar las horas Médico necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología.
- Se implementó la estrategia de no más colas, lo que ha permitido que los procesos en el área de facturación sean mucho más ágiles, para este centro de salud en específico, se facturan vacunas en horas de la tarde, permitiendo así en las mañanas, en horas de más congestión, asignar citas y legalizaciones de servicios agendados anteriormente.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Acercamiento y trabajo conjunto con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad

3.7.2.8.8 RECOMENDACIONES CS MORRORICO

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomiendo continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.9 CENTRO DE SALUD MUTIS

TABLA 265 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS MUTIS.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Sede Mutis		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 - 05	Carrera 3 w # 57-51	
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csmutis.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
4.883	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.9.1 CAPACIDAD INSTALADA CS MUTIS

TABLA 266 CAPACIDAD INSTALADA CS MUTIS

Infraestructura CS Mutis	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	12
Consultorios de Consulta prioritaria	1
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	2
Unidades odontológicas	2
Equipos de Radiología Odontológica	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Sala ERA	1
Farmacia	1
Área de Facturación	2

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.9.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS MUTIS

TABLA 267 HORARIOS DE ATENCIÓN CS MUTIS

Servicios ambulatorios CS Mutis	Consulta Prioritaria
Lunes a Viernes: 6:00 am – 6:00 pm	Lunes a Viernes: 6:00 am – 6:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.9.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS MUTIS

TABLA 268 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS MUTIS

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Mutis	Distintivo Número
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS219066
	328 - Medicina general	DHS219069
	334 - Odontología general	DHS219071
	359 - Consulta prioritaria	DHS219074
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714 - Servicio farmacéutico	DHS219076
	724 - Toma e interpretación de radiografías odontológicas	DHS411992
	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219077
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219079
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219080
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219081
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219082
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219083
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219084
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219085
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219086
	917 - protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219087
918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219088	
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS446276

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.9.4 TALENTO HUMANO CS MUTIS

TABLA 269 TALENTO HUMANO CS MUTIS

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Elizabeth Pico Sarmiento	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Carmen Cecilia Acuña Serrano	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Haidy Johana Largo Domínguez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Cecilia Murallas Murallas	Carrera Adm	180
Auxiliar de Enfermería	Mariela Solano Patiño	Carrera Adm	180
Médico General	Elmer Eduardo Rocha	Planta	180
Médico General	José Ángel Villarreal Gutiérrez	Planta	180
Médico General	Andrea Medina Acevedo	CPS	238
Odontólogo	Daniela Paola Fontalvo Téllez	CPS	208
Higienista Oral	Katherine Sofía Rojas Constante	Planta	180
Apoyo Asistencial	Ángela Gabriela Moreno	CPS	208
Regente de Farmacia	Silvia Marcela Cárdenas Vargas	COHOSAN	NA
Facturador	Arely Milena Rodríguez Uribe	CPS	NA
Facturador	Lisbeth Yesenia Cáceres Valencia	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.9.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS MUTIS

3.7.2.9.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 270 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS MUTIS

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Mutis	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	5,718	7,876	8,218	9,924
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	530	922	2,529	1,566
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,274	1,405	908	2,035
Citologías cervicovaginales tomadas	985	1,039	1,000	1,501
Consultas de medicina general electivas realizadas	15,254	18,022	20,358	25,931
Total de Actividades Realizadas	23,761	29,264	33,013	40,957
Variación Global		23%	13%	24%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016

la variación es positiva del 23%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 13% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 24%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 72%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación de los Centro de Salud La Joya y Campo Hermoso, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.9.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 271 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS MUTIS

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Mutis	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	2,476	5,002	4,768	9,793
Variación global	0%	102%	-5%	105%
Total de tratamientos terminados	62	214	608	683
Variación global	0%	245%	184%	12%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	635	1,422	1,497	1,607
Sellantes aplicados	28	255	839	635
Superficies obturadas (cualquier material)	665	2,173	3,234	4,503
Exodoncias (cualquier tipo)	65	262	419	486
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	959	3,698	5,282	5,986
Total de Actividades Realizadas	2,352	7,810	11,271	13,217
Variación Global		232%	44%	17%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 232%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 44% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 17%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 462%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación de los Centro de Salud La Joya y Campo Hermoso, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.9.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 019

TABLA 272 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS MUTIS

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Mutis	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	38,651	17,967	19,720	32,720
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	1,033	1,008
Total de Actividades Realizadas	38,651	17,967	20,753	33,728

Variación Global		-54%	16%	63%
------------------	--	------	-----	-----

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 54%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 16% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 63%. En 2019 respecto a 2016 la variación es negativa del 13%. Para este caso en particular la apertura del servicio de toma de muestras en otras sedes en las que históricamente no se tomaban muestras redujo la cantidad de actividades ejecutadas.

3.7.2.9.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS MUTIS

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Cooperativa de Colombia UCC: Enfermería, con la Universitaria de Santander UDES: Medicina Familiar, Psiquiatría y Dermatología.

3.7.2.9.6 LOGROS CS MUTIS

- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Adecuación del consultorio odontológico número 2: con unidad odontológica y equipos con tecnología de punta.
- Unidad odontológica en el consultorio número 1, nueva.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos en el Centro de Salud Mutis, en el horario 7am – 12:30pm y 1pm - 5:30 pm.
- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Trabajo con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.

3.7.2.9.8 Recomendaciones CS Mutis

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.

- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.
- Realizar el cambio de ascensor ya que el próximo año cumpliría los 5 años, revisa concepto de equipo.

3.7.2.10 CENTRO DE SALUD PABLO SEXTO

TABLA 273 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS PABLO SEXTO.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Sede Pablo Sexto		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 - 15	Carrera 10E#67A-08	6972377
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cspablovi.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
3.482	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.10.1 CAPACIDAD INSTALADA CS PABLO SEXTO

TABLA 274 CAPACIDAD INSTALADA CS PABLO SEXTO

Infraestructura CS Pablo Sexto	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorio de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.10.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS PABLO SEXTO

TABLA 275 HORARIOS DE ATENCIÓN CS PABLO SEXTO

Servicios ambulatorios CS Pablo Sexto
Lunes a jueves: 7:00 am – 5:00 pm
Viernes : 7:00 am – 3:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.10.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS PABLO SEXTO

TABLA 276 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS PABLO SEXTO

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Pablo Sexto	Distintivo Número
Consulta Externa	312 – Enfermería	DHS219173
	328 - Medicina general	DHS219174
	334 - Odontología general	DHS219175
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219177
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219179
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219180
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219181
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219182
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219183
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219184
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219185
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219186
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219187
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219188
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444804

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.10.4 TALENTO HUMANO CS PABLO SEXTO

TABLA 277 TALENTO HUMANO CS PABLO SEXTO

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	María Isabel Villamizar	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Emperatriz Rojas López	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	María Janeth Zabala Luna	Carrera Adm	180
Médico General	Ludwig Peña Ballesteros	Planta	180
Médico General	Gabriel Mantilla Ceballos	Carrera Adm	87
Odontólogo	Silvia Juliana Vargas Acosta	Planta	180
Auxiliar de Odontología	Laura Natalia Robles Banderas	Planta	180
Facturación	Leidy Natalia Betancourt Duque	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.10.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS PABLO SEXTO

3.7.2.10.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 278 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS PABLO SEXTO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Pablo Sexto	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	2,695	2,394	2,792	2,976
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	501	542	1,441	598
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	923	851	562	1,670
Citologías cervicovaginales tomadas	398	381	359	472
Consultas de medicina general electivas realizadas	5,149	5,777	5,387	7,458
Total de Actividades Realizadas	9,666	9,945	10,541	13,174
Variación Global		3%	6%	25%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 3%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 6% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es positiva del 25%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 36%. Es de resaltar que a partir de Junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud Bucaramanga, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.10.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 279 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS PABLO SEXTO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Pablo Sexto	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	3,378	3,543	3,382	4,458
Variación global	0%	5%	-5%	32%
Total de tratamientos terminados	43	55	201	344
Variación global	0%	28%	265%	71%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	243	635	510	738
Sellantes aplicados	58	290	1,216	757
Superficies obturadas (cualquier material)	274	2,070	1,220	1,606
Exodoncias (cualquier tipo)	35	217	189	220
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	768	2,114	2,457	1,931
Total de Actividades Realizadas	1,378	5,326	5,592	5,252
Variación Global		287%	5%	-6%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 287%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 5% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es negativa del 6%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 281%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud Bucaramanga, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.10.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 280 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS PABLO SEXTO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Pablo Sexto	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	5,948	5,963	7,915
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	5,948	5,963	7,915
Variación Global			0.3%	33%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 se observa una mínima variación del 0.3% y para el 2019 con relación a la vigencia 2018 la variación es positiva del 33%. En 2019 respecto a 2017 la variación es positiva del 33%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud Bucaramanga, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.10.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS PABLO SEXTO

Actualmente no contamos con Convenio Docencia Servicio.

3.7.2.10.7 LOGROS CS PABLO SEXTO

- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos el mismo día en la franja de la tarde a los pacientes que asistieron en la mañana y pacientes que asistieron en la tarde al otro día en horas de la mañana.
- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Trabajo con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.

3.7.2.10.8 RECOMENDACIONES CS PABLO SEXTO

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.11 CENTRO DE SALUD ROSARIO

TABLA 281 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS ROSARIO.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Rosario		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701	Calle 34#35-57	6352746
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
csrosario.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
10.962	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.11.1 CAPACIDAD INSTALADA CS ROSARIO

TABLA 282 CAPACIDAD INSTALADA CS ROSARIO

Infraestructura CS Rosario	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	8
Consultorios de Consulta de Enfermería	2
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	2
Equipos de Radiología Odontológica	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Sala ERA	1
Farmacia	1
Área de Facturación	3

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.11.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS ROSARIO

TABLA 283 HORARIOS DE ATENCIÓN CS ROSARIO

Servicios ambulatorios CS Rosario	Consulta prioritaria
Lunes a Jueves Hora: 6:00 am – 6:00 pm	Lunes a Jueves Hora: 6:00 am – 6:00 pm
Viernes: Hora: 6:00 am – 6:00 pm	Viernes: Hora: 6:00 am – 6:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.11.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS ROSARIO

TABLA 284 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS ROSARIO

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Rosario	Distintivo Número
Consulta Externa	311 - Endodoncia	DHS218698
	312 - Enfermería	DHS218699
	328 - Medicina general	DHS218700
	334 - Odontología general	DHS218702
	359 - Consulta prioritaria	DHS218704
	407 - Medicina del trabajo y medicina laboral	DHS218705
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714 - Servicio farmacéutico	DHS218707
	724 - Toma e interpretación de radiografías odontológicas	DHS218708
	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218709
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218712
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218713
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218714
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS218715
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218716
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218717
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS218718
	916 - Protección específica - vacunación	DHS218719
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS218720
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218721
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444807

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.11.4 TALENTO HUMANO CS ROSARIO

TABLA 285 TALENTO HUMANO CS ROSARIO

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Cindy Tatiana Ramírez Delgado	Planta	180
Enfermera Profesional	Laura Inés Moncada Niño	Planta	180

Auxiliar de Enfermería	Claudia Patricia Carvajal Castro	Carrera Adm	87
Auxiliar de Enfermería	Maritza Jaimes Delgado	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Janeth Rey Roa	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Sandra Liliana Quintero Mantilla	Planta	180
Médico General	Mayra Alexandra Jaimes	Planta	180
Médico General	Laura Liliana Rodríguez González	Planta	180
Médico General	José Ángel Daza Gallo	Carrera Adm	87
Médico General	Martha Adriana Mariño	Carrera Adm	87
Médico General	Sergio Ríos Sarmiento	Carrera Adm	87
Médico General	Alberto Rúgeles Reyes	Carrera Adm	87
Médico General	Silvia Natalia Suarez Mantilla	CPS	238
Odontólogo	Liseth Patricia Maldonado Rueda	CPS	208
Higienista Oral	Gladis Santos Arregoces	CPS	208
Endodoncista	Claudia Patricia Carreño Olejua	Planta	180
Higienista Oral	Lucia Hernández Galeano	Planta	180
Regente de Farmacia	Jully Marcela Agredo Hernández	Cohosan	NA
Facturador	Azucena Contreras Medina	CPS	NA
Facturador	Marleny Crispín Castañeda	CPS	NA
Facturador	Mariela Cala	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.11.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS ROSARIO

3.7.2.11.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 286 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS ROSARIO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Rosario	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	4,094	8,118	8,861	6,201
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	611	1,454	3,423	1,595
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,464	1,217	1,610	2,185
Citologías cervicovaginales tomadas	1,306	1,248	1,650	1,462
Consultas de medicina general electivas realizadas	23,291	25,353	28,068	29,647
Total de Actividades Realizadas	30,766	37,390	43,612	41,090
Variación Global		22%	17%	-6%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 22%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es

positiva del 17% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es negativa del 6%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 34%.

3.7.2.11.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 287 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS ROSARIO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Rosario	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	6,210	7,544	4,985	7,871
Variación global	0%	21%	-34%	58%
Total de tratamientos terminados	107	553	194	692
Variación global	0%	417%	-65%	257%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	2,250	4,402	1,022	1,680
Sellantes aplicados	942	769	1,259	629
Superficies obturadas (cualquier material)	3,998	6,437	2,270	1,890
Exodoncias (cualquier tipo)	421	866	211	133
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	5,390	6,709	6,730	5,135
Total de Actividades Realizadas	13,001	19,183	11,492	9,467
Variación Global		48%	-40%	-18%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 48%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 40% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 18%. En 2019 respecto a 2016 la variación es negativa del 27%.

Para este caso en particular la apertura del servicio de odontología en otras sedes redujo la cantidad de actividades ejecutadas.

3.7.2.11.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 288 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS ROSARIO

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Rosario	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	26,159	22,467	23,232	27,138
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	2,996	4,535
Total de Actividades Realizadas	26,159	22,467	26,228	31,673
Variación Global		-14%	17%	21%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2018. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es negativa del 14%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 17% y para el 2019 en correspondencia a 2018 la variación es positiva del 21%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 21%.

3.7.2.11.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS ROSARIO

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander UIS en Enfermería, con la Universitaria de Santander UDES en Enfermería y con la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB en Medicina y Universidad Santo Tomás, programa de Odontología: Endodoncia.

3.7.2.11.7 LOGROS CS ROSARIO

- Se entrega un centro de salud con mobiliario de áreas de espera nuevas, consultorios con dotación mobiliaria nueva, equipos de cómputo nuevos, esto con el fin de mejorar las instalaciones de los usuarios y del talento humano en salud del centro de salud.
- Con la distribución realizada por zonificación de usuarios, se permitió proyectar las horas Médico necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología.
- Se implementó la estrategia de no más colas, lo que ha permitido que los procesos en el área de facturación sean mucho más ágiles, para este centro de salud en específico, se facturan vacunas en horas de la tarde, permitiendo así en las mañanas, en horas de más congestión, asignar citas y legalizaciones de servicios agendados anteriormente.
- Se implementó la estrategia de asignación de citas web.
- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Acercamiento y trabajo conjunto con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.

3.7.2.11.8 RECOMENDACIONES CS ROSARIO

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.2.12 CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA

TABLA 289 DATOS DE IDENTIFICACIÓN CS TOLEDO PLATA.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga Sede Toledo Plata		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 - 06	Calle 105#15D-28	6971766
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA ZONA	NIVEL DE COMPLEJIDAD
cstoledo.isabu@gmail.com	Director Técnico	1
USUARIOS ZONIFICADOS	RESPONSABLE DE LA SEDE	
5.228	Enfermera Centro de Salud	

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.12.1 CAPACIDAD INSTALADA CS TOLEDO PLATA

TABLA 290 CAPACIDAD INSTALADA CS TOLEDO PLATA

Infraestructura CS Toledo Plata	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	5
Consultorio de Consulta Prioritaria	1
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidad Odontológica	1
Área Vacunación	1
Área Toma Muestras Citología	1
Área Toma de Muestras Laboratorio	1
Sala de Procedimientos	1
Sala ERA	1
Farmacia	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.12.2 HORARIOS DE ATENCIÓN CS TOLEDO PLATA

TABLA 291 HORARIOS DE ATENCIÓN CS TOLEDO PLATA

Servicios ambulatorios CS Toledo Plata	Consulta Prioritaria
Lunes a Viernes: 6: 00 am – 6:00 pm	Lunes a Viernes: 6: 00 am – 6:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.2.12.3 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS TOLEDO PLATA

TABLA 292 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES CS TOLEDO PLATA

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio CS Toledo Plata	Distintivo Número
Consulta Externa	312 – Enfermería	DHS219097
	328 - Medicina general	DHS219098
	334 - Odontología general	DHS219100
	359 - Consulta prioritaria	DHS219102
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714 - Servicio farmacéutico	DHS219105
	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219107
Protección Específica y Detección Temprana	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS219109
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS219110
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS219111
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS219112
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219113
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219114
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS219115
	916 - Protección específica - vacunación	DHS219116
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219117
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219118
Procesos	950 - Proceso esterilización	DHS444838

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.2.12.4 TALENTO HUMANO CS TOLEDO PLATA

TABLA 293 TALENTO HUMANO CS TOLEDO PLATA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Profesional	Cindy Pabón Rodríguez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Martha Pabón Gamboa	CPS	208
Auxiliar de Enfermería	Gladys María Silva Archila	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Gloria Sierra Melo	Planta	180

Auxiliar de Enfermería	Nilo Neira Ordoñez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Cielo Pinzón Alfonso	Carrera Adm	180
Médico General	Guillermo Enrique Jaramillo Vargas	Carrera Adm	87
Médico General	Diva Hernández Mejía	Carrera Adm	87
Médico General	Lina Marcela Plata Rodelo	Planta	180
Médico General	Alejandra Anteliz Suarez	CPS	238
Odontólogo	Luz Marina Méndez Pabón	Planta	180
Higienista Oral	Liliana Amparo Plata Serpa	Planta	180
Facturador	Martha Janeth Flórez	CPS	NA
Facturador	Amparo Jaimes	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.2.12.5 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD CS TOLEDO PLATA

3.7.2.12.5.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 294 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS TOLEDO PLATA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Toledo Plata	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	4,438	8,407	8,449	9,144
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	676	1,311	3,982	1,564
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	1,145	1,476	1,093	2,334
Citologías cervicovaginales tomadas	780	863	988	1,021
Consultas de medicina general electivas realizadas	12,960	16,070	16,454	19,420
Total de Actividades Realizadas	19,999	28,127	30,966	33,483
Variación Global		41%	10%	8%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 41%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 10% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 8% y para el 2019 en correspondencia con 2016 la variación es positiva del 67%. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud La Libertad, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.12.5.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 295 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 CS TOLEDO PLATA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Toledo Plata	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	4,418	4,382	4,767	6,207
Variación global	0%	-1%	9%	30%
Total de tratamientos terminados	46	187	379	789
Variación global	0%	307%	103%	108%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	937	941	940	1,265
Sellantes aplicados	286	278	294	264
Superficies obturadas (cualquier material)	1,310	2,584	2,063	2,098
Exodoncias (cualquier tipo)	193	276	307	386
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	3,407	4,468	6,283	5,688
Total de Actividades Realizadas	6,133	8,547	9,887	9,701
Variación Global		39%	16%	-2%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 39%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 16% y para el 2019 en correspondencia con 2018 la variación es negativa del 2%. En 2019 respecto a 2016 la variación es positiva del 58%. Es de resaltar que a partir de Junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud La Libertad, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.12.5.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 296 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS TOLEDO PLATA

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Toledo Plata	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	32,444	16,111	17,071	22,797
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	32,444	16,111	17,071	22,797
Variación Global		-50%	6%	34%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra gran variación de la producción. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 50%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 6% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 34% y en 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación

negativa del 30%. Para este caso en particular la apertura del servicio de toma de muestras en otras sedes en las que históricamente no se tomaban muestras redujo la cantidad de actividades ejecutadas.

3.7.2.12.5.4 APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 297 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 CS

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Centro de Salud Toledo Plata	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	0	0	0	0
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	0	0	0	584
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	0	0	0	366
Total de Actividades Realizadas	0	0	0	950
Variación Global		0%	0%	0%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

En apoyo terapéutico se habilitaron los servicios de terapia física y otras terapias a partir de la vigencia 2019. Es de resaltar que a partir de junio de 2019 este Centro de Salud se convirtió en Receptor dentro del Plan de Contingencia por la Remodelación del Centro de Salud La Libertad, lo que hizo que su productividad aumentara notablemente.

3.7.2.12.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO CS TOLEDO PLATA

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB: Medicina, con la Universidad Cooperativa de Colombia UCC: Enfermería y con la Universidad Manuela Beltrán en Fisioterapia y Fonoaudiología.

3.7.2.13.7 LOGROS CS TOLEDO PLATA

- Se realizó mantenimientos periódicos en la planta física y equipos biomédicos.
- Unidad odontológica en el consultorio, instrumental y equipos nuevos.
- Estrategia ISABU al colegio que nos permite llegar a todos los hogares infantiles, instituciones educativas públicas, hogares de niños infractores y demás.
- Entrega de medicamentos en el Centro de Toledo Plata, en el horario 7am – 12:00m y 1pm -6:00pm.
- Zonificación de usuarios lo cual permite proyectar las horas médico y odontólogo necesarias para atender la población, garantizando cumplir con el indicador de oportunidad inferior a 3 días hábiles, para solicitudes de citas de medicina general y odontología de primera vez.
- Se implementó la estrategia de no más colas- citas Web, permite acceder con su médico u odontológico de preferencia desde su casa en el momento que lo requiera.

- Se cuenta con talento humano asistencial de planta que fue vinculado en el proceso de formalización de empleo realizado por la ESE ISABU en 2018 y 2019.
- Trabajo con la alianza de usuarios para el cumplimiento de objetivos pactados por la comunidad.

3.7.2.12.8 RECOMENDACIONES CS TOLEDO PLATA

- Se recomienda permanecer con la zonificación de usuarios, esto permite más orden al momento de solicitar un servicio, ya garantizar la oportunidad dentro del estándar normativo para los servicios de medicina general y odontología.
- Se recomienda continuar con la implementación de las citas vía web, ya que esto permite descongestionar los centros de salud y acabar con las colas, para solicitud de citas presenciales.
- Dar continuidad con un plan de mantenimiento de infraestructura y de equipos biomédicos.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.7.3. UNIDADES HOSPITALARIAS

La Empresa Social del Estado ESE ISABU cuenta con dos unidades hospitalarias: el Hospital Local del Norte y la Unidad Materno Infantil Santa Teresita UIMIST. En ellas se prestan servicios de baja y de mediana complejidad más actividades complementarias.

3.7.3.1 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 298 DATOS DE IDENTIFICACIÓN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede Hospital Local del Norte		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 - 01	Carrera 9ª calle 12 Colseguros	6405757
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA UNIDAD	NIVEL DE COMPLEJIDAD
direccionhln@isabu.gov.co	Director Técnico	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.1. CAPACIDAD INSTALADA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

3.7.3.1.1.1. SERVICIO URGENCIAS

TABLA 299 CAPACIDAD INSTALADA URGENCIAS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Infraestructura – Urgencias Hospital Local del Norte	
Consultorios de Consulta de Urgencias	7
Consultorios de Triage	1
Salas de Procedimientos	1
Sala de Reanimación	1
Sala ERA	1
Camas de Observación	12
Sillones	16
Laboratorio Clínico	1
Equipos de Radiología General Fijos	1
Ambulancias disponibles Básicas	1
Ambulancias disponibles Medicalizadas	2
Morgue	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.1.2. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

TABLA 300 CAPACIDAD INSTALADA HOSPITALIZACIÓN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Infraestructura- Hospitalización Hospital Local del Norte	
Camas de Hospitalización Pediátricas	17
Camas de Hospitalización Adultos Medicina Interna	24
Camas Posquirúrgicos	8
Camas de Hospitalización Obstétricas	14
Salas ERA	2
Área de Facturación	2

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.1.3 SERVICIO DE CIRUGÍA

TABLA 301 CAPACIDAD INSTALADA CIRUGÍA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Infraestructura- Cirugía Hospital Local del Norte	
Consultorio de Valoración Pre quirúrgica	1
Quirófanos	3
Camas de Recuperación	6
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.1.4. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

TABLA 302 CAPACIDAD INSTALADA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Infraestructura- Consulta Externa Hospital Local del Norte	
Consultorios de Consulta Externa de Medicina	4
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades Odontológicas	2
Equipos de Radiología Odontológica	1
Consultorios de Especialistas	5
Área Toma de Muestras	1
Farmacia	1
Área de Facturación	2

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.1.5 SERVICIO SALA DE PARTOS

TABLA 303 CAPACIDAD INSTALADA PARTOS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Infraestructura- Partos Hospital Local del Norte	
Sala de Partos	1
Mesas de Parto	1
Camillas Preparto	6
Camillas Recuperación Posparto	5
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.2. HORARIOS DE ATENCIÓN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

3.7.3.1.2.1. HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE URGENCIAS

TABLA 304 HORARIOS DE ATENCIÓN URGENCIAS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Servicios Urgencias Hospital Local del Norte	Consulta Prioritaria
Todos los días: 24 horas	Lunes a Viernes 7am-12:00m y 1:00pm -7pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.2.2. HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

TABLA 305 HORARIOS DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Servicios Hospitalización Hospital Local del Norte
Todos los días: 24 horas

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.2.3. HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE CIRUGÍA

TABLA 306 HORARIOS DE ATENCIÓN CIRUGÍA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Servicios de Cirugía Hospital Local del Norte
Todos los días: 24 horas

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.2.4. HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

TABLA 307 HORARIOS DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Servicios Consulta Externa HLN	Consulta Externa Especialistas
Lunes a Sábado Hora: 6:00 am – 6:00 pm	Lunes a jueves 6:30am-4:30pm Viernes 6:30 am – 4:00 pm Sábado 7am-12m

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.2.5 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE SALA DE PARTOS

TABLA 308 HORARIOS DE ATENCIÓN PARTOS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Servicios Consulta Partos Hospital Local del Norte
Todos los días: 24 horas

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.2.6 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y FARMACIA

TABLA 309 DE ATENCIÓN APOYO DIAGNÓSTICO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Servicios Apoyo Diagnostico – Farmacia Hospital Local del Norte
Todos los días: 24 horas

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.1.3. SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 310 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio Hospital Local del Norte	Distintivo Número
Internación	101 - General adultos	DHS219233
	102 - General pediátrica	DHS219234
	112 – Obstetricia	DHS219235
Quirúrgicos	203 - Cirugía general	DHS219236
	204 - Cirugía ginecológica	DHS219237
	207 - Cirugía ortopédica	DHS219239
	211 - Cirugía oral	DHS219242
	212 - Cirugía pediátrica	DHS219243
	213 - Cirugía plástica y estética	DHS219244
Consulta Externa	301 – Anestesia	DHS219246
	304 - Cirugía general	DHS219247
	308 – Dermatología	DHS444844
	312 – Enfermería	DHS219248
	320 – Ginecobstetricia	DHS219250
	328 - Medicina general	DHS219251
	329 - Medicina interna	DHS219252
	333 - Nutrición y dietética	DHS219253
	334 - Odontología general	DHS219254
	339 - Ortopedia y/o traumatología	DHS219257
	342 – Pediatría	DHS219259
	344 – Psicología	DHS219260
	359 - Consulta prioritaria	DHS219262
	369 - Cirugía plástica y estética	DHS219263
Urgencias	501 - Servicio de urgencias	DHS219264
Transporte Asistencial	601 - Transporte asistencial básico	DHS219265
	602 - Transporte asistencial medicalizado	DHS219266
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706 - Laboratorio clínico	DHS219267
	710 - Radiología e imágenes diagnosticas	DHS219268
	712 - Toma de muestras de laboratorio clínico	DHS219269
	714 - Servicio farmacéutico	DHS219270
	719 – Ultrasonido	DHS446866
	724 - Toma e interpretación de radiografías odontológicas	DHS219271
	729 - Terapia respiratoria	DHS219272
	740 - Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	DHS219273
741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS219274	

Protección Específica y Detección Temprana	907 - Protección específica - atención del parto	DHS219276
	908 - Protección específica - atención al recién nacido	DHS219277
	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS413817
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS413818
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS413819
	912 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	DHS413820
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS219278
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS219279
	915 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	DHS413821
	916 - Protección específica – vacunación	DHS219280
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS219281
	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS219282
	Procesos	950 - Proceso esterilización

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.3.1.4. TALENTO HUMANO POR SERVICIO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

3.7.3.4.1. SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 311 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE URGENCIAS

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermero Profesional	Erika Andrea Rodríguez Capacho	CPS	208
Enfermero Profesional	Jeyson Damian Pérez Casanova	CPS	208
Enfermero Profesional	Sara Liyani Orduz	CPS	NA
Enfermero Profesional	Zurley Mayerly Peña Vera	CPS	208
Enfermero Profesional	María Alejandra Peña	Planta	180
Enfermero Profesional	Jurany Hernandez Riaño	CPS	208
Enfermero Profesional	María Alejandra Palomino Navarro	CPS	208
Enfermero Profesional	Daniela Vargas Torres	CPS	208
Enfermero Profesional	Clemente Alexis López Parra	Planta	180
Enfermero Profesional	Erik Mauricio Villamizar Baldrich	Planta	180
Enfermero Profesional	Iván Felipe Serrano Mantilla	Planta	180
Enfermero Profesional	Luz Mary Pineda Chávez	Planta	180

Enfermero Profesional	Yuli Carolina Bustos Fernández	Planta	180
Médico Coordinador	Jorge Andrés González Barajas	Planta	180
Médico General	Cintha Rosa Otero Rosales	CPS	180
Médico General	German Jefferson Franco Tapias	CPS	180
Médico General	Néstor Yhojairo Parra Tolosa	CPS	216
Médico General	Edward Ferney Rangel Miranda	CPS	180
Médico General	Juan Sebastián Esparza Meza	CPS	180
Médico General	Luis Felipe Tarazona Velásquez	CPS	180
Médico General	Ina Yadith Rangel Gualdrón	CPS	180
Médico General	Ximena Del Rocío Pastrana Plazas	CPS	180
Médico General	Johanna Katherine Gutiérrez Niño	CPS	180
Médico General	Juan Sebastián Theran León	CPS	180
Médico General	Felipe Andrés Fontalvo Nieto	CPS	180
Médico General	Edward Ramiro Espinosa Silva	CPS	180
Médico General	Yoel Sebastián Ramírez Ramírez	CPS	180
Médico General	Álvaro Mauricio Ortiz Córdoba	CPS	180
Médico General	Melissa Julieth Aguas Cantillo	CPS	180
Médico General	Juan Sebastián López	CPS	180
Médico General	Carlos Daniel Pérez Aragón	Planta	180
Médico General	Fabián Andrés Céspedes Alarcón	Planta	180
Médico General	Jairo Navas Silva	Planta	180
Médico General	Miguel Ángel Gómez Flórez	Planta	180
Médico General	Saúl Ernesto Siderol Jiménez	Planta	180
Médico General	Tomas Eduardo Gómez Rojas	Planta	180
Médico General	Uriel Alfonso Ramírez Poveda	Carrera Adm	84
Fisioterapeuta	Carmen Pilar Ariza Arenas	CPS	240
Fisioterapeuta	Adriana Cristina García Sandoval	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Carmen Elena Galván Escobar	Carrera Adm	174
Auxiliar de Enfermería	Ana Milena Estupiñan Duran	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Yesid Armando Méndez Pérez	CPS	228
Auxiliar de Enfermería	Katerine Patricia Galán Barbosa	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Yeimy Amparo Garcés Díaz	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Jeimy Alejandra Vega Yanse	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Yuly Andrea Zarate Archila	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Anderson Javier Leal Lizarazo	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Jeison Alberto Osorio Forero	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Claudia Natalia González González	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Karol Lizeth Chía Arenas	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Milton Martínez Pérez	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Erika Rugeles	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Jeimy Johana Anaya Rodríguez	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Carlos Mauricio Mendoza Quiñonez	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Erick Fabián Ballesteros Ordoñez	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Iván Andrés Patiño Herrera	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Juan José Ortiz Mendoza	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Jaime Andrés Ruiz Jaimes	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Cindy Yurley Mantilla Rojas	CPS	228
Auxiliar de Enfermería	Diana Margarita Simanca Ortega	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Maritza Martínez Pérez	CPS	216

Auxiliar de Enfermería	Jorge Alexander Olaya García	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Cindy Yurley Mantilla Rojas	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Yerson Evelio Quiñonez Velandia	CPS	230
Auxiliar de Enfermería	Daniel Rojas Matajira	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Jaime Yesid Campos Guatibonza	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Javier Fernando Caballero Useda	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Leonardo Carrillo Mendoza	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	María Eugenia Rojas Rivera	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Mary Alexandra Lozada Riaño	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Miguel Ángel Pinto Rojas	Planta	180
Conductor de Ambulancia	Albeiro Fajardo Castellanos	Planta	180
Conductor de Ambulancia	Jhon Freddy Maldonado	CPS	240
Conductor de Ambulancia	Freddy Hernán Barajas Bermúdez	CPS	240
Conductor de Ambulancia	Carlos Patiño Tarazona	CPS	264
Conductor de Ambulancia	Gustavo Rey Jaimes	Planta	180
Conductor de Ambulancia	Orlando Agón Gómez	Planta	180
Conductor de Ambulancia	Saúl Quiroga Quiroga	Planta	180
Conductor de Ambulancia	Víctor Bernal Antolinez	Planta	180
Conductor de Ambulancia	Víctor Julio Serrano Ladino	Planta	180
Psicóloga	Anggy Karina Cuadros Cruz	Planta	180
Nutricionista	María Paula Ruiz Forero	Planta	180
Facturador	Smith Johana Sarmiento Vargas	CPS	NA
Facturador	Mayerli Cubides Jiménez	CPS	NA
Facturador	Gepherson Fabián Kairuz Abril	CPS	NA
Facturador	Ferney Cuellar Jamioy	CPS	NA
Facturador	Andrea Ardila Paredes	CPS	NA
Facturador	Olga Liliana Tarazona Vargas	CPS	NA
Facturador	Marlen Parra Roa	CPS	NA
Facturador	Daysi González González	CPS	NA
Facturador	Mónica Hernández Zafra	CPS	NA
Facturador	Silvia Juliana Cadavid Botia	CPS	NA
Facturador	Katherine Alexandra Quiroga Álvarez	CPS	NA
Facturador	Belcy Patricia Cuspoca Quitian	CPS	NA
Facturador	Mónica María Uscategui Galán	CPS	NA
Facturador	Nerly Roció Arias Pineda	CPS	NA
Facturador	Mónica Irene Arguello Pinzón	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.4.2. SERVICIO HOSPITALIZACIÓN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 312 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HOSPITALIZACIÓN

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermero Profesional	Stefany Jaimes Guerrero	CPS	208
Enfermero Profesional	María Camila Luna Tarazona	CPS	208
Enfermero Profesional	Juliana Chávez Gómez	Planta	180

Médico General	Claudio Fernando García Rojas	CPS	180
Médico General	José Miguel Torres Jaimes	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Lizeth Milena Castellanos Pico	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Francy Parada Peña	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Sandra Milena Ardila Ramírez	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Sandra Yesenia Gamarra Goyeneche	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	María Viviana Castañeda Niño	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Sthephani Caicedo Pinzón	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Israel Gutiérrez Ortiz	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Andrea Lucia Suarez Pedraza	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Ana Milena Martínez Arévalo	CPS	216
Auxiliar de Enfermería	Sandra Patricia Cubillos Moreno	CPS	230
Auxiliar de Enfermería	Adriana Burgos Galindo	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Esther Chaparro Duran	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Leidy Rocío Núñez Manosalva	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Luz Lady Sanabria Flórez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	María Alejandra Mancera Florido	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Rubiela Martínez Martínez	Carrera Adm	180
Auxiliar de Enfermería	Verónica Patricia Ruiz Díaz	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Yesenia Díaz Gelvez	Planta	180

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.4.3. SERVICIO PEDIATRÍA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 313 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE PEDIATRÍA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermero Profesional	Luz Stella Jiménez Sierra	CPS	208
Enfermero Profesional	Juliana Marcela Granados Serrano	CPS	208
Enfermero Profesional	Yeraldin Rojas Castellanos	Planta	180
Médico General	Carlos Julio Ramírez	CPS	180
Médico General	Estefanie Carolina Tarazona Rodríguez	CPS	180
Auxiliar de Enfermería	Slendy Gisela Díaz García	CPS	192
Auxiliar de Enfermería	Yulisa Carolay Quiceno Silva	CPS	192
Auxiliar de Enfermería	Nathalia Muñoz Camargo	CPS	192
Auxiliar de Enfermería	Nelcy Monsalve Sierra	CPS	192
Auxiliar de Enfermería	Deisy Jisselle Campos Corzo	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Diana Andrea Gelvez Escalante	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Fabiana Gómez Rodríguez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Jenny Paola Duran Flórez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Noemí Galván Escobar	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Sofía Rocío Gutiérrez Sanabria	Planta	180

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.4.4. SERVICIO CIRUGÍA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 314 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE CIRUGÍA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermero Profesional	Ana Delina Pabón Lizarazo	Carrera Adm	174
Instrumentador Quirúrgico	Keinis Baños	Planta	180
Instrumentador Quirúrgico	Consuelo González Martínez	Planta	180
Instrumentador Quirúrgico	Liney Pinto Moreno	CPS	204
Instrumentador Quirúrgico	Marcia Eugenia Guerrero Barbosa	CPS	156
Instrumentador Quirúrgico	Juan Camilo Meneses Cogollo	CPS	156
Instrumentador Quirúrgico	Dalia Katherine Pinzón Ayala	CPS	156
Instrumentador Quirúrgico	Natali Ibarra Borrego	CPS	156
Auxiliar de Enfermería	Yesica Paola Niño Cáceres	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Erika Natalia Vargas Zarate	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Sonia Patricia Gelvez Rojas	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Juan Sebastián García Amado	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Hugo Julián Díaz Bolívar	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Luis Hernando Beltrán Rodríguez	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Diana Alexandra Rojas Lache	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Edward Gustavo Pedraza Gil	CPS	264
Auxiliar de Enfermería	Eddy Carolina Lozano Rodríguez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Carmen Alicia Montañez	Carrera Adm	174
Auxiliar de Enfermería	Secundina Mejía Vargas	Carrera Adm	174
Auxiliar de Enfermería	Yaneth García	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Flor Alba Pico Arias	Carrera Adm	180
Auxiliar de Enfermería	Yurley Andrea Espinosa Rueda	Planta	180
Anestesiólogo	Mario Alberto Castillo Blanco	CPS	Evento
Anestesiólogo	Jorge Arturo Martínez Mantilla	CPS	NA
Cirujano Plástico	Silvia Rocío Cardona Cote	CPS	NA
Cirujano General	Maryuri Lisseth Becerra Torres	CPS	NA
Cirujano General	Mauricio Fernando Aldana Roa	CPS	NA
Cirujano General	Mauricio Andrés Rey Serrano	CPS	NA
Cirujano General	Kelie Emperatriz Higueta Angulo	CPS	NA
Cirujano General	Jorge William Vallejo Quintero	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.4.5. SERVICIO CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 315 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE CONSULTA EXTERNA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermero Profesional	Leidy Nayibe López Jaimes	Planta	180
Ortopedista	Oscar Mauricio Vargas Castillo	CPS	Evento
Internista	Roque Julio Corzo Corzo	CPS	Evento

Internista	Julián Alonso Gaona Arias	CPS	Evento
Internista	Oscar Mauricio González Barajas	CPS	Evento
Pediatra	Rafael Humberto Méndez Serrano	CPS	Evento
Pediatra	Carlos Fernando Gamboa Franco	CPS	Evento
Ginecólogo	Jahel Susana Cubillos Córdoba	CPS	Evento
Ginecólogo	Oscar Gómez León	CPS	Evento
Ginecólogo	Ricardo Ortiz Serrano	CPS	Evento
Auxiliar de Enfermería	Olga Adriana López Díaz	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Mercedes Sanabria de García	Carrera Adm	174
Apoyo Administrativo Dirección	Mónica Alexandra Niño Medina	CPS	NA
Citas Especializadas	Yurley Fernanda Mantilla Uribe	CPS	NA
Recepción	Eliana Yuri Quecho Díaz	CPS	NA
Recepción	Napoleón Camargo Pineda	CPS	NA
Historias Clínicas	Liceth Pacheco Calderón	CPS	NA
Facturador	Diana Paola Reatiga Caballero	CPS	NA
Facturador	Paula Fernanda Fonseca Becerra	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.4.6. SERVICIO SALA DE PARTOS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 316 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE SALA DE PARTOS

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermero Profesional	July Marcela Mármol Páez	Planta	180
Enfermero Profesional	Laura Nathalia Lozano Bautista	Planta	180
Médico General	Zulma Patricia Barbosa Acosta	Carrera Adm	84
Auxiliar de Enfermería	Luz Aida Lemus Palencia	CPS	228
Auxiliar de Enfermería	María Fernanda Colmenares Sarmiento	CPS	228
Auxiliar de Enfermería	Leidy Catherine Ojeda Gómez	CPS	230
Auxiliar de Enfermería	Andrea Johanna Vargas Muñoz	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Diana Marcela Palacios Acero	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Erika Yohanna Estupiñan Zafra	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Juventina Hernandez De Olivares	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Karina Cecilia Ramírez Osorio	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	María Cristina Ramírez De Pabón	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Martha Liliana Villamizar Pérez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Natividad Mendoza	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Rocío Beatriz Parsons Monroy	Carrera Adm	174
Auxiliar de Enfermería	Sara María Carvajalino Castillo	Planta	180

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.4.7. SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 317 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE LABORATORIO CLÍNICO

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Bacteriólogo	Paola Alexandra Cancelado Fabre	Planta	180
Bacteriólogo	Luz Andrea Velásquez	Planta	180
Bacteriólogo	Yenny Rocío Cadena Jaimes	Planta	180
Bacteriólogo	Lucia Cristina Carrillo Duran	Planta	180
Bacteriólogo	Beatriz Lucia Sanabria Guarnizo	Planta	180
Bacteriólogo	Julieth Rocío Reinoso Rosado	CPS	225
Bacteriólogo	Henry Alberto Roa Casadiego	CPS	225
Bacteriólogo	Jackeline Delgado Cardozo	CPS	225
Auxiliar de Laboratorio	Karen Fabiola Nieto Loza	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	Angie Tatiana Carreño Jiménez	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	Claudia Rocío Zambrano Díaz	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	Maritza Arenas Isaza	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	Yiset Marol Mercado	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	José Luis Barajas Ortega	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	Leny Margarita Santos Meneses	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	Bedelquer Jaimes Jaimes	Planta	180
Auxiliar de Laboratorio	Jacqueline Castro Sandoval	Planta	180
Auxiliar de Laboratorio	Yeraldin Velásquez Solano	Planta	180
Auxiliar de Laboratorio	Yulimar Calderón Sanabria	Planta	180

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.4.8. SERVICIO RADIOLOGÍA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

TABLA 318 TALENTO HUMANO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE RADIOLOGÍA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Tecnólogo Rx	Alejandra Herrera Martínez	Planta	180
Tecnólogo Rx	Jacqueline Pabón Mendoza	Planta	180
Tecnólogo Rx	Mónica Patricia García Delgado	Planta	180
Tecnólogo Rx	Sandra Ivett Corzo Martínez	Planta	180
Tecnólogo Rx	Chesed Andrade Álvarez	CPS	210
Oficial Radioprotección	Dennis Irenne Salazar Manrique	CPS	210
Radiólogo	Juan Manuel Lara Cardozo	CPS	NA
Radiólogo	Alfredo Olarte Vega	CPS	NA
Radiólogo	Héctor Emilio Rincón Sarmiento	CPS	NA
Apoyo al Área de Rayos X	Elizabeth Carreño Rivera	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.1.5. PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

3.7.3.1.5.1. CONSULTA EXTERNA MEDICINA VIGENCIAS 2016 A 2019.

TABLA 319 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA MEDICINA VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina general electivas realizadas	11,329	15,413	9,999	9,105
Total de Actividades Realizadas	11,329	15,413	9,999	9,105
Variación Global		36%	-35%	-9%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 36%; para el 2018 con relación a 2017, la variación es negativa del 35% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 44%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 20%. Disminución relacionada con el traslado del Centro de Salud Kennedy al Hospital Local del Norte desde noviembre de 2016 por motivo de cierre por incumplimiento de la norma sanitaria y de habilitación. Las actividades de consulta externa se cargaron al Centro de Salud Kennedy.

3.7.3.1.5.2. CONSULTA DE MEDICINA GENERAL URGENTE VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 320 INFORME DE PRODUCCIÓN MEDICINA GENERAL URGENTE VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina general urgentes realizadas	34,573	35,326	46,679	56,011
Total de Actividades Realizadas	34,573	35,326	46,679	56,011
Variación Global		2%	32%	20%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 2%; para el 2018 con relación a 2017, la variación es positiva del 32% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 20%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 62% con respecto a 2016. Este incremento sostenido vigencia a vigencia obedece al fortalecimiento del talento

humano asistencial: médicos generales y especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapia; siendo más resolutivos y brindando una atención oportuna a nuestros usuarios.

3.7.3.1.5.3. CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 321 INFORME DE PRODUCCIÓN MEDICINA GENERAL URGENTE VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	14,210	14,081	21,555	18,091
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	1,851	5,682	14,368	17,656
Total de Actividades Realizadas	16,061	19,763	35,923	35,747
Variación Global		23%	82%	-0,5%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir del segundo semestre de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017, respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 23%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 82% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 0,5%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 123% con respecto a 2016. El Hospital Local del Norte durante este cuatrienio 2016 – 2019 se fortaleció en consulta externa en las especialidades de: Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Ortopedia, Dermatología, Anestesiología, Medicina Interna, Cirugía Plástica y Cirugía Pediátrica. Así mismo en rondas hospitalarias y de urgencias en las especialidades de: Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna.

3.7.3.1.5.4. ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 322 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	7,630	5,780	6,148	0
Variación global	0%	-24%	6%	-100%
Total de tratamientos terminados	170	295	536	0
Variación global		74%	82%	-100%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1,443	1,859	1,297	0
Sellantes aplicados	339	285	95	0
Superficies obturadas (cualquier material)	3,279	2,796	2,635	0
Exodoncias (cualquier tipo)	498	559	582	0
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	3,160	4,750	4,010	1,563

Total de Actividades Realizadas	16,519	16,324	15,303	1,563
Variación Global		-1%	-6%	-90%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra variabilidad de la producción en todas las vigencias. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 1%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 6% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 90%. En 2019 se aprecia una variación negativa del 91% con respecto a 2016. Para la vigencia 2019 las acciones de odontología general han sido incluidas en el Centro de Salud Kennedy y el HLN se ha enfocado a las actividades hospitalarias. La disminución en la producción de odontología está relacionada con el traslado del Centro de Salud Kennedy al Hospital Local del Norte desde noviembre de 2016 por motivo de cierre por incumplimiento de la norma sanitaria y de habilitación.

3.7.3.1.5.5. PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 323 INFORME DE PRODUCCIÓN PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Partos vaginales	614	659	831	996
Partos por cesárea	294	524	630	709
Total de Actividades Realizadas	908	1,183	1,461	1,705
Variación Global		30%	23%	17%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia global de 2016 la variación es positiva del 30%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 23% y para el 2019 en referencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 17%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 88% con respecto a 2016. Durante el cuatrienio 2016 a 2019; se evidencia el aumento significativo de los nacimientos de partos atendidos en el Hospital Local del Norte.

3.7.3.1.5.6. EGRESOS - OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 324 INFORME DE PRODUCCIÓN EGRESOS HOSPITALARIOS - OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Total de egresos	3,349	3,468	4,474	6,248
Pacientes en Observación	4,701	5,263	3,858	5,377

Total de Actividades Realizadas	8,050	8,731	8,332	11,625
Variación Global		8%	-5%	40%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es positiva del 8%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 5% y para el 2019 con referencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 40%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 44% con respecto a 2016. Se aprecia el crecimiento sostenido a partir de la vigencia 2017, lo cual está relacionado en el incremento en la productividad de los servicios hospitalarios: consulta de urgencias, atención de partos y cirugías; optimizando la capacidad instalada en el área hospitalaria.

3.7.3.1.5.7. CIRUGÍAS VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 325 INFORME DE PRODUCCIÓN QUIRÓFANOS VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Cirugías grupos 2-6	1,778	1,281	5,020	7,018
Cirugías grupos 7-10	528	487	1,320	1,845
Cirugías grupos 11-13	54	117	496	347
Cirugías grupos 20-23	0	0	4	2
Total de Actividades Realizadas	2,360	1,885	6,840	9,212
Variación Global		-20%	263%	35%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global y constante. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016, la variación es negativa del 20%; para el 2018 respecto a 2017 la variación es positiva del 263% y para el 2019 respecto a la vigencia 2018 la variación es positiva del 35%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 290% con respecto a 2016. El servicio de cirugía es el que refleja el mayor crecimiento con respecto a los demás servicios de salud que presta la ESE ISABU, durante este cuatrienio.

El servicio de Cirugía del Hospital Local del Norte presta sus servicios actualmente: 24 horas, todos los días de lunes a domingo, en la especialidad de GINECO-OBSTETRICIA, ANESTESIOLOGIA para la atención de la urgencia obstétrica. 24 horas de lunes a domingo en la especialidad de CIRUGIA GENERAL, ANESTESIOLOGIA para la atención de urgencia quirúrgica. 12 horas de 7am a 7pm de lunes a sábado en programación de cirugía electiva, en las especialidades de: CIRUGÍA GENERAL, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA PEDIATRICA, CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA Y ORTOPEDIA.

3.7.3.1.5.8. APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 326 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	124,893	151,446	185,833	206,771
Número de imágenes diagnósticas tomadas	28,369	34,305	25,353	24,571
Total de Actividades Realizadas	153,262	185,751	211,186	231,342
Variación Global		21%	14%	10%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 21%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 14% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es positiva del 10%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 51% con respecto a 2016. El incremento vigencia a vigencia de los exámenes de laboratorio está relacionado con el aumento de productividad de urgencias de medicina general y especializada, así como de partos, cirugías y egresos hospitalarios.

3.7.3.1.5.9. APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 327 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Hospital Local del Norte	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	4,146	1,653	2,832	4,650
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	289	0	292	999
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	3,479	2,869	3,221	3,775
Total de Actividades Realizadas	7,914	4,522	6,345	9,424
Variación Global		-43%	40%	49%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es negativa del 43%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 40% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 49%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 19% con respecto a 2016.

3.7.3.1.6. INDICADORES HOSPITALARIOS VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 328 INDICADORES HOSPITALARIOS VIGENCIAS 2016 A 2019 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Indicadores Hospitalarios HLN	2016	2017	2018	2019
Porcentaje Ocupacional	67,0%	64,4%	75,9%	98,0%
Variación Global		-4%	18%	29%
Variación 2019 - 2016				46%
Promedio Días Estancia	3,43	2,71	2,94	3,22
Variación Global		-21%	9%	9%
Variación 2019 - 2016				-6%
Giro Cama Mes	5,17	5,45	7,03	9,82
Variación Global		6%	29%	40%
Variación 2019 - 2016				90%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un mejoramiento de los indicadores de producción de manera global a partir de la vigencia 2018.

Revisando el indicador de “Porcentaje Ocupacional” se observa un descenso en la vigencia 2017 y luego un aumento en la vigencia 2018 que se incrementa hasta 2019. Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016, la variación es negativa del 4%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 18% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 29%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 46% con respecto a 2016.

Revisando el indicador de “Promedio Días de Estancia” se observa una disminución considerable en los días de estancia del usuario en las unidades hospitalarias desde la vigencia 2016 hasta 2018 con un ligero incremento en 2019. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es negativa del 21%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 9%. Tomando como referencia el 2019 con en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 9%. En 2019 se aprecia una variación negativa del 6% con respecto a 2016. Es importante resaltar que este indicador muestra eficiencia administrativa por la alta Resolutividad en los servicios de atención hospitalaria en la ESE ISABU.

Revisando el indicador de “Giro Cama” Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016 se observa una variación positiva del 6%. Por otra parte, observando el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 29%. Tomando como referencia el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 40%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 90% con respecto a 2016. Lo cual refleja eficiencia administrativa y operativa de la ESE ISABU.

3.7.3.1.7. CONVENIO DOCENCIA SERVICIO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga -UNAB en las áreas de: Ginecobstetricia, Ginecología, Cirugía General, Anestesia, Dermatología, Pediatría, Medicina Interna, Ortopedia, Medicina General, Enfermería y Psicología. Con la Universidad de Santander – UDES en las áreas de Medicina General, Fonoaudiología, Laboratorio Clínico y Enfermería. Con la Universidad Industrial de Santander UIS en las áreas de Bacteriología y Enfermería. Con la Universidad Cooperativa de Colombia en las áreas de Enfermería.

3.7.3.1.8. LOGROS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

El Hospital Local del Norte, ha mostrado mejoramiento continuo en sus procesos para garantizar a los usuarios calidad en la atención en salud, evidenciados desde gestiones por parte del área administrativa, como en el fortalecimiento de la parte asistencial.

A continuación, se relacionan logros globales más relevantes en esta unidad hospitalaria:

- Mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura física de la Unidad Hospitalaria (Mejoramiento de los consultorios, reparaciones de infraestructura, impermeabilización de placa, Intervenciones en los servicios y de áreas generales como muros, paredes, puertas, baños y cielo raso).
- Implementación de planta eléctrica de respaldo, así como cambio en red eléctrica de dicha institución.
- Remodelación y dotación de la cocina, cumpliendo con los estándares de habilitación.
- Mantenimiento correctivo y preventivo de la infraestructura física, equipo biomédico, equipo industrial.
- Fortalecimiento de capacidad instalada a través del incremento de horas de talento humano asistencial para cubrir la demanda actual de los servicios.
- Formalización del empleo a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio clínico, técnicos en RX.
- Se cuenta con dispensación y entrega de medicamentos e insumos médico quirúrgicos directamente en cada uno de los servicios, 24 horas.
- Rondas diarias de especialistas en Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Ginecobstetricia.
- Fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia con 2 ambulancias Medicalizadas y una ambulancia básica disponibles 24 horas del día, 7 días a la semana.
- Dotación de mobiliario y equipo biomédico en todos los servicios (escritorios, tándems, camillas, sillones reclinables, camas hospitalarias eléctricas, sillas de ruedas, camillas de transporte).
- Acompañamiento a los servicios por parte de la alianza de usuarios.
- Jornadas continuas de humanización al talento humano y usuarios de los servicios.
- Incremento sostenido en la productividad de todos los servicios hospitalarios.
- Fortalecimiento de los Convenios Docencia Servicio (UNAB – UDES - UIS).

A continuación, se mencionan los logros por servicios:

3.7.3.1.8.1. SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

- El Hospital del Norte actualmente cuenta con talento humano médico, enfermeros Profesionales y auxiliares de enfermería suficiente para la demanda del servicio de urgencias pediátricas, generales y ginecobstetricias. Médico general 24 Horas en el área de observación urgencias. Médico general 12 Horas día adicional en el área de Hospitalización ginecología y medicina interna. Médico especialista de pediatría de 7am a 7pm de lunes a domingo.
- Servicio de pediatría exclusivo para atención de esta población; con el fin de dar prioridad en el servicio con: 1 Consultorio médico de atención de urgencias AIEPI, 2 Consultorios médicos AIEPI (Consulta especializada) 1 Sala ERA y 1 Sala de TRO.
- Servicio de fisioterapia para el área de Urgencias y Hospitalización de 7am a 7pm de lunes a domingo.
- Enfermeros Profesionales 24 horas en los servicios de Urgencias/Hospitalización, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Urgencias Generales, Enfermeras Profesionales para el servicio de TRIAGE de 6am a 10 pm de lunes a domingo.
- Interconsulta especializada en cirugía general 24 horas de lunes a domingo.
- Rondas medicina interna de lunes a domingo.
- Resolutividad del 97,5%

3.7.3.1.8.2. SERVICIO DE CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

- Fortalecimiento del equipo de talento humano, unificando criterios de manejo, con la documentación de Procesos, Procedimientos, Guías de manejo Médicas y Protocolos de Enfermería.
- Mayor control y seguimiento de todos los procesos y procedimientos, con el empoderamiento de todos los funcionarios como apoyo o supervisores tanto de sus propios procesos como de otros con los que tenga relación.
- Diseño e Implementación de estrategias dirigidas a mejorar coberturas en los diferentes programas de P y P, como por ejemplo la vacunación del recién nacido en el servicio de sala de partos inmediatamente posterior al nacimiento; captación de usuarios para los diferentes programas de P y P que ofrece la Institución, a través de un equipo de Profesionales con dedicación exclusiva a la realización de actividades propias de los programas.
- Renovación de algunos muebles hospitalarios que garantizan comodidad y seguridad tanto para usuarios como para los Profesionales de la salud y un ambiente agradable.
- El servicio de cirugía del Hospital Local del Norte presta sus servicios actualmente 24 horas, todos los días de lunes a domingo, para la atención de la urgencia quirúrgica, en las especialidades de: Ginecobstetricia, Cirugía General y Anestesiología. 8 horas de 7am a 3 pm de lunes a viernes en programación de cirugía electiva, en las especialidades de: Cirugía General, Ginecología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica

- y Ortopedia.
- Mayor adherencia de usuarias a el parto institucionalizado, generado por educación en autocuidado, derechos y deberes de las usuarias en el cuidado de la salud, implementación del Programa “LA MAGIA DEL AMOR” a través del cual se incentiva su asistencia al Control Prenatal y al parto institucional mediante actividades adicionales a las planteadas por el Ministerio de salud y Protección Social para la Maternidad: Traslado gratuito de la gestante en ambulancia desde el lugar de su residencia a la Unidad operativa del ISABU donde será atendido su parto; entrega del Kit obsequio de bienvenida del bebé (pañalera, cojín con primera muda de ropa del bebé); valoraciones por Ginecobotetra y realización de ecografía donde se clasifica el riesgo obstétrico garantizando su atención en el nivel adecuado y disminuir riesgos de complicaciones.
 - Central de Esterilización a vapor que realiza todos los procesos para garantizar el suministro de material estéril médico- quirúrgico e instrumental a salas de cirugía y a todos los servicios de la institución.

3.7.3.1.8.3 SERVICIO DE INTERNACIÓN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

- Talento humano fortalecido: vinculación de dos médicos generales quienes desarrollan el rol de líderes médicos hospitalarios (uno de ellos de planta provisional), de esta forma en los servicios de medicina interna y ginecología siempre habrá un médico a disposición, así mismo para la remisiones y rondas médicas.
- Se cuenta con especialistas permanentemente en la institución, disminuyendo la estancia hospitalaria.
- Dotación de camas hospitalarias modernas con control de movimientos, (pasando de 53 a 63 camas habilitadas), camillas de transporte y sillas de ruedas.
- Asignación de citas binomio: madre hijo.
- Atención de fonoaudiología, cirugía plástica y terapia física y respiratoria para hospitalización e internación.
- Se alcanzó indicadores óptimos de eficiencia administrativa en porcentaje de ocupación, promedio de estancia y giro cama.

3.7.3.1.8.4. APOYO DIAGNÓSTICO – LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

- Cumplimiento del 100% de la toma de solicitudes realizadas por los médicos tratantes de la ESE ISABU.
- Adecuación de la Infraestructura del área de Laboratorio clínico del Hospital Local del Norte, UIMIST y en los puntos de toma de muestras de los centros de salud incluyendo mobiliarios hospitalarios
- Se modernizaron y adecuaron las tomas de muestras sanguínea del Laboratorio del Hospital Local del Norte y la UIMIST
- Se logró la actualización tecnológica en las secciones de Hematología y Uroanálisis en el laboratorio de la UIMIST, contando con equipos de última generación y mucho

más versátiles, los cuales aumentan nuestra rapidez y oportunidad en los resultados de Laboratorio.

- Se realizó cambio del Equipo de Hematología Pentra XL80 y el analizador de electrolitos i-smart 30 Pro en el laboratorio del Hospital Local del Norte, por una nueva versión
- Implementación de la técnica para la determinación de Troponina I cualitativa en los servicios de urgencias y Hospitalización
- Capacitación al personal de Enfermería para la toma e interpretación de resultados de pruebas de embarazo.
- Se logró adquirir por medio de Annar Diagnostica el equipo portátil llamado Hemoglobímetro para el análisis del examen de hemoglobina y hematocrito, útil en la implementación de la estrategia de la toma de muestras sin barreras para nuestros usuarios en el programa de PYP Adulto Joven
- Se recibe periódicamente Capacitación de Annar Diagnostica a Bacteriólogos, Auxiliares de Laboratorio y Jefes de Enfermería de los Centros de salud, en el manejo del equipo Hemoglobímetro para la medición de hemoglobina y hematocrito.
- Se recibe periódicamente Capacitación de Annar Diagnostica a Bacteriólogos Auxiliares de Laboratorio en fase pre analítica y toma de muestras de sangre y Auxiliares de enfermería de sala de partos en toma de muestra para el Tamizaje de TSH Neonatal UIMIST-HLN.
- Se recibe periódicamente capacitación de Annar Diagnostica al personal de PYP y Laboratorio sobre la Herramienta Data Care, para realizar demanda inducida a los programas de PYP de los pacientes que ingresa el laboratorio.
- Entrenamiento sostenido a los Bacteriólogos en el manejo de equipos de Alta Tecnología especialmente en el área de Microbiología.
- Se recibe Inducción de la Plataforma de Capacitaciones de BD para desarrollarlas y aplicarlas por el personal de laboratorio clínico
- Se sigue trabajando en el Mejoramiento e integración del Sistema Informático de Historias Clínicas con el sistema de Información de Laboratorio y todas las sedes de los Centros de Salud
- Se ha realizado captación de pacientes que apliquen a los programas de PYP a los usuarios que asistan al laboratorio clínico y puntos de toma de muestras en los centros de salud de la ESE ISABU.
- Cumplimiento a los mantenimientos preventivos de los equipos según cronograma y asistencia técnica-científica de Annar diagnostica y BD.
- Entrega de resultados se realiza por medio del sistema Annar Lab de laboratorio clínico para ser revisados por el médico tratante y se hace entrega de los resultados en físico a las gestantes.

3.7.3.1.8.5. APOYO DIAGNÓSTICO – IMAGENOLOGÍA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

- En la Unidad Materno Infantil Santa Teresita (UIMIST) Se amplía horario de atención para toma de Radiografías 24 horas de lunes a domingo.

- Realización de estudios ecográficos en el HLN de lunes a viernes en el horario de 11:30am a 1:30 pm y de 6pm a 8:00pm y fines de semana en el horario comprendido de 10:00am a 1:00pm.
- Realización de estudios ecográficos en la UIMIST.
- Se implementan toma de ecografías Doppler en el HLN de lunes a domingo en el horario de 2:30pm a 5:00pm.
- Mejora en procesos de sistematización. Se realiza entrega de resultados en CD.
- Procesador digital de imágenes, el cual permite atención adecuada al usuario.
- Se da cumplimiento a los mantenimientos preventivos de los equipos digitalizadores de proceso de imagen según cronograma.
- Cumplimiento del 98% de la toma de solicitudes realizadas por los médicos tratantes de la ESE ISABU.
- Se cuenta con 3 médicos radiólogos para la toma de ecografías no ginecológicas.
- La asignación de citas se está realizando de manera presencial de 7am a 9am en el Hospital Local del Norte, vía telefónica en el Horario de 10 am a 12 pm al Teléfono 6733330, los facturadores de los centros de salud se comunican por vía Skipe con el servicio de radiología o por correo electrónico "citasderadiologia.isabu@gmail.com".
- La entrega de resultados se está realizando de manera presencial de 2 pm a 4 pm en el Hospital Local del Norte y por el correo electrónico: "resultadosradiologia.isabu@gmail.com" a los centros de salud por medio del facturador.
- Entrega de resultados con su respectiva lectura del servicio de consulta externa a 3 días hábiles y de ecografías del servicio de Urgencias a las 2 horas.
- Los estudios ecográficos y radiológicos de Urgencias están siendo ingresados a la plataforma PANACEA para quedar grabados en la historia clínica del paciente.

3.7.3.1.9. RECOMENDACIONES HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

- Dar continuidad al plan de mantenimiento correctivo y preventivo de infraestructura física, de equipos biomédicos y equipo industrial.
- Continuar con el cambio cielo rasos.
- Cambio ascensores.
- Cambio Sistema Central de Aires Acondicionados en Sala de Partos, Cirugía y Área Administrativa.
- Realizar el reforzamiento estructural.
- Ampliar el área del servicio de urgencias.
- Diseñar un programa de cirugía ambulatoria como estrategia de ampliación de oferta de servicios a las EPS y particulares.
- Instalación de paneles solares en el área de terrazas y placas.

3.7.3.2 UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA

TABLA 329 DATOS DE IDENTIFICACIÓN UIMIST.

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga sede UIMIST		
CÓDIGO DEL PRESTADOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO
6800100701 – 01	Carrera 21 # 12-02 UIMIST	6973009
CORREO ELECTRÓNICO	RESPONSABLE DE LA UNIDAD	NIVEL DE COMPLEJIDAD
direccionhln@isabu.gov.co	Director Técnico	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.1 CAPACIDAD INSTALADA UIMIST

3.7.3.2.1.1 SERVICIO URGENCIAS

TABLA 330 CAPACIDAD INSTALADA UIMIST URGENCIAS

Infraestructura- Urgencia UIMIST	
Consultorios de Consulta de Urgencias	3
Salas de Procedimientos	1
Sala ERA	1
Camas de Observación Pediátricas	3
Camas de Observación Ginecológica	1
Laboratorio Clínico	1
Equipos de Radiología General Fijos	1
Farmacia	1
Morgue	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.1.2 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

TABLA 331 CAPACIDAD INSTALADA UIMIST HOSPITALIZACIÓN

Infraestructura- Hospitalización UIMIST	
Camas de Hospitalización Pediátricas	20
Camas de Hospitalización Obstétricas	6

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.1.3 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

TABLA 332 CAPACIDAD INSTALADA UIMIST CONSULTA EXTERNA

Infraestructura- Consulta Externa UIMIST	
Consultorios de Especialistas	3
Consultorios de Consulta de Enfermería	1
Consultorios de Odontología	1
Unidades odontológicas	1
Área de Vacunación	1
Sala ERA	1
Área toma de muestras	1
Farmacia	1
Área de Facturación	1

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.1.4 SERVICIO DE SALA DE PARTOS

TABLA 333 CAPACIDAD INSTALADA UIMIST SALA DE PARTOS

Infraestructura- Partos UIMIST	
Sala de Partos	1
Camillas preparación parto	4
Camillas Posparto	4

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.2 HORARIOS DE ATENCIÓN POR SERVICIO UIMIST

3.7.3.2.2.1 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE URGENCIA

TABLA 334 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE URGENCIA

Servicios Urgencia UIMIST
Domingo a Domingo Hora: 24 horas

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.2.2 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

TABLA 335 HORARIOS DE ATENCIÓN UIMIST HOSPITALIZACIÓN

Servicios Hospitalización UIMIST
Domingo a Domingo Hora: 6:00 am - 6:00 am 24 horas

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.2.3 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

TABLA 336 HORARIOS DE ATENCIÓN UIMIST CONSULTA EXTERNA

Servicios Consulta Externa UIMIST	Consulta Externa Especialistas
Lunes a Jueves Hora: 7:00 am - 12:00 m / 1 pm – 5 pm Viernes 7:00am- 12:00 m / 1 pm – 4 pm.	Lunes a viernes disponibilidad del convenio

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.5.6.4 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE SALA DE PARTOS

TABLA 337 HORARIOS DE ATENCIÓN UIMIST PARTOS

Servicios Consulta Partos UIMIST
Domingo a domingo Hora: 6:00 am - 6:00 am 24 horas

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.2.2.4 HORARIO DE ATENCIÓN SERVICIO DE LABORATORIO

TABLA 338 HORARIOS DE ATENCIÓN UIMIST LABORATORIO CLÍNICO

Servicios Apoyo Diagnóstico Laboratorio UIMIST
Domingo a domingo Hora: 6:00 am - 10:00 pm

Fuente: Organización de Redes ESE ISABU

3.7.3.5.7 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES UIMIST

TABLA 339 SERVICIOS HABILITADOS REPS Y ESPECIFICACIONES INDIVIDUALES UIMIST

Servicio Habilitado	Nombre del Servicio UIMIST	Distintivo Número
Internación	102 - General pediátrica	DHS218726
Consulta Externa	312 - Enfermería	DHS218728
	320 - Ginecobstetricia	DHS218729
	328 - Medicina general	DHS218730
	333 - Nutrición y dietética	DHS218731
	334 - Odontología general	DHS446863
	342 – Pediatría	DHS218732
	344 - Psicología	DHS218733
Urgencias	359 - Consulta prioritaria	DHS218734
	501 - Servicio de urgencias	DHS218735
	706 - Laboratorio clínico	DHS218737

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	710 - Radiología e imágenes diagnósticas	DHS611328
	712 - Toma de muestras de laboratorio clínico	DHS218738
	714 - Servicio farmacéutico	DHS218739
	719 - Ultrasonido	DHS446864
	729 - Terapia respiratoria	DHS218740
	739 - Fisioterapia	DHS218741
	741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	DHS218742
Protección Específica y Detección Temprana	907 - Protección específica - atención del parto	DHS218744
	908 - Protección específica - atención al recién nacido	DHS218745
	909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	DHS218746
	910 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	DHS218747
	911 - Detección temprana - alteraciones del embarazo	DHS218748
	913 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino	DHS218750
	914 - Detección temprana - cáncer seno	DHS218751
	916 - Protección específica - vacunación	DHS218753
	917 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal	DHS446865
Procesos	918 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	DHS218754
	950 - Proceso esterilización	DHS218755

Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS - ESE ISABU

3.7.3.2.3 TALENTO HUMANO POR SERVICIO UIMIST

3.7.3.2.3.1 SERVICIO URGENCIAS E INTERNACIÓN UIMIST

TABLA 340 TALENTO HUMANO UIMIST URGENCIAS

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermero Profesional	Sandra Marcela Lora Cuadro	CPS	260
Enfermero Profesional	Giselle Zulay Moreno Acevedo	Planta	180
Enfermero Profesional	Stefhania Andrea Martínez Martínez	Planta	180
Enfermero Profesional	Magnolia Esneidy Salcedo Duran	CPS	260
Enfermero Profesional	Mayerli Andrea Herrera Morantes	CPS	240
Enfermero Profesional	Katerine Díaz Hurtado	Planta	180
Médico General	María Constanza Jara Plazas	CPS	180
Médico General	Zulma Jareth Chacón Cruz	Planta	180
Médico General	Juan Diego Carvajal Pérez	Planta	180
Médico General	Sandy Paola Berdugo Arias	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Johana Sáenz Posada	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Marielis Tatiana Ruiz Hernandez	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Vivian Nathalia Barón Parra	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Marcelenda Castillo Suarez	Planta	180

Auxiliar de Enfermería	Esperanza Caballero Rincón	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Ivonne Gisela Bautista	CPS	228
Auxiliar de Enfermería	Liliam Judith Tarazona Ortiz	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Sindy Jurley Esparza Martínez	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Mayra Alejandra García Acuña	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Yesenia Rodríguez Muñoz	CPS	240
Auxiliar de Enfermería	Yana Cristina Vargas Ramón	CPS	230
Pediatra	Jesús Tercero Ramos Anaya	CPS	NA
Pediatra	Mauricio García Niño	CPS	NA
Facturador	Gladys Ortiz Pérez	CPS	NA
Facturador	Eliana Novoa Méndez	CPS	NA
Facturador	Alejandra Triana Suarez	CPS	NA
Facturador	Silvia Magaly Jaimes Camacho	CPS	NA
Facturador	Anayibe Rincón Hernandez	CPS	NA
Facturador	Yully Mariana Chávez García	CPS	NA
Facturador	Laura Rocío Quintero Larrota	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.2.3.1.2 SERVICIO CONSULTA EXTERNA UIMIST

TABLA 341 TALENTO HUMANO UIMIST CONSULTA EXTERNA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Ginecólogo	Claudia Milena López Oliveros	CPS	NA
Ginecólogo	Wilmer Fabián Rangel Carvajal	CPS	NA
Pediatra	Carlos Julio Movilla Vergara	CPS	NA
Enfermero Profesional	Laura Carmenza Sisa Uribe	Planta	180
Auxiliar de Enfermería	Orfenia Calderón Flórez	Planta	180
Odontólogo	Sulay Jeniseth Garavito Mendoza	CPS	208
Auxiliar de Odontología	Ángela María Briceño Bonilla	CPS	208
Psicóloga	Andrea Del Pilar Páez Aldana	CPS	208
Fisioterapeuta	Nieves Amparo Jaimes Pinto	CPS	208
Fisioterapeuta	Sandra Teresa Otero Castellanos	Planta	180

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.2.3.1.3 SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO UIMIST

TABLA 342 TALENTO HUMANO UIMIST LABORATORIO CLÍNICO

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Bacteriólogo	Adriana Torres Rangel	Planta	180

Bacteriólogo	Cesar Humberto Prieto Villamizar	Planta	180
Bacteriólogo	Cindy Jhojana Carrero Pabón	CPS	170
Bacteriólogo	Félix Eduardo Pedraza Pedraza	CPS	225
Auxiliar de Laboratorio	Karen Tatiana Nova Cardozo	CPS	230
Auxiliar de Laboratorio	Ana María Aguilar Estévez	Planta	180
Auxiliar de Laboratorio	Jenny Paola Gómez Ardila	Planta	180
Auxiliar de Laboratorio	Luz Ascensión Bernal Delgado	Planta	180

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.5.8.4 SERVICIO RADIOLOGÍA UIMIST

TABLA 343 TALENTO HUMANO UIMIST RADIOLOGÍA

Profesión	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Tecnólogo Rx	Luz Marisol Ortega Ortega	CPS	210
Tecnólogo Rx	Oliva Porras Rodríguez	CPS	210

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

3.7.3.2.4 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD UIMIST

3.7.3.2.4.1 CONSULTA EXTERNA ENFERMERÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 344 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA ENFERMERÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe De Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas.	8,850	13,975	12,483	12,554
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo).	166	217	1,062	919
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	617	857	642	1,233
Citologías cervicovaginales tomadas	567	590	248	243
Total de Actividades Realizadas	10,200	15,639	14,435	14,949
Variación Global		53%	-8%	4%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 53%; para el 2018 con relación a 2017, la variación es negativa del 8% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 4%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 47%.

3.7.3.2.4.2 CONSULTA EXTERNA MEDICINA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 345 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA MEDICINA VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina general electivas realizadas	1,411	1,753	1,831	4,405
Total de Actividades Realizadas	1,411	1,753	1,831	4,405
Variación Global		24%	4%	141%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 24%; para el 2018 con relación a 2017, la variación es positiva del 4% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 141%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 212%.

3.7.3.2.4.3 CONSULTA DE MEDICINA GENERAL URGENTE VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 346 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA MEDICINA GENERAL URGENTE VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina general urgentes realizadas	7,984	12,294	14,880	24,038
Total de Actividades Realizadas	7,984	12,294	14,880	24,038
Variación Global		54%	21%	62%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 54%; para el 2018 con relación a 2017, la variación es positiva del 21% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 62%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 201%. Este incremento sostenido vigencia a vigencia obedece al fortalecimiento del talento humano asistencial: médicos generales y especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapia; siendo más resolutivos y brindando una atención oportuna a nuestros usuarios.

Comparando las vigencias desde el año 2017 se aprecia un incremento de atenciones, mostrando el mayor número de actividades para este servicio en el año 2019. Es de anotar que en 2019 se dio apertura de la atención de urgencias generales en la UIMIST y se puso en marcha una estrategia institucional de Referencia y Contra referencia ISABU – HUS, con

el fin de brindar atención integral de baja y mediana complejidad a los usuarios del municipio de Bucaramanga; contribuyendo de esta forma a que el Hospital Universitario de Santander - HUS atienda la población que para su nivel de complejidad corresponde.

3.7.3.2.4.4 CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 347 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	1,692	4,508	3,456	5,858
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	452	708	3,222	4,713
Total de Actividades Realizadas	2,144	5,216	6,678	10,571
Variación Global		143%	28%	58%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La UIMIST presta los servicios de consulta externa en las especialidades de: Pediatría y Ginecología.

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017, respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 143%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 28% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 58%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 393%.

El incremento en el número de interconsultas en las vigencias 2018 y 2019 es directamente proporcional al incremento de atenciones de urgencias y a la ampliación de la cobertura de rondas de pediatría.

Comparando las vigencias desde el año 2017 se aprecia un incremento de atenciones de consulta especializada, mostrando el mayor número de actividades para este servicio en el año 2019, vigencia en la cual se aprecia una variación positiva del 393% con respecto a 2016.

3.7.3.2.4.5 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 348 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de odontología realizadas	0	2,962	2,721	3,814
Variación global		0%	-8%	40%
Total de tratamientos terminados	0	712	191	312
Variación global		0%	-73%	63%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	1,083	469	635
Sellantes aplicados	0	117	198	211

Superficies obturadas (cualquier material)	0	1,367	1,476	1,580
Exodoncias (cualquier tipo)	0	222	154	164
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	24	1,987	1,530	1,732
Total de Actividades Realizadas	24	4,776	3,827	4,322
Variación Global		19,800%	-20%	13%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS

La tabla muestra variabilidad de la producción en todas las vigencias. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 19.800%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 20% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 13%. En 2019 con respecto a 2017 se aprecia una variación negativa del 10%.

3.7.3.2.4.6 PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 349 INFORME DE PRODUCCIÓN PARTOS VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Partos vaginales	183	422	542	606
Partos por cesárea	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	183	422	542	606
Variación Global		131%	28%	12%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 131%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 28% y para el 2019 en referencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 12%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 231%. El incremento de atenciones de partos está directamente relacionado con el Programa Maternidad Segura “La Magia del Amor” de la ESE ISABU.

3.7.3.2.4.7 EGRESOS - OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 350 INFORME DE PRODUCCIÓN DE EGRESOS - OBSERVACIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Total de egresos	1,070	1,160	1,994	1,939
Pacientes en Observación	1,133	869	1,183	1,871
Total de actividades realizadas	2,203	2,029	3,177	3,810
Variación global		-8%	57%	20%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es negativa del 8%; para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 57% y para el 2019 con referencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 20%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 73%. Se aprecia el crecimiento sostenido a partir de la vigencia 2018, lo cual está relacionado en el incremento en la productividad de los servicios hospitalarios: consulta de urgencias y atención de partos optimizando la capacidad instalada en el área hospitalaria.

3.7.3.2.4.8 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 351 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	38,116	50,427	57,166	76,404
Número de imágenes diagnósticas tomadas	483	0	7,549	14,254
Total de Actividades Realizadas	38,599	50,427	64,715	90,658
Variación Global		31%	28%	40%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es positiva del 31%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 28% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es positiva del 40%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 135%. El incremento vigencia a vigencia de los exámenes de laboratorio también está relacionado con el aumento de productividad de consulta externa sobre todo con la toma de los exámenes de los programas de promoción y prevención y los de programas especiales como Riesgo Cardiovascular contratados con las EAPB, sumados a los de urgencias de medicina general y especializada, así como de partos y egresos hospitalarios.

3.7.3.2.4.9 APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 352 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO TERAPÉUTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 UIMIST

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU UIMIST	2016	2017	2018	2019
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	1,227	308	485	472
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	6,513	10,468	4,335	3,748
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	3,362	397	0	0
Total de Actividades Realizadas	11,102	11,173	4,820	4,220

Variación Global		1%	-57%	-12%
------------------	--	----	------	------

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2016. Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016 la variación es positiva del 1%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 57% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 12%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación negativa del 62%. Se observa un descenso en las vigencias 2018 y 2019. Es de tener en cuenta que este comportamiento está directamente relacionado con el proceso de autorizaciones de las Aseguradoras de Planes de Beneficios, además de que todas las EAPB no tienen contratados los servicios de la ESE ISABU. Asmet salud EPS, a partir de la vigencia 2018, no contrató con la ESE ISABU estas atenciones lo cual se refleja en el descenso de la productividad en estos servicios, por cuanto esta EPS es de mayor población afiliada en el municipio de Bucaramanga.

3.7.3.2.5 INDICADORES HOSPITALARIOS VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 353 INDICADORES HOSPITALARIOS VIGENCIAS 2016 A 2019 CS

Indicadores Hospitalarios UIMIST	2016	2017	2018	2019
Porcentaje Ocupacional	43.9%	17.6%	58.0%	65.7%
Variación Global		-60%	230%	13%
Variación 2019 - 2016				50%
Promedio Días Estancia	3.38	3.81	2.21	2.10
Variación Global		13%	-42%	-5%
Variación 2019 - 2016				
Giro Cama Mes	3.43	3.72	6.39	6.21
Variación Global		8%	72%	-3%
Variación 2019 - 2016				

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra un mejoramiento de los indicadores de producción de manera global a partir de la vigencia 2018.

Revisando el indicador de “Porcentaje Ocupacional” se observa un descenso en la vigencia 2017 y luego un aumento en la vigencia 2018 que se incrementa hasta 2019. Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016, la variación es negativa del 60%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 230% y para el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 13%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 50% con respecto a 2016.

Revisando el indicador de “Promedio Días de Estancia” se observa una disminución considerable en los días de estancia del usuario en las unidades hospitalarias desde la vigencia 2016 hasta 2018 con un ligero incremento en 2019. Tomando como referencia la

vigencia 2017 respecto a la vigencia de 2016 la variación es Positiva del 13%. Para el 2018 con relación a 2017 la variación es negativa del 42%. Tomando como referencia el 2019 con en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es positiva del 5%. En 2019 se aprecia una variación negativa del 38% con respecto a 2016. Es importante resaltar que este indicador muestra eficiencia administrativa por la alta Resolutividad en los servicios de atención hospitalaria en la ESE ISABU.

Revisando el indicador de "Giro Cama" Tomando como referencia la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016 se observa una variación positiva del 8%. Por otra parte, observando el 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 72%. Tomando como referencia el 2019 en correspondencia a la vigencia 2018 la variación es negativa del 3%. En 2019 se aprecia una variación positiva del 81% con respecto a 2016. Lo cual refleja eficiencia administrativa y operativa de la ESE ISABU.

3.7.3.2.6 CONVENIO DOCENCIA SERVICIO UIMIST

Contamos con Convenio Docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander UIS en el área de Salud Pública, Medicina General, Enfermería, Pediatría y Ginecología. Con la Universidad de Santander UDES en las áreas de Pediatría, Ginecología, Medicina General y Fisioterapia. Con la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB en las áreas de Pediatría, Medicina General y Psicología.

3.7.3.2.7 LOGROS UIMIST

- Dotación para todos consultorios y sala de espera.
- Dotación de camas y camillas para servicios de urgencias y hospitalización.
- Farmacia Servicio 24 horas.
- Aumento de Consulta especializada (GINECOLOGIA-PEDIATRIA).
- Mejora en la oportunidad de citas especializadas a 2 días.
- Atención del programa de maternidad segura (Médicos Especialistas- Ecografía).
- Aumento de usuarios del servicio de fisioterapia.
- Sala ERA disponibilidad de fisioterapeuta en horario establecido.
- Ampliación de camas en ginecología.
- Ampliación de camas en pediatría.
- Traslado para apoyo diagnóstico al HLN.
- Traslado a toma de ecografías HLN.
- Servicio de rayos x 24 horas.
- Rondas de especialistas Pediatría 2 veces al día de lunes a viernes.
- Interconsultas de ginecología por disponibilidad de Médico ginecólogo de consulta externa.
- Incremento de número de atenciones de parto.
- Adquisición de equipo biomédico.
- Interconsultas especializadas.
- Disponibilidad médico general 24 horas.

3.7.3.2.8 RECOMENDACIONES UIMIST

Continuar el acompañamiento para garantizar que la capacidad instalada que requiere la UIMIST, se viabilice en el nuevo proyecto de construcción.

3.7.4 EQUIPO EXTRAMURAL UIMIST

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), produjo cambios en la conceptualización de la salud, modificando el sistema nacional de salud asistencialista y curativo por el de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Así mismo, implicó la aparición de nuevos actores dentro de la salud, separando las acciones que antes estaban concentradas en los hospitales, centros y puestos de salud y estableciendo la búsqueda activa, la demanda inducida y la atención extramural, fuera de centros de salud y unidades hospitalarias.

La ESE ISABU avanza en la implementación de las políticas relacionadas con el modelo de salud a través de la constitución de equipos extramurales, definido como «el encuentro interdisciplinario entre Profesionales y agentes comunitarios, que trabajan directamente en la comunidad y en coordinación con la institución, para el logro de una salud biopsicosocial de las comunidades de alto riesgo». Hasta el mes de Agosto del año 2016, fecha en que se suspendió la intervención del equipo extramural por las veredas de Bucaramanga, este equipo estaba conformado por un médico, una enfermera jefe, una auxiliar de enfermería y un conductor, a partir de Febrero 20 del 2017 la actual administración retoma el cubrimiento de las necesidades en salud de los sitios más alejados de nuestro municipio y conforma nuevamente un equipo multidisciplinario para garantizar la asistencia diaria a las diferentes veredas y corregimientos de Bucaramanga, iniciando con un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería, un regente de farmacia y un conductor, vimos la necesidad de crecer y aumentamos nuestro equipo con una higienista oral quien desde hace 14 meses acompaña diariamente la integralidad de la cobertura.

La programación de las visitas se realiza mediante un cronograma diseñado desde el mes anterior a la visita y socializado con todas las EPS del régimen subsidiado con quienes tenemos contratos actuales así como también con las juntas de acción comunal de las veredas que se van a intervenir en el mes y de igual forma con la Secretaría de Salud Municipal.

El equipo diariamente se reúne en la sede de la UIMIST a las 6 y 30 am donde se inicia la actividad con el cargue de los insumos y equipos biomédicos que nos garantizan el cumplimiento de las actividades programadas según cada servicio, seguidamente se inicia el recorrido hacia el sitio asignado para el día, llegando hasta las veredas más retiradas, dando cumplimiento a nuestras actividades, acciones que se realizan hasta las 5 pm, hora en la cual se inicia el regreso hasta el punto inicial de encuentro que es la UIMIST.

3.7.4.1 PRODUCCIÓN SERVICIOS DE SALUD EQUIPO EXTRAMURAL

3.7.4.1.1 CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 354 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2016 A 2019 EQUIPO EXTRAMURAL

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Equipo Extramural	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	4,981	435	22,619	18,496
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	12	13	9,990	139
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	106	274	3,656	883
Citologías cervicovaginales tomadas	528	112	132	65
Consultas de medicina general electivas realizadas	2,474	3,853	4,001	2,323
Total de Actividades Realizadas	8,101	4,687	40,398	21,906
Variación Global		-42%	762%	-46%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra el siguiente comportamiento: Tomando como referencia la vigencia de 2017 respecto a la vigencia 2016, la variación es negativa del 42%; para el 2018 con relación al 2017 la variación es positiva del 762% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es negativa del 46%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 170%. El incremento que se observa en 2018 está relacionado con el cargue de actividades extramurales realizadas en todos los centros de salud.

3.7.4.1.2 ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 355 INFORME DE PRODUCCIÓN DE ODONTOLOGÍA VIGENCIAS 2016 A 2019 EQUIPO EXTRAMURAL

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Equipo Extramural	2016	2017	2018	2019
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	4	0	6
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	10,019	28,420
Total de tratamientos terminados	0	2	2	0
Sellantes aplicados	3	514	2	29
Superficies obturadas (cualquier material)	1	0	0	22
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	1
Otras actividades de salud oral CPB, Flúor, Detartraje, Educación en SO	5,088	18,206	51,145	19,279
Total de Actividades Realizadas	5,092	18,726	61,168	47,757

Variación Global		268%	227%	-22%
------------------	--	------	------	------

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04 y Otros Servicios RIPS.

La tabla muestra un incremento sostenido de la producción de manera global a partir de la vigencia 2017. Para el 2016, solo se observan registros de 4 actividades cargadas a este centro de costos más otras actividades de Salud Oral. Tomando como referencia la vigencia 2017 respecto a 2016 la variación es positiva del 268%; para la vigencia 2018 con relación a 2017 la variación es positiva del 227% y para el 2019 en correspondencia con la vigencia 2018 la variación es negativa del 22%. En 2019 con respecto a 2016 se aprecia una variación positiva del 280%. El incremento que se observa en 2018 está relacionado con el cargue de actividades extramurales realizadas en todos los centros de salud.

3.7.4.1.3 APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019

TABLA 356 INFORME DE PRODUCCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO VIGENCIAS 2016 A 2019 EQUIPO EXTRAMURAL

Informe de Producción Decreto 2193/04 ESE ISABU Equipo Extramural	2016	2017	2018	2019
Exámenes de laboratorio	0	100	14	1,428
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	0	0
Total de Actividades Realizadas	0	100	14	1,428
Variación Global			-86%	10,100%

Fuente: Informe Producción Decreto 2193/04

La tabla muestra la inclusión del servicio de toma de muestras en la producción a partir de la vigencia 2017. Tomando como referencia la vigencia 2018 respecto a 2017 la variación es negativa del 86%. Para la vigencia de 2019 el incremento porcentual frente al año anterior es del 10.100%.

3.7.4.2 COBERTURA DE VEREDAS Y ASILOS 2017 A 2019

TABLA 357 VEREDAS INTERVENIDAS POR EL EQUIPO EXTRAMURAL

Veredas Intervenidas Por el Equipo Extramural Rural ESE ISABU	N° Intervenciones en Veredas
Vereda Bolarqui	24
Vereda Paulón	20
Vereda Los Santos Altos	20
Vereda Magueyes	24
Vereda Villa Carmelo	19
Vereda Monserrate Alto	19
Vereda Capilla Baja	15

Vereda La Sabana	15
Vereda Cuchilla Alta	15
Vereda La Esmeralda	15
Vereda San Pedro Bajo	15
Vereda Capilla Alta	15
Vereda La Pastora	14
Vereda Santa Rita	13
Vereda Aburrido Alto- Inicio Alto	13
Vereda Bosconia	8
Vereda El Pedregal	11
Vereda Nogal	6
Vereda Los Santos Bajos	9
Vereda San Cayetano	11
Vereda San José	5
Vereda Vijagual	6
Vereda Santa Bárbara	4
Vereda San Ignacio	3
Vereda San Pedro Alto	6
Vereda La Malaña	3
Vereda Rosa Blanca	3

Fuente: Enfermera Equipo Extramural

TABLA 358 ASILOS INTERVENIDAS POR EL EQUIPO EXTRAMURAL

Asilos Intervenidos Equipo Extramural Rural ESE ISABU Iniciamos Marzo 2017	N° Intervenciones en Asilos
Fundación Albeiro Vargas	29
Asilo San Rafael	29
Asilo San Antonio	29
Fundación Fundeluz	29
Fundación Jerusalén	29
Fundación Cristo Redentor	29
Fundación Shalom	29
Fundación Funtaluz	29
Fundación Santa Rita de Casia	29
Centro Bienestar del Anciano	29

Fuente: Enfermera Equipo Extramural

3.7.4.3 LOGROS EQUIPO EXTRAMURAL

- Se realizó desplazamiento todas las zonas determinadas como vulnerables.
- Se dio acompañó el proceso de acciones educativas en todas las áreas de la salud.
- Se ubicó la farmacia como punto satélite de distribución de medicamentos en las zonas atendidas.

3.7.4.4 RECOMENDACIONES EQUIPO EXTRAMURAL

- Continuar con la estrategia de atención y educación extramural.
- Seguir fortaleciendo estrategias para incrementar las metas de promoción y prevención.

3.8 ATENCIÓN A POBLACIÓN EXTRANJERA 2016 A 2019

TABLA 359 INFORME DE PRODUCCIÓN ESE ISABU POR NACIONALIDAD VIGENCIAS 2016 A 2019

INFORME DE PRODUCCIÓN DECRETO 2193 ESE ISABU DISCRIMINADO POR NACIONALIDAD VIGENCIAS 2016 A 2019	2016	COLOMBIANOS	EXTRANJEROS	2017	COLOMBIANOS	EXTRANJEROS	2018	COLOMBIANOS	EXTRANJEROS	2019	COLOMBIANOS	EXTRANJEROS
	Dosis de biológico aplicadas	100,318	100,188	130	110,030	108,597	1,433	141,758	128,917	12,841	124,811	116,528
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	13,646	13,628	18	21,486	21,458	28	75,686	75,101	585	22,997	21,326	1,671
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	28,795	28,795	0	24,879	24,864	15	23,963	23,266	697	30,718	29,218	1,500
Citologías cervicovaginales tomadas	13,053	13,045	8	12,598	12,593	5	14,647	14,574	73	14,648	14,092	556
Consultas de medicina general electivas realizadas	223,830	223,767	63	249,455	249,067	388	252,299	249,736	2,563	264,518	256,383	8,135
Consultas de medicina general urgentes realizadas	42,557	42,486	71	47,620	46,946	674	61,559	58,875	2,684	80,049	72,589	7,460
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	15,902	15,898	4	18,589	18,478	111	25,020	23,502	1,518	23,949	23,163	786
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	2,303	2,297	6	6,390	6,247	143	17,590	17,061	529	22,369	19,762	2,607
Otras consultas electivas realizadas por Profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	7,571	7,571	0	6,144	6,144	0	4,433	4,372	61	5,557	4,841	716
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	14,022	14,018	4	23,366	23,246	120	18,844	18,447	397	22,709	21,705	1,004

Número de sesiones de odontología realizadas	75,213	75,209	4	82,491	82,371	120	102,175	101,778	397	136,767	135,841	926
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	1,262	1,258	4	3,754	3,634	120	5,684	5,287	397	9,809	8,705	1,104
Sellantes aplicados	4,182	4,182	0	6,229	6,228	1	13,481	13,475	6	10,500	10,321	179
Superficies obturadas (cualquier material)	23,009	22,999	10	46,684	46,672	12	40,428	40,337	91	42,030	41,381	649
Exodoncias (cualquier tipo)	2,690	2,690	0	5,204	5,204	0	5,001	4,995	6	5,118	5,060	58
Partos vaginales	797	795	2	1,081	1,045	36	1,373	1,191	182	1,602	1,135	467
Partos por cesárea	294	288	6	524	498	26	630	552	78	709	529	180
Total de egresos	4,419	4,405	14	4,628	4,526	102	6,468	6,024	444	8,187	6,669	1,518
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	1,134	1,124	10	2,224	2,178	46	2,363	2,147	216	2,666	2,046	620
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	441	441	0	405	361	44	553	480	73	736	417	319
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	2,843	2,839	4	1,998	1,986	12	3,552	3,397	155	4,628	4,049	579
...Egresos salud mental	1	1	0	1	1	0	0	0	0	157	157	0
Pacientes en Observación	5,834	5,828	6	6,132	6,025	107	5,041	4,591	450	7,248	6,970	278
Total de días estancia de los egresos	15,091	15,075	16	13,805	13,671	134	17,572	16,574	998	24,180	22,405	1,775
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	2,251	2,241	10	4,476	4,420	56	3,624	3,303	321	4,601	3,894	707
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	979	979	0	775	721	54	969	737	232	1,582	1,247	335
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	11,841	11,835	6	8,553	8,529	24	12,979	12,534	445	17,555	16,805	750
...Días estancia de los egresos salud mental	20	20	0	1	1	0	0	0	0	442	442	0
Total de días cama ocupados	15,126	15,110	16	14,362	14,228	134	20,177	19,179	998	26,997	25,222	1,775
Total de días cama disponibles	24,079	24,079	0	29,200	29,200	0	28,835	28,835	0	30,675	30,675	0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	2,360	2,357	3	1,885	1,841	44	6,840	6,566	274	9,212	8,639	573
...Cirugías grupos 2-6	1,778	1,775	3	1,281	1,249	32	5,020	4,819	201	7,018	6,530	488
...Cirugías grupos 7-10	528	528	0	487	475	12	1,320	1,247	73	1,845	1,768	77
...Cirugías grupos 11-13	54	54	0	117	117	0	496	496	0	347	339	8
...Cirugías grupos 20-23	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	2	0

Exámenes de laboratorio	365,009	364,614	395	353,773	351,102	2,671	408,804	387,900	20,904	484,944	446,975	37,969
Número de imágenes diagnósticas tomadas	28,852	28,824	28	34,305	34,117	188	36,932	35,674	1,258	44,648	42,269	2,379
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	5,373	5,373	0	1,961	1,943	18	3,317	3,197	120	5,122	4,931	191
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	19,809	19,809	0	24,635	24,624	11	14,284	14,263	21	11,785	11,746	39
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	10,215	10,215	0	8,234	8,234	0	6,245	6,242	3	6,855	6,786	69

Fuente: Informe Producción Decreto 2193 - RIPS ESE ISABU – Definición de Nacionalidad.

3.9 SALUD PÚBLICA

El proceso de Gestión de Salud Pública (GSP) hace parte del macro proceso misional de la ESE ISABU, con Política institucional dentro de la plataforma estratégica, aprobada mediante la Resolución 0236 del 07 de junio de 2019, en la cual se establece el compromiso de todos los colaboradores de la ESE ISABU en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, garantizando la participación de los ciudadanos(as) para promocionar el modelo de atención en salud y la adecuada utilización de los servicios de salud, satisfaciendo las necesidades y expectativas y buscando el empoderamiento en el autocuidado mediante estrategias educativas que permitan la minimización de riesgos en salud, con articulación en redes para dar continuidad y garantizar la integralidad en la prestación del servicio de salud.

Del proceso de GSP, se desprenden los procedimientos de:

- Procedimiento de la Ruta de Mantenimiento y Promoción de la Salud (RMPS)
- Procedimiento Programación y Seguimiento de Estimaciones
- Procedimiento de Captación de Gestantes
- Procedimiento Gestión del Riesgo
- Procedimiento Demanda Inducida
- Procedimiento Vigilancia Epidemiológica
- Procedimiento Atención Primaria en Salud (APS)
- Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

Además de los procedimientos relacionados, y para dar cumplimiento a las actividades e intervenciones de promoción y prevención se desarrollan estrategias, enfocadas a la mayor captación de usuarios, siendo estas:

TABLA 360 ESTRATEGIAS Y LUGAR DE REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

PROGRAMAS	ESTRATEGIAS	LUGAR DE REALIZACIÓN
Crecimiento y Desarrollo	Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	Todas las unidades operativas
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI-	Vacunas al día, se la ponemos fácil	Todas las unidades operativas
Atención al Joven	Servicios Amigables	Centros de salud: Colorados, Café Madrid, IPC, Kennedy, Regaderos, Villa Rosa, Gaitán, San Rafael, Comuneros, Morrórico, Rosario, Campo Hermoso, Girardot, Joya, Santander, Mutis y Toledo
Atención a la Gestante	Maternidad Segura: “La Magia del Amor”. Inicia con la captación de la gestante Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral- IIAMI!	Todas las unidades operativas
Cáncer de Cérvix - Mama	Consultorios Rosados - Jornada Rosa	Centros de Salud: IPC, Rosario, Girardot, Mutis y Toledo Plata. HLN y UIMIST. Todas las unidades operativas
Adulto	Estrategia 4x4 - Conoce Tu Riesgo	PIC

Fuente: Promoción y Prevención

Para el cumplimiento de las metas establecidas dentro de la contratación con las EAPB, se realiza en coordinación con los líderes de los procedimientos de: Vigilancia epidemiológica, Atención Primaria en Salud (APS) y Plan de Intervenciones Colectivas, actividades extramurales de búsqueda y canalización de usuarios a la atención individual de PYP en los centros de salud de la ESE, así como visitas domiciliarias en la comunidad, búsqueda telefónica de usuarios por demanda inducida y la participación en ferias saludables para la identificación de población objeto de acciones individuales de PYP.

3.9.1 OBJETIVO

Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que

permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.

3.9.2 ALCANCE

Desde la atención de los usuarios en forma Individual y/o colectiva, mediante la adherencia a los momentos de cursos de vida definidos en las RIAS (Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo, y de Atención Específica) hasta la finalización de las actividades enmarcadas para cada curso de vida

3.9.3 TALENTO HUMANO DISPONIBLE APOYO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

TABLA 361 TALENTO HUMANO APOYO PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

Profesión - Cargo	Nombres y Apellidos	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Enfermera Líder Proceso	Ana Graciela Herrera Rojas	Carrera Administrativa	174
Enfermera Líder PAI	Adriana Mantilla Hernández	Carrera Administrativa	174
Enfermera Líder Operativo PYP	Margareth Carolain Hernández	Planta	180
Enfermeras (Programa Cérvix – Mama -Planificación)	Myriam Figueroa Ortiz	Planta	180
Enfermera (Auditora)	Blanca Lucia Gómez Becerra	Planta	180
Enfermera Líder VSP – APS - PIC	Margy Ríos	Planta	180
Técnico 1 (Ingeniero 4505)	Nicolás Rangel Ramírez	CPS	NA
Técnico 2	Xiomara Mendoza Buitrago	CPS	NA
Técnico 3	Luis Alberto Villamil Pérez	CPS	NA
Técnico 4	Carlos Javier Mariano Romero	CPS	NA
Auxiliares demanda inducida	Andrea Lucely Ríos	CPS	NA
Auxiliares demanda inducida	Sonia Yaneth Sánchez Díaz	CPS	NA
Auxiliares demanda inducida	Ángela Juliana Nigrinis	CPS	NA
Auxiliares demanda inducida	Liliana María Sánchez	CPS	NA

Fuente: Talento Humano - CPS Jurídica - ESE ISABU

En la siguiente tabla se puede observar el comportamiento del cumplimiento de las metas durante las vigencias, 2016, 2017, 2018 y 2019. Durante la **Vigencia 2016**, el resultado fue del 40%, **Vigencia 2017** se obtuvo el mismo cumplimiento del 40%, **Vigencia 2018** se obtuvo un cumplimiento del 42%, notándose un incremento del 5% con respecto a 2017 y 2016 y en la **Vigencia 2019** se alcanzó el 43%; mostrando un incremento en cumplimiento del 2,4% respecto a 2018. Es de anotar que se evidencia un incremento en las estimaciones poblacionales para la realización de actividades de PYP año a año. En 2019 se incrementaron las estimaciones en un 38% respecto a 2016. Sin embargo, se logra

umentar en el cumplimiento global de actividades como está descrito en el texto anterior y se refleja en la tabla de comparativo de vigencias.

3.9.4 ANÁLISIS COMPARATIVO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN VIGENCIAS 2016 - 2019

TABLA 362 INFORME COMPARATIVO DE ESTIMACIONES Y EJECUCIÓN VIGENCIAS 2016 A 2019 CS

Actividad	Estimaciones Año 2016	Ejecutado	% Cumplimiento	Estimaciones Año 2017	Ejecutado	% Cumplimiento	Estimaciones Año 2018	Ejecutado	% Cumplimiento	Estimaciones Año 2019	Ejecutado	% Cumplimiento
Control de Crecimiento y Desarrollo	39,424	21,084	53%	41,425	23,535	57%	48,751	24,201	50%	33,108	25,420	77%
Control Prenatal	8,584	10,299	120%	9,670	89	1%	7,743	9,134	118%	5,604	8,166	146%
Consulta de Posparto y Recién N	2,286	2,031	89%	2,190	2,008	92%	1,636	1,838	112%	1,488	2,202	148%
Planificación Familiar	27,070	25,030	92%	28,849	22,125	77%	19,864	17,546	88%	37,108	19,317	52%
A. Joven	11,998	7,140	60%	11,320	6,883	61%	13,182	11,826	90%	16,872	6,590	39%
A. Adulto Mayor	6,122	3,240	53%	6,780	2,594	38%	7,249	3,618	50%	3,600	1,935	54%
Agudeza Visual	8,152	2,098	26%	7,346	3,156	43%	7,023	3,483	50%	3,156	2,374	75%
Inserción DIU	140	118	84%	176	209	119%	145	202	139%	576	248	43%
Inserción Implante	342	507	148%	337	1,067	317%	361	562	156%	324	825	255%
Toma de citologías	13,205	11,478	87%	24,276	11,959	49%	22,230	11,324	51%	18,204	10,785	59%
Aplicación Flúor	31,520	9,525	30%	42,554	21,642	51%	41,000	20,097	49%	50,568	24,426	48%
Aplicación Sellantes	21,734	3,393	16%	31,131	5,589	18%	29,678	7,629	26%	27,648	8,246	30%
Control Placa	70,842	16,457	23%	89,736	36,585	41%	112,061	35,521	32%	130,128	41,790	32%
Detartraje	61,856	8,441	14%	98,239	19,290	20%	85,132	20,392	24%	91,572	27,479	30%
TOTAL	303,275	120,841	40%	394,029	156,731	40%	396,055	167,373	42%	419,956	179,803	43%

Fuente: RIPS ESE ISABU

3.9.5 LOGROS DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- **Asignación de cita para Atención del Binomio Madre e Hijo:** En el momento de generar la orden de salida del servicio de Hospitalización en el Puerperio Inmediato el Binomio tiene asignada la cita de Atención al Recién nacido y atención postparto en el centro de salud de zonificación de los usuarios.

- **Captación Temprana de la Gestante:** Dentro de la estrategia la Magia del amor se realiza Pruebas Rápidas de Embarazo garantizando la captación de manera inmediata de la usuaria con resultado positivo.
- **Diseño de un documento de Estrategias de P y P del ISABU:** Se establecen las diferentes Estrategias mencionadas en la parte superior del presente documento.
- **Progresión gradual en los métodos de Larga Duración:** Se ha logrado mayor uso de los métodos de larga duración por la población de mujeres en edad Fértil lo que lleva al aumento de los periodos intergenésicos.
- **Mujeres en Edad Fértil con Comorbilidad:** Las EPS generan la población de mujeres con riesgo reproductivo y con comorbilidad para mejorar la captación al programa de Planificación Familiar a fin de evitar morbilidad materna extrema o mortalidad materno-perinatal.
- **Cumplimiento Cobertura de Colposcopia:** Se ha venido realizando seguimiento oportuno a los resultados de citologías alteradas lo que ha permitido cumplir con las colposcopias dentro de los tiempos mínimos establecidos en la Línea de Vida del Ministerio de Salud.
- **Mayor cobertura del ordenamiento de la mamografía:** Se ha venido aumentando el número de órdenes de mamografía en mujeres mayores de 50 años.
- **Drive Demanda Inducida:** Actualmente la ESE ISABU dispone de personal encargado de realizar la Demanda Inducida – Efectiva mediante llamada telefónica y registro de asignación de cita, verificando posterior el cumplimiento de los usuarios mediante Drive, finalmente se reportan a las EPS los usuarios inasistentes.
- **Mejoramiento comunicación entre las EAPB y la ESE ISABU:** Se ha generado mayor comunicación y coordinación con las EAPB en lo relacionado al mejoramiento de la cobertura de los servicios de P y P y el seguimiento de los casos positivos dentro de la gestión del Riesgo.
- **Mejoramiento Calidad del Dato:** En los reportes de Bases de Datos, reporte 4505 y cuentas de Alto Costo a las EAPB se ha realizado mejora en la calidad de la información reportada.

3.9.6 RECOMENDACIONES DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Continuar con el mejoramiento de la Calidad del Dato en el reporte de los informes.
- Continuar con la comunicación y la coordinación con las EAPB para continuar con la prestación de los servicios a los diferentes usuarios.
- Continuar con la captación temprana de las gestantes y las pruebas rápidas tomadas en las diferentes Unidades Operativas
- Continuar con las demás estrategias que durante la vigencia 2016 – 2019 se han venido desarrollando ya que se ha visto el mejoramiento gradual en las actividades ejecutadas.
- Institucionalizar una Jornada mensual de PYP en todas las unidades operativas.

3.10 SALUD INFANTIL

El programa de Salud Infantil tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y potencial de vida, enfocada en programas como el Programa Ampliado de Inmunizaciones “PAI” y estrategias como AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia) IAMII (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral).

3.10.1 OBJETIVOS

Implementar una política institucional que permita alcanzar resultados que impacten en la calidad de vida de los niños (as) del municipio de Bucaramanga reflejado en el mejoramiento de los indicadores de desarrollo sostenible.

Proteger a la población objeto del PAI, administrando esquemas de vacunación completos según edad, mediante el aprovechamiento de las oportunidades perdidas de vacunación, facilitando el acceso sin barreras de todos los susceptibles que por demanda espontánea o inducida soliciten el servicio de vacunación con miras a obtener la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles disminuyendo la morbimortalidad por estos eventos.

3.10.2 ALCANCE

Desde la solicitud del servicio de vacunación por demanda espontánea o inducida hasta la administración de los esquemas completos de los biológicos en la población susceptible cumpliendo con todos los lineamientos establecidos por el programa.

3.10.3 HORARIOS DE ADMINISTRACIÓN DE BIOLÓGICOS

Todas las unidades operativas de la ESE ISABU han implementado un horario de atención al público de lunes a viernes en el horario de 7am a 2pm intra y extramural.

3.10.4 EJECUCIÓN PROGRAMA PAI - COBERTURAS DE PAI

TABLA 363 INFORME DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS VIGENCIAS 2016 A 2019 PROGRAMA PAI

Esquema Vacunal Dosis Aplicadas Vigencia 2016-2019	2016			2017			2018			2019		
	Meta PAI anual	Total Anual	Porcentaje	Meta PAI anual	Total Anual	Porcentaje	Meta PAI anual	Total Anual	Porcentaje	Meta PAI anual	Total Anual	Porcentaje
Antituberculosa - BCG solo recién nacido	1753	1014	57.8	1200	1440	120	1600	1994	124.6	1700	2290	135
Hepatitis B solo recién nacido	1753	1014	57.8	1200	1441	120.1	1600	1997	124.8	1700	2292	135
Hepatitis A	2900	3610	124.5	3200	3332	104.1	3500	4493	128.4	2408	4701	195
Varicela	2900	3463	119.4	3200	3227	100.8	3500	4195	119.9	2408	5442	226
Pentavalente 1, 2 Y 3 DOSIS	9000	8971	99.7	10500	8984	85.6	9600	9604	100	9363	9621	103
Vacuna oral de rotavirus 1 Y 2 DOSIS	6000	5717	95.3	7000	5657	80.8	6400	6034	94.3	6242	5976	96
Vacuna oral de polio 1, 2, 3, R1, R2 DOSIS	14040	15691	111.8	16100	15617	97	15900	15616	98.2	14145	17384	123
Neumococo 1, 2 Y 3 DOSIS	8900	9215	103.5	10200	9644	94.5	9900	12482	126.1	8650	11118	129
Vacuna de influenza Esquema	8900	10289	115.6	10200	10658	104.5	9999	13935	139.4	8650	8813	102
Sarampión Rubeola Paperas (SRP) 1 Y R1 DOSIS	5040	6801	134.9	5600	6691	119.5	6300	7989	126.8	4782	7671	160
Difteria - tos ferina - tétanos (DPT) R1 Y R2.	5040	6784	134.6	5600	6826	121.9	6300	7636	121.2	4782	7783	163
Fiebre amarilla (FA) Esquema	2900	2535	87.4	3200	2946	92.1	3500	3676	105	2408	3758	156

Fuente: Consolidados anuales Producción – PAI WEB.

3.10.5 ANÁLISIS COMPARATIVO

Analizando las coberturas de vacunación realizadas en la población asignada a la ESE ISABU durante el periodo 2016 – 2019 con el fin de identificar indicadores que contribuyan a tomar decisiones para mejorar el desempeño y resultados del programa, se encuentran los siguientes resultados:

3.10.6 INDICADORES DE COBERTURA

A continuación, se describen los resultados de los indicadores de cobertura, oportunidad y Esquema completo teniendo en cuenta los términos ÚTIL, NO ÚTIL O CRÍTICA:

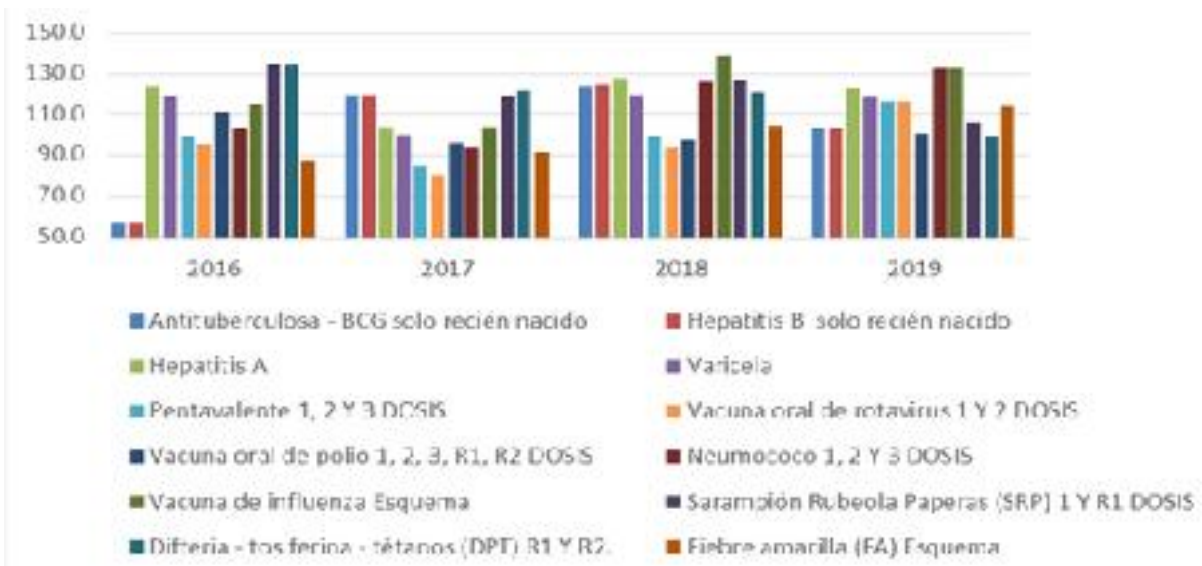
Semaforización de coberturas

TABLA 364 SEMAFORIZACIÓN DE COBERTURAS

SEMAFORIZACIÓN	
Cobertura útil	Mayor o igual a 95%
Cobertura no útil	Mayor o igual que 80 y menor que 95%
Cobertura crítica	Menor a 80%

En el siguiente gráfico se presenta la cobertura de vacunación por biológico:

GRÁFICO 52 COBERTURA DE VACUNACIÓN ESE ISABU, 2016 -2019



Fuente: PAI Web ESE ISABU

En la ESE ISABU, se logró cobertura útil en los biológicos presentados en la gráfica anterior. Al revisar la cobertura de BCG y HEPATITIS A en menores de un año, la cual se aplica al recién nacido, se ha logrado una cobertura útil del 100% desde el año 2017, manteniéndose en 2018 y 2019. Durante el año 2016 fue crítica. Sin embargo, por la implementación de

acciones correctivas se obtuvo una cobertura útil en estos dos biológicos: La implementación progresiva de la obligatoriedad de egreso hospitalario del recién nacido con la vacuna de BCG y HB se refleja al evidenciar coberturas útiles de este biológico, adicionalmente, en el 2016 los niños asignados como población objeto nacían en instituciones diferentes a la ESE ISABU, evidenciándose un sub registro que impedía el cumplimiento de cobertura útiles.

En el 2018 y 2019 el aumento del total de recién nacidos colombianos y migrantes venezolanos en la ESE ISABU, permitió tener población real para obtener coberturas útiles superiores a las programadas.

La disponibilidad de los biológicos en menores de 1 año en el 2017 estuvo restringida en todo el país, afectando el indicador de cobertura.

En hepatitis A y varicela, se incluyó en el PAI en el año 2016 manteniendo coberturas útiles, mayores al 100 durante todo el periodo.

Los biológicos de rotavirus, polio, neumococo, influenza, SRP, DPT desde el año 2016 a 2019 han presentado coberturas útiles mayores al 95%.

La vacuna de Varicela se implementó en Colombia a partir de 1 de junio del 2016 a todo niño de un año, por lo tanto, las coberturas no se pueden medir en este año.

La fiebre amarilla durante los años 2016 y 2017 tuvo coberturas no útiles con 78%, 87% y 92% respectivamente, siempre con tendencia al aumento, esto es concordante con la restricción de este biológico a nivel nacional, en el año 2018 se logró cobertura útil con 105% y se ha mantenido durante el año 2019 con 114%

3.10.7 CONCLUSIONES PAI

Se observa que el porcentaje de los esquemas completos es bueno, por tanto, se requiere continuar con las medidas educativas, incentivar el trabajo de campo y extramural y hacer la gestión en el comité de infancia del municipio.

Continuar la educación masiva sobre la importancia de la vacunación en menores de 5 años, en forma permanente y no mientras duren las jornadas.

Crear un logo y figura que motive e identifique a los niños con dibujos que motiven a los niños y padres de familia.

Hacer un trabajo conjunto con educación, para el control estricto y seguimiento del carné actualizado de vacunación.

3.10.8 LOGROS PAI

- La capacitación continua del personal PAI ha permitido, ser certificadas en la competencia y calificada excelentemente.
- De las 40 personas de PAI, 26 que representan el 65% personas tienen vinculación laboral, 8 personas (20%) de carrera administrativa el restante logró vinculación en provisionalidad garantizando un mejor nivel de vida, seguridad y pertenencia.
- Gracias a la instalación de aires acondicionados, compra de uso diario y paquetes fríos e instalación del sistema de monitoreo de temperaturas se garantiza la cadena de frío de biológicos y demás insumos del programa, así como el transporte en cajas térmicas con el sello PQS avalado por el PAI para el transporte de los biológico.
- La ESE ISABU cuenta con todo el personal de los consultorios PAI y de Vigilancia epidemiológica certificado en la competencia PAI (Administración de inmunobiológicos) además tiene dos enfermeras evaluadoras de la competencia certificadas.
- Desde el 2016 se implementó la ejecución anual de Jornada Pediátrica con enfoque AIEPI y IAMII para el personal médico y de enfermería Profesional.
- En el 2018 se certificó a las enfermeras en estrategia IAMII.
- En el 2019 se capacitó en AIEPI comunitario a 40 auxiliares de enfermería del programa PAI y 4 enfermeras y 2 médicos.
- En el 2019 se actualizó la política IAMII.

3.10.9 RECOMENDACIONES PAI

- Tener en cuenta la experiencia, antigüedad y calidad del trabajo desarrollado para la contratación para el personal de OPS.
- Instalar el 100% de aires acondicionados a los consultorios PAI
- Continuar perfeccionado el sistema de monitoreo digital de temperaturas
- Dotar al equipo extramural y central PAI de equipos de cómputo más eficientes
- Personal PAI exclusivo en servicios de alto flujo de pacientes como IPC
- Disponer de transporte para distribución de biológicos y personal extramural PAI
- Certificar en la competencia al 100% del personal de enfermería de sala de partos

3.11 PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA “LA MAGIA DEL AMOR”

Maternidad Segura “La Magia del Amor”, es un programa institucional bandera de la ESE ISABU, está dirigido a todas las gestantes de la ciudad de Bucaramanga, sin barreras en el acceso a los servicios de salud, garantizando una atención integral, con calidad y oportunidad que conlleve a un embarazo y parto saludable, cuidando del binomio Madre e Hijo y disminuyendo las complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y por ende impactando positivamente en la tasa de mortalidad materna, perinatal e infantil, en nuestra ciudad.

El programa dio inicio a su funcionamiento en el mes de Febrero de 2017 con dos ginecobstétricas ubicados en la sede UIMIST. Para la vigencia 2019 el programa fue extendido, con el fin de ampliar cobertura y facilitar el acceso de la gestante; hoy, se presta atención en la Unidad Intermedia Materno infantil Santa Teresita UIMIST con una (1) ginecóloga especialista en obstetricia y en el Centro de Salud Café Madrid con dos (2) ginecólogos obstetras, teniendo en cuenta la concentración de población en las comunas.

Con la atención prenatal, nuestras gestantes inician el control del embarazo en los veintidós (22) Centros de Salud, y/o en las dos (2) Unidades Hospitalarias: Unidad Intermedia Materno infantil Santa Teresita UIMIST o el Hospital Local del Norte HLN; cercanos a su residencia o el de su predilección, siempre encuentran un grupo de médicos y Profesionales de la salud, comprometidos con la atención integral durante el embarazo, el curso de preparación de la maternidad y paternidad, realizado con todo el cuidado y amor para el recibimiento del nuevo miembro de la familia.

Los Profesionales de Enfermería, de los Centros de Salud de ISABU, llevan un registro cuidadoso de cada una de las maternas en las bases de datos, para realizar el seguimiento personalizado a través de llamadas y visitas familiares del personal auxiliar, para garantizar la atención en salud que requiere la gestante.

3.11.1 OBJETIVO

Reclasificar a la gestante, por medio de un control – valoración y ecografía de tamizaje el cual es realizado por médicos especialistas en ginecobstetricia en el primer y tercer trimestre del embarazo, con el fin de aplicar criterios más acertados y definir la continuidad del Control Prenatal, según el nivel de atención que requiera la gestante y dar continuidad al plan de seguimiento por la enfermera Profesional del centro de salud, garantizando que se realicen los controles de acuerdo a la clasificación del embarazo

3.11.2 ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA

La canalización de las maternas al programa; se realiza desde la captación de la gestante al programa de control prenatal, se remiten al 100% de las gestantes desde los centros de salud a consulta especializada a la UIMIST o Centro de salud Café Madrid. Para lo cual se habilitó la asignación de citas desde cada centro de salud por la enfermera Profesional del programa, a fin de evitar filas y barreras de acceso a la gestante. Esta consulta es un valor agregado del control prenatal regular.

Atención en el programa: La gestante asiste el día y hora señalada por la enfermera de cada centro de salud de ISABU, a la UIMIST o Centro de Salud Café Madrid, a su consulta con el obstetra, en la cual se aborda a la gestante así:

Valoración Obstétrica en la semana 12 a la 24 de gestación o desde la captación, se realizará el control de clasificación de riesgo obstétrico y la toma de la ecografía de tamizaje, realizado por obstetras, para garantizar la adecuada clasificación de la gestante.

- Verificación de que los paraclínicos se hayan solicitado, tomado e interpretado de manera correcta.
- Revisión de que la paciente porte el carnet prenatal y verificación de que los resultados de los paraclínicos estén registrados en el mismo, así como la fecha límite para la terminación de la gestación en la semana 40.
- Se capacita en anticoncepción durante la consulta haciendo énfasis en los métodos de larga duración.
- Una vez clasificadas se activa el plan de seguimiento por la enfermera Profesional del centro de salud, realizando seguimiento y garantizando que se realicen los controles de acuerdo a la clasificación del embarazo.

Valoración obstétrica para determinar vía de parto: En la semana 36, las maternas captadas en el programa deberán ser remitidas al especialista de la UIMIST o Centro de Salud Café Madrid para que de acuerdo a criterios obstétricos y/o fetales defina vía del parto y el nivel de complejidad para la Atención del Parto.

- Se realiza el control, valoración y la toma de la ecografía por obstetra, para clasificar la atención del parto.
- Verificación de que los paraclínicos se hayan solicitado, tomado e interpretado de manera correcta.
- Vigilancia del crecimiento fetal haciendo énfasis en la fecha de semana 40 recordando a la usuaria que el parto puede darse en cualquier semana y que una proporción del 10% es en la semana de la semana 36.
- Revisión de que la paciente porte el carnet prenatal y verificar que los resultados de los paraclínicos estén registrados en el mismo, así como la fecha límite de gestación de la semana 40.
- Educación en anticoncepción durante la consulta haciendo énfasis en los métodos de larga duración.

Dada la educación necesaria durante los controles prenatales y en el curso de preparación para la Maternidad y paternidad con relación a los signos de alarma y reconocimiento del estado gestacional, la embarazada está en capacidad de identificar el inicio del trabajo de parto, la ESE ISABU cuenta con un número de celular de atención exclusiva del programa “La Magia del Amor” el cual es atendido por el personal de enfermería, donde vía telefónica se darán indicaciones de cuidado, signos y síntomas que se pueden presentar mientras se modula y traslada la ambulancia asignada para el programa a la vivienda de la paciente, para que posteriormente se dirija a cualquiera de las 2 unidades hospitalarias de la preferencia, sea a la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita UIMIST o al Hospital Local del Norte HLN para la valoración y atención el parto.

3.11.3 PRUEBAS DE EMBARAZO SIN BARRERA

La estrategia de CAPGEST que inició desde el 23 de abril 2018 y con corte a 30 de diciembre de la vigencia ha sido aplicada en cada unidad operativa de la Red de

Prestadores, sin mediar ninguna autorización y sin ninguna barrera para todas las usuarias y ha arrojado los datos siguientes:

TABLA 365 PRUEBAS DE EMBARAZO TOMADAS EN LA ESTRATEGIA SIN BARRERAS 2018

Total ISABU 2018	Pruebas Tomadas	5972
Abril - Diciembre	Positivas	1771
	Negativas	4201
	Canalización CPN	1775
	Canalización A PF	3948
% Eficiencia	% Eficiencia Planificación Familiar	94%
	% Eficiencia Ingreso Al Programa De Control Prenatal	100%

Fuente: CAPGEST – Promoción y Prevención (CPN)

TABLA 366 PRUEBAS DE EMBARAZO TOMADAS EN LA ESTRATEGIA SIN BARRERAS 2019

Total ISABU 2019	Pruebas Tomadas	7332
Enero - Diciembre	Positivas	2715
	Negativas	4617
	Canalización CPN	2712
	Canalización a PF	4617
% Eficiencia	% Eficiencia Planificación Familiar	98%
	% Eficiencia Ingreso Al Programa De Control Prenatal	99.3%

Fuente: CAPGEST – CNT Promoción y Prevención

Las tablas relacionadas muestran la eficiencia de la estrategia en las pruebas de embarazo sin barreras, canalizando a las usuarias adecuadamente y oportunamente a los programas de promoción y prevención según el resultado del examen. Desde el inicio del programa abril de 2018 a la fecha 31 de diciembre de 2019, se han realizado 13.304 Pruebas de embarazo a mujeres en edad fértil. Se evidencia el No ingreso del 100% al CPN, dado que algunas mujeres optaron por interrupción voluntaria del embarazo. Tampoco se evidencia el 100% canalizada al programa de planificación familiar dado que algunas de las usuarias deseaban su embarazo.

El programa de la Magia del Amor concluye con la atención del parto ya sea vaginal o Cesárea y la correspondiente programación para la valoración o consulta de posparto y de Recién Nacido.

A las usuarias se les da un valor agregado y es el traslado en ambulancia desde su vivienda a la Unidad Hospitalaria de su preferencia de la Red ESE ISABU informando el inicio del trabajo de parto comunicándose por llamada telefónica.

El programa se monitorea y evalúa mensualmente; además se realiza seguimiento a insistentes, con el fin de mejorar la adherencia de las gestantes, complementando además de las atenciones de medicina se realiza educación individual y colectiva como es el curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Finalizado el ciclo de atención de la Ruta Materno perinatal, la madre y el recién nacido se les asigna la cita de control pos parto de binomio madre e hijo en el lugar en el que esté zonificada, así mismo se canaliza a los programas de promoción y prevención tales como Crecimiento y Desarrollo y PAI, y la madre a Planificación Familiar.

3.11.4 EJECUCIÓN

3.11.4.1 PRODUCCIÓN VIGENCIA 2017

TABLA 367 ESTADÍSTICAS DEL PROGRAMA MAGIA DEL AMOR CONSULTAS GINECOBSTERICIA - ECOGRAFÍAS VIGENCIA 2017

Año	Programadas	Inasistentes	Total Ecografías	Total Consultas Especializadas
2017 Febrero – Diciembre	2.545	406	2.139	2.139

Fuente: Programa Magia del Amor Vigencias 2017

Gestantes Captadas Antes De La Semana 12 De Gestación

TABLA 368 ESTADÍSTICAS DEL PROGRAMA MAGIA DEL AMOR GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 VIGENCIA 2017

Año: 2017		I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total anual
Proporción	Resultado	66%	63%	56%	56%	60%
	Meta	85%	85%	85%	85%	85%

Fuente: Indicador de proporción de gestantes captadas antes de la semana 12, año 2017.

3.11.4.2 PRODUCCIÓN VIGENCIA 2018

TABLA 369 ESTADÍSTICAS DEL PROGRAMA MAGIA DEL AMOR CONSULTAS GINECOBSTERICIA - ECOGRAFÍAS VIGENCIA 2018

Año	Programadas	Inasistentes	Total Ecografías	Total Consultas Especializadas
2018 Enero – Diciembre	2643	481	2.162	2.162

Fuente: Programa Magia del Amor Vigencias 2017 – 2019

Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación

TABLA 370 ESTADÍSTICAS DEL PROGRAMA MAGIA DEL AMOR GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 VIGENCIA 2018

Año: 2018		I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total anual
Proporción	Resultado	61%	65%	70%	67%	65.75%
	Meta	85%	85%	85%	85%	85%

Fuente: Indicador de proporción de gestantes captadas antes de la semana 12, año 2018.

3.11.4.3 PRODUCCIÓN VIGENCIA 2019

TABLA 371 INFORME DE PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA VIGENCIAS 2019 MAGIA DEL AMOR

N°	Actividad	Cantidad realizada
1	Consulta Especializada	2,436
2	Ecografía transabdominal	2,436
3	Toma de signos vitales	2,436
4	Demanda inducida/Búsqueda de Gestantes	521

TABLA 372 ESTADÍSTICAS DEL PROGRAMA MAGIA DEL AMOR CONSULTAS GINECOBSTETRICIA - ECOGRAFÍAS VIGENCIA 2018

Año	Programadas	Inasistentes	Total Ecografías	Total Consultas Especializadas
2019 Enero – Diciembre	2957	521	2436	2436

Fuente: Programa Magia del Amor Vigencias 2017 – 2019

Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación

TABLA 373 ESTADÍSTICAS DEL PROGRAMA MAGIA DEL AMOR GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 VIGENCIA 2019

Año: 2019		I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total anual
Proporción	Resultado	72%	70%	71%	71%	71%
	Meta	85%	85%	85%	85%	85%

Fuente: Indicador de proporción de gestantes captadas antes de la semana 12, año 2019.

Atenciones Totales “Programa Maternidad Segura La Magia Del Amor”

TABLA 374 TOTAL DE ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA 2017 - 2019

Año	Total Ecografías	Total Consultas Especializadas
2017 Febrero – Diciembre	2,139	2,139
2018 Enero – Diciembre	2,162	2,162
2019 Enero – Diciembre	2,432	2,436
Total	5.994	5.994

Fuente: Programa Magia del Amor Vigencias 2017-2019

Análisis Comparativo

En producción de la vigencia “Programa Maternidad Segura La Magia Del Amor” 2017 – 2019, el programa realizó 5.994 atenciones totales, cada una de ellas con su ecografía de tamizaje y clasificación del riesgo, en el periodo transcurrido desde el mes de febrero de 2017 a diciembre de 2019.

Así mismo los nacimientos de las gestantes nacionales se han incrementado significativamente a partir del 2017, año en el cual se dio inicio al Programa Maternidad Segura “La Magia del Amor” de la ESE ISABU, hasta la fecha.

En cuanto a Pruebas De Embarazo Sin Barrera las tablas relacionadas muestran la eficiencia de la estrategia en las pruebas de embarazo sin barreras, canalizando a las usuarias adecuadamente y oportunamente a los programas de promoción y prevención según el resultado del examen. Desde el inicio del programa abril de 2018 a la fecha 31 de diciembre de 2019, se han realizado 11.394 Pruebas de Embarazo a mujeres en edad fértil.

En Gestantes Captadas Antes De La Semana 12 De Gestación, el promedio de captación de gestantes antes de la semana 12 de la vigencia de 2017 fue del 60%; mientras que este mismo indicador en la vigencia anual 2018 fue de 66%, lo cual indica el asertividad de la estrategia de pruebas de embarazo sin barreras y una variación positiva del 10% en 2018 respecto a 2017. En 2019 se alcanzó el 71% de captación de gestantes con una variación positiva del 7,5% respecto a 2018.

3.11.5 LOGROS “PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA LA MAGIA DEL AMOR

Se recibe Reconocimiento Nacional “MATERNIDAD SEGURA LA MAGIA DEL AMOR”, en el marco del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en la Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoció la experiencia exitosa del programa Maternidad Segura: ‘La Magia del Amor’, que desde hace unos años implementó con éxito la ESE ISABU, Instituto de Salud de Bucaramanga.

En la certificación entregada al ISABU por el Ministro de Salud y Protección Social, Doctor Juan Pablo Uribe Restrepo manifiesta que: “el programa promueve mejores desenlaces en salud y el bienestar de los pacientes a través de la prestación de servicios con calidad”.

La ESE ISABU sigue siendo reconocida por una excelente gestión en el programa "Maternidad Segura la Magia del Amor" a través del cual se está garantizando que todas las mujeres accedan a los programas de control prenatal y planificación familiar sin ningún tipo de barreras administrativas.

Fotografía 39. Reconocimiento Estrategia exitosa Maternidad Segura la Magia del Amor



3.11.6 RECOMENDACIONES “PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA LA MAGIA DEL AMOR”

Dar continuidad a la Estrategia de Maternidad Segura “La Magia del Amor” el cual ha traído los siguientes beneficios:

- Mejoramiento del Indicador de la Resolución 408: Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación.
- Asignación de cita para Atención del Binomio Madre e Hijo.
- Ingreso temprano al Programa de Planificación Familiar.
- **I**dentificación temprana de alteraciones
- Aumento en la atención del parto institucional en la ESE ISABU.

3.12 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Generación de información epidemiológica, proveniente de la dinámica del sistema nacional de vigilancia en salud pública sivigila y de la continuidad de la investigación de campo de los eventos de interés en salud pública notificados a la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga (SSAB), teniendo en cuenta los protocolos de los EISP y lineamientos en salud pública vigentes establecidos por el Instituto Nacional de Salud (INS).

3.12.1 OBJETIVO

Prestar servicios de apoyo desarrollando las actividades de campo relacionadas con la inspección, vigilancia y control epidemiológico de las enfermedades de interés en salud pública notificadas al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, con énfasis en la promoción y prevención de la salud en el municipio de Bucaramanga durante la vigencia 2016-2019.

3.12.2 ALCANCE

El sistema de vigilancia fue construido para ser dinámico, flexible, aceptable, representativo y oportuno; con el fin de desencadenar la respuesta en salud e implementar acciones específicas de fortalecimiento institucional y comunitario de la entidad territorial desde el enfoque de la gestión del riesgo y la atención primaria individual, colectivo y regional. En este sentido, la visita domiciliaria en el contexto de la respuesta de vigilancia epidemiológica, es necesaria y requerida por la normatividad en salud pública (Decreto 0780 de 2016), en el entendido que es una actividad que está destinada para hacer una investigación epidemiológica del caso índice de una enfermedad que este bajo vigilancia, de un evento emergente- re/emergente o de algún evento de interés en salud pública de riesgo para la salubridad de la población. La investigación epidemiológica de campo se configura como el conjunto de actividades de carácter sanitario y social que actúa en el individuo, la familia y su entorno, buscando potenciar las estrategias para detener la propagación de enfermedades y/o la intervención oportuna en la cadena de transmisión de los eventos de interés en salud pública. Así mismo, constituye el instrumento que permite conocer el entorno en el que vive el individuo y su familia, su lugar y hábitos de alimentación, descanso, uso de tiempo libre y relación con el grupo primario.

3.12.3 TALENTO HUMANO DISPONIBLE EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

TABLA 375 TALENTO HUMANO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Profesión	Nombre	Tipo de Vinculación	Horas Mes
Auxiliar enfermería	Elizabeth León	Planta	180
Auxiliar enfermería	Claudia Janeth Jaimes Caballero	Planta	180
Auxiliar enfermería	Liseth Tatiana Carvajal	Planta	180
Auxiliar enfermería	Arley Sulay Gamarra Flores	Planta	180
Auxiliar enfermería	Nelly Rey Rey	Planta	180
Epidemióloga	Martha Elena Goyeneche Arenas	CPS	NA

Fuente: Programa Vigilancia Epidemiológica ESE ISABU, 2019

3.12.4 INFORMACIÓN CONTRACTUAL GENERAL 2016 A 2019 EN VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA

La Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, contrató con la ESE ISABU durante los años 2016, 2017, 2018 y 2019, las actividades de vigilancia en salud pública. Se puede observar una ejecución del 100 % de las actividades programadas según plan de acción en todas las vigencias.

TABLA 376 INFORME DE CONTRATACIÓN PROGRAMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Recursos Asignados por Vigencias					
Vigencia	Plazo del contrato	Valor del Contrato	Valor adicional	Valor Ejecutado	Porcentaje de Ejecución
2016	3 Meses	\$270.000.000	\$0	\$270.000.000	100%
2017	11 Meses	\$525.000.000	\$0	\$525.000.000	100%
2018	11 Meses, 25 Días	\$540.000.000	\$0	\$540.000.000	100%
2019	12 Meses	\$571.000.000	\$0	\$571.000.000	100%

Fuente: Programa Vigilancia Epidemiológica ESE ISABU, 2019

3.12.5 ACTIVIDADES REALIZADAS EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL PERIODO

Durante los años 2016-2019, el área de vigilancia en salud pública de la ESE ISABU, desarrolló actividades de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con los eventos de interés en salud pública que presentaron los usuarios y demás población del municipio con necesidad de intervención por medio de investigaciones epidemiológicas de campo.

Descripción de Actividades de Vigilancia en Salud Pública Realizadas Durante los Años 2016-2019

TABLA 377 ACTIVIDADES VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VIGENCIAS 2016 - 2019

Actividad	% Cumplimiento
Gestión y seguimiento de los eventos de interés en salud pública notificados por la ESE ISABU al municipio de Bucaramanga.	100% seguimiento a los 8.971 casos
Seguimiento y control en el programa de vigilancia integrada de rabia humana.	100%
Gestión y cumplimiento de indicadores del Sistema de Vigilancia Epidemiología de la ESE ISABU – SIVIGILA y bases de datos RUAF SIVIGILA.	100%

Fuente: Sivigila ESE ISABU

3.12.6 RESULTADOS O LOGROS OBTENIDOS EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Cumplimiento en indicadores de oportunidad, calidad del dato y concordancia de los eventos de interés en salud pública de la ESE ISABU.

Evaluación satisfactoria en auditorías internas, de EPS y el municipio en el área de vigilancia epidemiológica.

3.12.7 INDICADORES DE GESTIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

TABLA 378 INDICADORES DE GESTIÓN EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA VIGENCIAS 2016 - 2019

Indicador	Porcentaje
% De oportunidad en SIVIGILA.	100,0 %
% De ajustes realizados*	70,0 %
% De concordancia RUAF – SIVIGILA	100,0 %
% De búsqueda activa institucional del año	80,0 %

Fuente: Sivigila ESE ISABU

* El porcentaje de ajustes no es del 100% debido a que dependemos de resultados de laboratorio externos a la ESE ISABU (Dengue, Leptospirosis, Tosferina)

3.12.8 EVENTOS DE NOTIFICACIÓN DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA 2016 - 2019

TABLA 379 EVENTOS DE NOTIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA VIGENCIAS 2016 - 2019

Evento	I Trim 2016	I Trim 2017	I Trim 2018	I Trim 2019	II Trim 2016	II Trim 2017	II Trim 2018	II Trim 2019	III Trim 2016	III Trim 2017	III Trim 2018	III Trim 2019	IV Trim 2016	IV Trim 2017	IV Trim 2018	IV Trim 2019	Total
Accidente ofídico	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	4	0	0	0	1	11
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	77	63	88	86	87	68	59	112	60	75	82	89	77	66	85	89	1263
Bajo peso al nacer	5	7	8	6	4	7	6	6	2	3	4	5	4	6	4	2	79
Cáncer de la mama y cuello uterino	5	0	0	9	0	0	8	6	0	0	3	0	0	0	2	6	39
Chagas	1	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	7
Chikungunya	18	2	0	0	25	0	0	5	4	3	2	1	1	0	2	2	65
Defectos congénitos	0	3	1	2	5	2	1	10	2	1	2	1	1	3	0	9	43
Dengue	150	12	20	81	140	16	44	196	36	25	67	243	26	15	82	181	1334
Desnutrición aguda en menores de 5 años	1	3	6	19	18	7	18	13	14	6	16	21	4	9	19	19	193
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	2	0	8
Evento adverso seguido a la vacunación	0	4	1	0	4	1	1	2	1	2	1	0	0	0	0	2	19
Endometritis puerperal	0	2	0	2	0	3	0	3	3	1	3	1	0	1	0	1	20
Hepatitis A	0	1	4	2	0	3	0	8	0	3	1	7	1	0	1	3	34
Hepatitis B, C y confección hepatitis B y delta	3	1	0	0	4	1	2	2	1	1	1	2	0	0	0	3	21
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimientos médico quirúrgicos	0	4	0	4	0	5	0	5	0	9	0	9	1	18	1	18	74
Intento de suicidio	8	8	19	22	5	14	18	33	8	17	20	23	14	22	23	16	270
Intoxicaciones	5	5	13	2	4	16	11	16	9	27	5	7	10	26	17	6	179
Leishmaniasis cutánea	2	4	7	8	4	3	8	6	4	3	1	4	0	3	4	4	65
Leishmaniasis mucosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2

Lepra	0	2	0	1	0	0	0	2	1	1	1	0	1	1	1	1	12
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4
Lesiones de causa externa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6
Malaria	1	3	1	6	0	0	8	6	1	4	3	8	0	3	8	7	59
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Morbilidad materna extrema	9	9	8	18	8	20	12	6	11	15	11	10	10	24	10	8	189
Mortalidad materna	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	2	3	7	3	3	0	2	5	3	3	0	1	3	3	0	1	39
Parotiditis	2	2	4	5	2	4	1	5	3	4	1	1	4	0	3	4	45
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Sífilis congénita	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	2	0	3	1	1	11
Sífilis gestacional	6	8	5	25	10	7	15	24	7	9	22	28	7	10	23	31	237
Tos ferina	0	1	7	2	0	7	3	6	1	1	1	5	1	4	9	7	55
Tuberculosis	46	47	33	27	36	35	23	24	42	32	23	29	29	53	22	23	524
Tuberculosis fármaco resistente	0	1	0	0	2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	8
Varicela individual	77	68	21	30	92	90	35	36	80	60	24	28	56	36	23	54	810
Vigilancia centinela de síndrome febril/ictérico/hemorrágico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	12
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	258	179	58	57	251	224	62	58	224	98	53	62	255	56	41	72	2008
Vigilancia integrada de rabia humana	77	63	86	0	87	68	15	0	61	75	0	0	77	67	1	22	699
VIH/sida/mortalidad por sida	2	6	9	22	6	10	22	25	6	10	20	18	10	10	18	1	195
Zika	133	1	0	0	167	0	0	0	18	2	0	0	1	0	0	0	322
Total	894	514	409	441	964	615	376	623	605	497	367	613	609	443	404	597	8971

Fuente: Secretaría de Salud Municipal.

3.13.9 NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE MORBILIDAD PRESENTADOS DURANTE LA GESTACIÓN, 5 PRINCIPALES CAUSAS 2016 -2019

TABLA 380 NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE MORBILIDAD PRESENTADOS DURANTE LA GESTACIÓN, 5 PRINCIPALES CAUSAS VIGENCIAS 2016 - 2019

Principales 5 causas	2016	2017	2018	2019	Total
1. Preclamsia severa	16	41	35	20	112
2. Hemorragia	11	6	10	13	40
3. Falla renal	2	4	2	7	15
4. Eclampsia	6	2	3	4	15
5. Falla hepática	1	0	5	3	9

Fuente: Sivigila ESE ISABU

3.12.10 UNIDADES DE ANÁLISIS

Se realizaron unidades de análisis para los siguientes eventos:

- Morbilidad materna extrema
- ESAVI: Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación o Inmunización
- Mortalidad perinatal
- Mortalidad materna
- Mortalidad menor 1 año
- Mortalidad TB/VIH
- Sarampión confirmado
- Sífilis congénita

3.12.11 PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y ELIMINACIÓN DE LA LEPROSIS VIGENCIAS 2016 - 2019

TABLA 381 PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y ELIMINACIÓN DE LEPROSIS VIGENCIAS 2016 - 2019

Evento	2016	2017	2018	2019	Total
Casos nuevos de Tuberculosis	78	86	82	100	346
Casos nuevos multi drogoresistentes	3	4	1	1	9
Casos nuevos Lepra	2	4	2	4	12
Total	83	94	85	105	367

Fuente: Sivigila ESE ISABU

3.12.11.1 PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

La ESE ISABU diagnosticó un total de 346 casos nuevos de tuberculosis, los cuales ingresaron al programa durante los años 2016 a 2019.

Desde otras IPS del municipio fueron diagnosticados 191 pacientes con TB, que ingresaron al programa de la ESE ISABU durante los años 2016 a 2019.

Al 100% de los pacientes diagnosticados nuevos se les realizó la prueba de VIH.

Se realizó valoración y apoyo por psicología a los pacientes diagnosticados, con el objetivo de lograr adhesión al tratamiento y evitar abandonos o pérdidas de continuidad.

A la fecha se encuentran en tratamiento de tuberculosis 89 pacientes.

3.12.11.2 PROGRAMA DE LEPRO

La ESE ISABU diagnosticó un total de 12 casos nuevos de Lepra, los cuales ingresaron al programa durante los años 2016 a 2019.

Desde otras IPS del municipio fueron diagnosticados 7 pacientes diagnosticados con Lepra, que ingresaron al programa de la ESE ISABU durante los años 2016 a 2019.

A la fecha se encuentran en tratamiento 3 pacientes.

3.12.12 EVALUACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Realización de comité de vigilancia epidemiológica COVE Institucional de manera mensual. Revisión de la adherencia y aplicación a la norma vigente.

Realización de seguimiento de casos y ajustes de tratamiento mancomunadamente con el laboratorio clínico de HLN y SSAB.

Revisión de casos notificados en SIVIGILA

3.12.13 LOGROS PROGRAMAS DE TBC Y LEPRO

Respuesta oportuna a brotes presentados en el municipio de Bucaramanga a través del equipo de respuesta inmediata.

Vigilancia del 100% de los eventos interés en salud pública que han sido priorizados por la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga.

Adherencia de pacientes con eventos de interés en salud pública (tuberculosis, sífilis gestacional, desnutrición aguda en menores de 5 años, morbilidad materna extrema para ingreso al programa de planificación familiar, plan ampliado de inmunizaciones PAI), tras pérdidas de seguimiento.

Para el año 2019, mediante Resolución 0342 de 2019, se creó el comité de vigilancia epidemiológica COVE donde se incluyó el análisis de estadísticas vitales y mortalidad de la ESE ISABU, definiéndose como el equipo multidisciplinario que orienta el conjunto de acciones dirigidas a la toma de decisiones de prevención y control de los estados de salud de la población objeto, el análisis de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) en la ESE ISABU.

La realización del comité de vigilancia epidemiológica COVE, se organizó con la estructura de desarrollar un tema central para cada mes de acuerdo a lo establecido por la subdirección científica, teniendo un espacio de análisis específico, un tema de alertas que corresponde al espacio en que se dan indicaciones específicas sobre cambios en la vigilancia, nuevos eventos y alertas en salud pública.

3.12.14 Recomendaciones Programas de TBC y LEPR

Teniendo en cuenta lo estipulado en la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Decreto 1601 de 1984, Decreto 2323 de 2006, Decreto 0780 de 2016, se requiere de forma obligatoria garantizar la continuidad de personal necesario para realizar la vigilancia en Salud Pública. Así mismo el reglamento sanitario internacional (RSI) obliga a los países y territorios alcanzar y mantener las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, bajo el argumento que países, entidades territoriales y prestadores de servicios de salud que no cuenten con el personal necesario para detectar y responder ante una emergencia en salud pública, poniendo en riesgo a la población en general y en algunos casos a la región; por lo anterior, se recomienda continuidad en la contratación, teniendo en cuenta que los eventos en salud son el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad, además la vigilancia epidemiológica un proceso sistemático y continuo, no es recomendable dejar periodos de tiempo sin realizar las actividades inherentes al programa para así poder identificar, prevenir o controlar cualquier evento que afecte la salud de la población.

3.13 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad, es decir del estado de salud de una población, cuya descripción requiere identificar las características que la definen. Entre estas se encuentra la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

Para el desarrollo de las áreas misionales, conocer las primeras causas de consulta y su distribución por variables epidemiológicas y sociodemográficas es de gran importancia, no solo porque beneficia a los usuarios al aportar información para el mejoramiento de los servicios que se prestan, sino también le permite al área asistencial orientar sus esfuerzos a mejorar la calidad de la atención, mediante la elaboración de guías de práctica clínica que estandarizan la atención de los pacientes por las patologías específicas que más consulta generan.

En el caso de perfiles epidemiológicos institucionales, el comportamiento de la morbilidad expresa solamente aquellos casos atendidos y su principal limitante es debida a que los registros generados no contienen información adicional que permita identificar factores de riesgo. Sin embargo, a partir de la agrupación de diagnóstico, se obtiene un panorama global de las condiciones de salud de la población. Se presenta a continuación las tablas resumen del perfil epidemiológico de la población usuaria de los servicios de salud de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) correspondiente a año de la vigencia 2016 - 2019.

La morbilidad y mortalidad se caracterizó a través de la integración de la información de registros administrativos. Las fuentes de información secundarias fueron: los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), generados por el Sistema de Información CNT– PANACEA de la institución de las personas según régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), grupos de edad, sexo, los diagnósticos de egreso hospitalario y los de atención en los servicios de urgencias y consulta externa que consultaron la ESE ISABU en el periodo analizado, la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) que entregan las entidades promotoras de salud (EPS), la Base de Datos del Registro Único de Afiliados – Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND) y la Base de Datos de Sala de Partos para la caracterización de la población activa. Los datos fueron procesados y analizados en hojas de cálculo de Excel en términos de frecuencias absolutas y relativas. Ver Anexos Perfiles Epidemiológicos 2016, 2017, 2018 y 2019.

3.13.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS GENERALES Y HOSPITALIZACIÓN 2016

TABLA 382 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA VIGENCIA 2016

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad por Consulta Externa (CIE10)	Total
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	22.234
2	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.519
3	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	4.330
4	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	4.279
5	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	3.881
6	R51X	Cefalea	3.875
7	B349	Infección viral, no especificada	3.454
8	M545	Lumbago no especificado	3.341
9	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.775
10	M255	Dolor en articulación	2.763
			55.451

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2016

TABLA 383 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA DE URGENCIAS VIGENCIA 2016

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Consulta por Servicio De Urgencias Generales (CIE10)	Total
1	R509	Fiebre, no especificada	3.309
2	R102	Dolor pélvico y perineal	2.542
3	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	2.186
4	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.730
5	J459	Asma, no especificada	1.239
6	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.044
7	B349	Infección viral, no especificada	1.008
8	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	997
9	R520	Dolor agudo	905
10	K040	Pulpitis	867
			15.827

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2016

TABLA 384 CAUSAS DE MORBILIDAD DE MORBILIDAD HOSPITALARIA VIGENCIA 2016

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad Hospitalaria (CIE10)	Total
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	269
2	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	81
3	L031	Celulitis de otras partes de los miembros	71
4	J159	Neumonía bacteriana, no especificada	66
5	J189	Neumonía, no especificada	60
6	O034	Aborto espontaneo: incompleto, sin complicación	58
7	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	56
8	R509	Fiebre, no especificada	49
9	J459	Asma, no especificada	48
10	N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	48
			806

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2016

3.13.2 Principales Causas de Morbilidad de Consulta Externa, Urgencias Generales y Hospitalización 2017

TABLA 385 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA VIGENCIA 2017

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad por Consulta Externa (CIE10)	Total
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	24.354
2	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	6.508
3	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	5.065
4	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.867
5	R51X	Cefalea	4.160
6	M545	Lumbago no especificado	4.060

7	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.122
8	M255	Dolor en articulación	2.800
9	R42X	Mareo y desvanecimiento	2.765
10	E782	Hiperlipidemia mixta	2.222
			59.923

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2017

TABLA 386 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA DE URGENCIAS VIGENCIA 2017

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Consulta por Servicio De Urgencias Generales (CIE10)	Total
1	R509	Fiebre, no especificada	4.933
2	R102	Dolor pélvico y perineal	3.527
3	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	2.562
4	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.090
5	K040	Pulпитis	1.691
6	R501	Fiebre persistente	1.208
7	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.152
8	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.085
9	K021	Caries de la dentina	1.075
10	J459	Asma, no especificada	1.057
			20.380

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2017

TABLA 387 CAUSAS DE MORBILIDAD DE MORBILIDAD HOSPITALARIA VIGENCIA 2017

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad Hospitalaria (CIE10)	Total
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	239
2	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	123
3	K359	Apendicitis aguda, no especificada	98
4	J159	Neumonía bacteriana, no especificada	87
5	J189	Neumonía, no especificada	85
6	R509	Fiebre, no especificada	74
7	L031	Celulitis de otras partes de los miembros	68
8	J459	Asma, no especificada	63
9	L032	Celulitis de la cara	61
10	R100	Abdomen agudo	51
			949

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2017

3.13.3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS GENERALES Y HOSPITALIZACIÓN 2018

TABLA 388 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA VIGENCIA 2018

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad por Consulta Externa (CIE10)	Total
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	25.763
2	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	5.527
3	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	4.888
4	R51X	Cefalea	4.502
5	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3.841
6	M545	Lumbago no especificado	3.719
7	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	3.173
8	M255	Dolor en articulación	3.007
9	E109	Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación	2.816
10	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.569
			59.805

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2018

TABLA 389 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA DE URGENCIAS VIGENCIA 2018

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Consulta por Servicio De Urgencias Generales (CIE10)	Total
1	R509	Fiebre, no especificada	7.468
2	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	4.120
3	R102	Dolor pélvico y perineal	3.595
4	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.517
5	R520	Dolor agudo	1.611
6	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.525
7	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.368
8	K021	Caries de la dentina	1.280
9	J459	Asma, no especificada	1.114
10	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	984
			25.582

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2018

TABLA 390 CAUSAS DE MORBILIDAD DE MORBILIDAD HOSPITALARIA VIGENCIA 2018

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad Hospitalaria (CIE10)	Total
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	360
2	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	174
3	R509	Fiebre, no especificada	153
4	J189	Neumonía, no especificada	136
5	R100	Abdomen agudo	134
6	J159	Neumonía bacteriana, no especificada	117
7	K353	Apendicitis aguda con peritonitis localizada	102
8	L031	Celulitis de otras partes de los miembros	97
9	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	96

10	L032	Celulitis de la cara	87
			1.456

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2018

3.13.4 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS GENERALES Y HOSPITALIZACIÓN 2019

TABLA 391 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA VIGENCIA 2019

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad por Consulta Externa (CIE10)	Total
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	28.415
2	K021	Caries de la dentina	11.076
3	E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	6.447
4	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	5.303
5	N390	Infecciones de vías urinarias, sitio no especificado	4.183
6	R51X	Cefalea	3.969
7	M545	Lumbago no especificado	3.550
8	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	3.366
9	E039	Hipotiroidismo, no especificado	3.153
10	E109	Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación	2.965
			72.427

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2019

TABLA 392 CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA DE URGENCIAS VIGENCIA 2019

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Consulta por Servicio De Urgencias Generales (CIE10)	Total
1	R509	Fiebre, no especificada	12.061
2	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	4.250
3	R102	Dolor pélvico y perineal	3.949
4	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3.946
5	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.912
6	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2.482
7	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	1.866
8	J459	Asma, no especificada	1.741
9	N40X	Hiperplasia de la próstata	1.576
10	R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	1.544
			37.327

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2019

TABLA 393 CAUSAS DE MORBILIDAD DE MORBILIDAD HOSPITALARIA VIGENCIA 2019

Nº	Código CIE10	10 Principales Diagnósticos de Morbilidad Hospitalaria (CIE10)	Total
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	334
2	A90X	Fiebre del dengue [dengue clásico]	207
3	J159	Neumonía bacteriana, no especificada	172
4	L031	Celulitis de otras partes de los miembros	144
5	J189	Neumonía, no especificada	129
6	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	95
7	R509	Fiebre, no especificada	85
8	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	63
9	J459	Asma, no especificada	58
10	N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	48
			1.335

Fuente: Registros individuales de prestación de servicios RIPS, 2019

3.14 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

El Plan de Intervenciones Colectivas está compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos, los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio.

3.14.1 OBJETIVOS

Impactar positivamente los determinantes sociales de la salud, e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas de alta externalidad en salud desarrolladas a lo largo del curso de la vida.

3.14.2 ALCANCE

Es obligatorio, universal y gratuito; así mismo, su planeación y ejecución se realiza como parte integral del Plan Territorial de Salud. Bajo estas premisas, la Resolución 518 de 2015 delimita las acciones a cargo de las entidades territoriales en el marco de la Gestión de la Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas, a fin de fortalecer y canalizar los esfuerzos de las entidades territoriales para que adquieran mayor capacidad de liderazgo, gobernanza y gestión de la salud en sus territorios. Ejecutar de manera integrada e integral en los entornos, hogar, educativo, comunitario y laboral.

3.14.3 EJECUCIÓN PIC

Las intervenciones Colectivas priorizan dentro su planeación las siguientes intervenciones dentro de los entornos las cuales se ajustan según las actividades a realizar en El Plan Operativo Anual de Inversiones POAI del Municipio de Bucaramanga.

- Caracterización social y ambiental del entorno hogar
- Información en salud
- Educación y comunicación para la salud
- Prevención y control de vectores
- Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales
- Zonas de orientación y centros de escucha
- Tamizaje
- Jornadas de salud

3.14.4 INFORMACIÓN CONTRACTUAL GENERAL 2016 A 2019 PIC

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la ESE ISABU, adscrito a la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, contribuyo con el mantenimiento y mejora continua de la salud del municipio en los años 2016, 2017, 2018 y 2019. Se puede observar una ejecución del 100% de las actividades programadas según plan de acción en todas las vigencias.

TABLA 394 INFORMACIÓN CONTRACTUAL GENERAL 2016 A 2019 PIC

Recursos Asignados PIC por Vigencias								
Vigencia	Número de Contrato	Plazo del Contrato	Valor del Contrato	Valor Adicional	Valor Ejecutado	Glosas	Porcentaje de Ejecución Financiera	Porcentaje de Ejecución de actividades
2016	143/16	2 Meses	\$1.648.280.000	N/A	\$1.648.280.000		100%	100%
2017	079/17	8 Meses	\$1.539.280.044	\$309.100.000	\$1.848.380.044		100%	100%
2018	065/18	11 Meses	\$1.667.124.360	\$48.125.600	\$1.715.249.960		100%	100%
2019	03/19	11 Meses	\$2.242.561.360	\$170.653.600	\$ 2.410.214.960	\$ 3.000.000	99,8%	100%

Fuente: Minutas de Contratos Interadministrativos 2016 - 2019.

3.14.5 CONTRATO VIGENCIA 2016: 03 DE OCTUBRE A 31 DE DICIEMBRE PIC

3.14.5.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PIC VIGENCIA 2016

Durante la vigencia 2016 la ESE ISABU logró intervenir a 27.207 personas, a través de las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública y las estrategias contempladas desde el Plan de Intervenciones Colectivas. Se pudo observar que esta población fue atendida en mayor proporción con actividades pertenecientes a la Dimensión de Vida saludable y Enfermedades Transmisibles con una representación del 30% (8.284) de la población total atendida, la segunda dimensión con mayor representación es la de Vida saludable y condiciones no transmisibles con un 24% (6.485) de la población intervenida en este año de ejecución.

TABLA 395 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PIC 2016

N°	Actividad	Población Intervenida
1	Dimensión 2 - Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles.	6.485
2	Dimensión 3 - Convivencia Social y Salud Mental.	3.432
3	Dimensión 4 - Seguridad Alimentaria y Nutricional.	1.770
4	Dimensión 5 - Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos.	3.856
5	Dimensión 6 - Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.	8.284
6	Dimensión - Salud y Ámbito Laboral	195
7	Dimensión 9 - Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables	3.185

Fuente: Minuta del Contrato Interadministrativo N°147 del 03 de Octubre de 2016.

3.14.5.2 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PIC VIGENCIA 2016

Fueron intervenidas 27.207 personas por las diferentes estrategias implementadas por el Plan de Intervenciones Colectivas. Se evidenció que la mayor proporción de población que participo en las actividades implementadas está representada por las mujeres con 60% (16.325). El mayor número de población intervenida se encontró en el grupo de Primera infancia de 0-6 años de edad con 33% (9.022).

TABLA 396 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PIC 2016

Ciclos de Vida	Población Intervenida
Primera Infancia 0 - 6 años	9.022
Infancia 7 - 11 años	2.079
Adolescencia 12 - 18 años	2.525
Juventud 19 - 28 años	4.494
Adulthood 29 - 59 años	7.188
Vejez Mayores de 60 años	1.899
Total general	27.207

Masculino	10.882
Femenino	16.325

Fuente: PIC 2016

3.14.6 CONTRATO VIGENCIA 2017: ABRIL A DICIEMBRE 2017

3.14.6.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES VIGENCIA 2017

Para el período de análisis, fueron intervenidas 47.709 personas que participaron de las diferentes acciones de promoción y prevención desarrolladas desde el PIC, logrando una mayor participación con las estrategias de la Dimensión de Vida saludable y condiciones no transmisibles teniendo una representación del 34 %(16.317) de la población intervenida. La siguiente Dimensión con mayor población impactada a través de las acciones de promoción en salud del PIC es la Dimensión de Convivencia Social y salud mental con una representación del 24% (11.384).

TABLA 397 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PIC 2017

N°	Actividad	Población Intervenida
1	Dimensión 2 - Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles.	16.317
2	Dimensión 3 - Convivencia Social y Salud Mental.	11.384
3	Dimensión 4 - Seguridad Alimentaria y Nutricional.	2.617
4	Dimensión 5 - Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos.	5.396
5	Dimensión 6 - Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.	5.955
7	Dimensión 9 - Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables	6.040

Fuente: PIC 2017

3.14.6.2 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL VIGENCIA 2017

Con las estrategias implementadas en las dimensiones del PIC en el año 2017 se logró intervenir en el municipio de Bucaramanga a un mayor porcentaje de población en el rango de edad entre los 7 – 11 años de edad representado un 24% de la población y en segundo lugar se logró intervenir a mayor población en entre los 29-59 años de edad con las diferentes estrategias de promoción de la salud pública, con una representación del 22,5% del total de la población atendida en este año.

TABLA 398 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PIC 2017

Ciclos de Vida	Población Intervenida
Primera Infancia 0 – 6 años	6.857
Infancia 7- 11 años	11.449
Adolescencia 12 - 18 años	8.739
Juventud 19 - 28 años	6.814

Adulthood 29 - 59 years	10.778
Older than 60 years	3.072
Total general	47.709
Male	19.365
Female	28.344

Fuente: PIC 2017

3.14.7 CONTRATO VIGENCIA 2018: ENERO A DICIEMBRE 2018

3.14.7.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PIC VIGENCIA 2018

Durante la ejecución del Plan de Intervenciones colectivas en el año 2018 se lograron impactar desde las diferentes dimensiones de salud pública a 45.521, las cuales participaron en el desarrollo de las acciones de promoción y prevención de la salud en el Municipio de Bucaramanga. Una mayor participación de población intervenida se evidenció en las estrategias de la Dimensión de Vida saludable y condiciones no transmisibles teniendo una representación del 54 % (24.418) de la población intervenida. La siguiente Dimensión con mayor población impactada a través de las acciones de promoción en salud del PIC es la Dimensión de Convivencia Social y salud mental con una representación del 16,4% (7.500).

TABLA 399 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PIC 2018

N°	Actividad	Población Intervenida
1	Dimensión 2 - Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles.	24.418
2	Dimensión 3 - Convivencia Social y Salud Mental.	7.500
3	Dimensión 4 - Seguridad Alimentaria y Nutricional.	1.883
4	Dimensión 5 - Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos.	5.333
5	Dimensión 6 - Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.	300
7	Dimensión 9 - Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables	6.087

Fuente: PIC 2018

3.14.7.2 Población Intervenida por Ciclo Vital PIC Vigencia 2018

Durante la vigencia 2018 se logró intervenir con las estrategias del Plan de Intervenciones colectivas PIC a 45.521 de los cuales un mayor porcentaje de población en el ciclo de vida de Infancia con edad entre los 7 – 11 años de edad representado un 27 % (de la población y en segundo lugar se logró intervenir a mayor población en entre los 29-59 años de edad con las diferentes estrategias de promoción de la salud pública, con una representación del 24% (11.066) del total de la población atendida en este año.

TABLA 400 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PIC 2018

Ciclos de Vida	Población Intervenido
Primera Infancia 0 - 6 años	3.791
Infancia 7- 11 años	12.351
Adolescencia 12 - 18 años	7.384
Juventud 19 - 28 años	8.106
Adulthood 29 - 59 años	11.066
Vejez Mayores de 60 años	2.823
Total general	45.521
Masculino	17.856
Femenino	27.665

Fuente: PIC 2018

3.14.8 CONTRATO VIGENCIA 2019: ENERO 16 A 18 DE DICIEMBRE 2019 PIC

3.14.8.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PIC VIGENCIA 2019

Teniendo en cuenta las Dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública y las estrategias contempladas desde el Plan de Intervenciones Colectivas, se ha logrado intervenir a un total de **47.323** personas en el periodo de enero a diciembre de 2019. Se pudo observar que esta población fue atendida en mayor proporción con actividades pertenecientes a la Dimensión 3. Convivencia social y salud mental representando un 38,3% (18.157) de la población total atendida, de los cuales la mayor población se encontraba en el rango de edad de adolescencia entre los 12- 18 años con una representación del 40,3% (7.331) de la población intervenida en esta dimensión.

La siguiente dimensión con mayor número de población intervenida es la Dimensión 2. Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles correspondiente a un 33,8 % (16.009) de la población total atendida y la mayor proporción de esta población se encuentra en el rango de edad de infancia entre los 7- 11 años de edad con un 52,2 % (8.042) de la población intervenida en la dimensión 2.

TABLA 401 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PIC 2019

N°	Actividad	Población Intervenido
1	Dimensión 2 - Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles.	16.009
2	Dimensión 3 - Convivencia Social y Salud Mental.	18.157
3	Dimensión 4 - Seguridad Alimentaria y Nutricional.	1.968
4	Dimensión 5 - Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos.	6.298
5	Dimensión 6 - Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.	695
7	Dimensión 9 - Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables	4.196

Fuente: PIC 2019

3.14.9.2 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PIC VIGENCIA 2019

Durante la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas en el 2019 (enero 18 al 17 de diciembre) fueron atendidas un total de **69.999** personas. De las cuales el mayor número de población intervenida con las estrategias se encontró en el grupo de edad de 7 a 11 años con un 30 % (20.908), en segundo lugar, al grupo de edad entre los 12 a 18 años con un 25 % (17.731) y en tercer lugar al grupo de edad entre 29 a 59 años representado un 21% (14.963) de la población intervenida. Se logró intervenir en mayor proporción al sexo femenino con un 61% (42.715), seguido del sexo masculino con 39% (27.284).

TABLA 402 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PIC 2019

Ciclos de Vida	Población Intervenida
Primera Infancia 0 - 6 años	3.451
Infancia 7 - 11 años	20.908
Adolescencia 12 - 18 años	17.731
Juventud 19 - 28 años	9.329
Adulthood 29 - 59 años	14.963
Vejez Mayores de 60 años	3.617
Total general	69.999
Masculino	27.284
Femenino	42.715

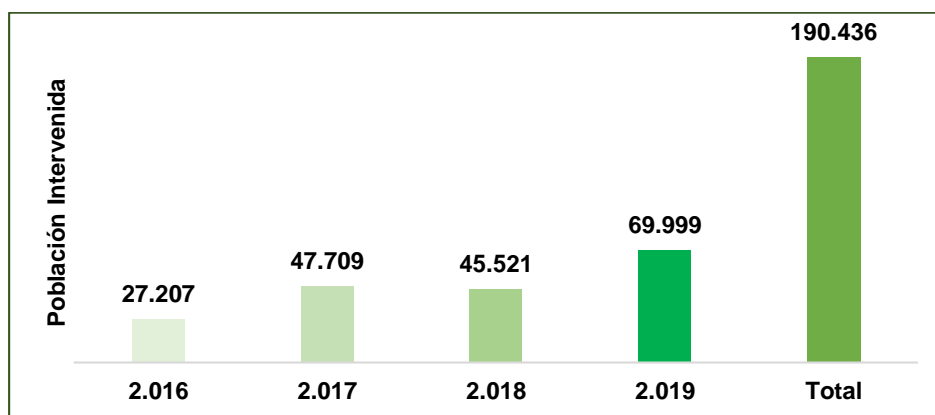
Fuente: PIC 2019.

Análisis Comparativo PIC

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la ESE ISABU, adscrito a la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, contribuyo con el mantenimiento y mejora continua de la salud del municipio en los años 2016, 2017, 2018 y 2019. Se puede observar una ejecución del 100 % de las actividades programadas según plan de acción en todas las vigencias.

A través de la ejecución de las estrategias de promoción en salud del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, durante los cuatro años consecutivos se ha logrado sensibilizar a un total de **190.436** personas en el municipio de Bucaramanga, logrando una mayor intervención en el año 2019 con una representación del 36,7% (69.999) del total de la población y en segundo lugar con un representación del 25% (47.709) personas durante el año 2017, esta población fue beneficiada con las acciones del Plan de intervenciones colectivas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud pública. Grafico 1.

GRÁFICO 53 POBLACIÓN INTERVENIDA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC - BUCARAMANGA VIGENCIAS 2016 – 2019

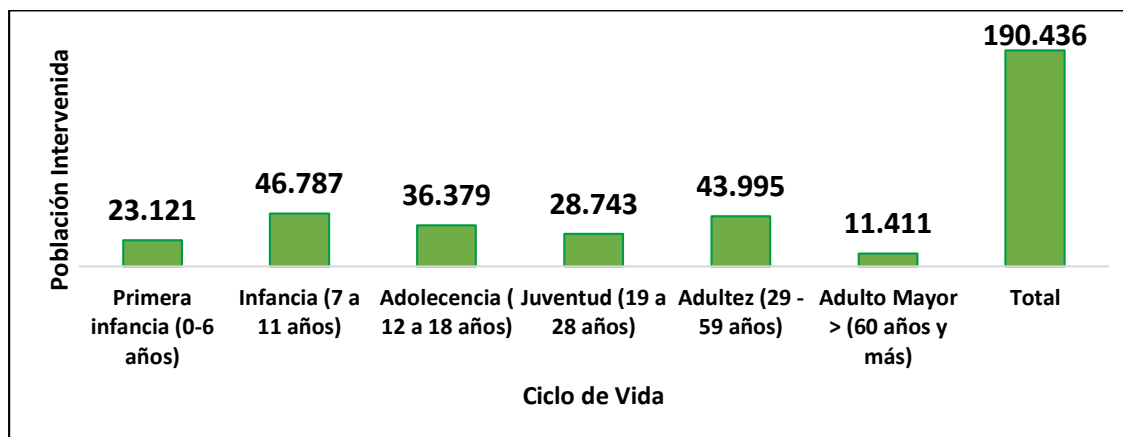


Fuente: PIC Programa de Intervenciones Colectivas

Se realizó un análisis de la población por curso de vida durante los cuatro años de intervención con el PIC en el Municipio de Bucaramanga, donde se pudo observar que la mayor proporción de la población intervenida se encontraba entre 7-11 años con un 24,5 % (46.787) y en segundo lugar la población entre los 29 -59 años de edad con una representación del 23% (43.995) de la población total Intervenido.

En conclusión, durante los cuatro años se lograron incluir los grupos de adultos mayores tanto del área urbana como rural; grupos de niños y jóvenes de las instituciones educativas del área urbana y rural, madres comunitarias, madres gestantes, población víctima del conflicto armado, usuarios que participan en las ferias integrales de salud y ambiente en su barrio que fueron dirigidas a las 17 comunas y los tres corregimientos del Municipio de Bucaramanga.

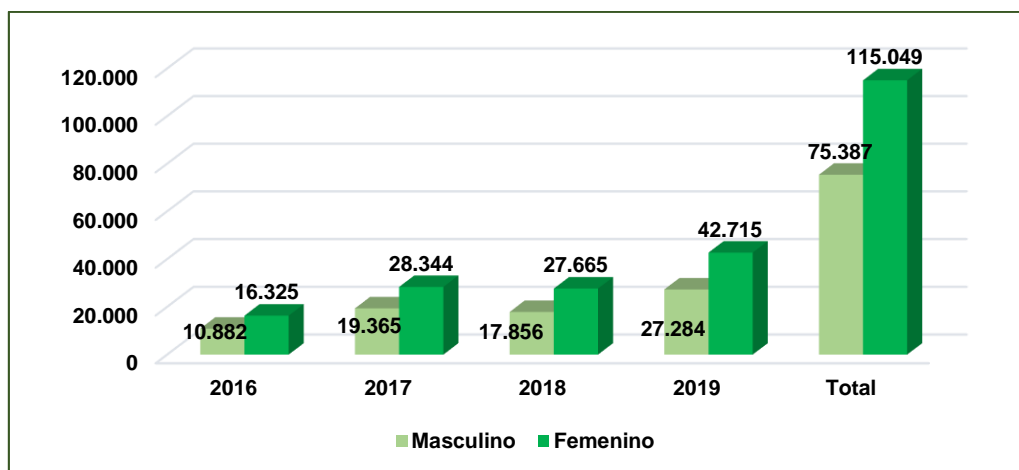
GRÁFICO 54 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CURSO DE VIDA, PIC BUCARAMANGA 2016 A 2019



Fuente: PIC

Se realizó un análisis de la población intervenida por sexo, evidenciando en los cuatro años una mayor representación de mujeres con un 60.4 %(115.049) de la población intervenida con los programas del PIC y los hombres con el 39,5% (75.387) de la población impactada.

GRÁFICO 55 POBLACIÓN INTERVENIDA POR SEXO - PIC BUCARAMANGA 2016 – 2019



Fuente: PIC

3.14.8.3 LOGROS PIC

Se logró cumplir el objetivo del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, el cual es desarrollar acciones de promoción de salud y gestión del riesgo colectivo e individual aportando al logro de las metas del plan de salud pública. Es importante mencionar que se sensibilizó a una representación del total de mujeres 115.049 y 75.387 hombres a través de los diferentes programas de promoción y prevención para mejorar los estilos de vida saludables de la comunidad en general y promover el auto cuidado.

Se llevaron a cabo 86 ferias integrales de salud y ambiente en el barrio. Todas estas actividades se desarrollaron con el objetivo de educar y sensibilizar a la comunidad para promocionar la salud y prevenir enfermedades.

En estas ferias se realizaron actividades de educación para la detección temprana del cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer de cuello uterino, asimismo se concientizó a la comunidad en temas de importancia para mantener estilos de vida saludables como la vacunación, salud oral, nutrición, planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos, crecimiento y desarrollo, derechos de los niños y las niñas, cuidado del adulto mayor, salud mental, la no violencia contra la mujer, entre otros.

Se lograron intervenir a las 44 instituciones educativas Urbanas y 4 Rurales del municipio con estrategias de la Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles,

convivencia social y salud mental y Dimensión de Seguridad alimentaria y nutricional; donde se pudo brindar educación a estudiantes, docentes y padres de familia de los diferentes planteles intervenidos.

El Plan de Intervenciones Colectivas se articuló con el programa de Maternidad Segura, “la Magia del Amor”, brindando asesoría a las gestantes durante las ferias integrales de salud y ambiente en temas de cuidados prenatales, importancia del seguimiento del embarazo, lactancia materna, signos de alarma y diagnóstico temprano de patologías materno fetales, es importante mencionar que para el año 2018 y 2019 se sensibilizaron un total de 890 gestantes incentivando los controles prenatales y los programas de detección temprana de alteraciones durante el embarazo.

El PIC estuvo presente en los diferentes escenarios con el objetivo de minimizar las desigualdades que comúnmente experimenta la población con mayor vulnerabilidad, se logró impactar a un total de 19.508 personas pertenecientes a población víctima, población discapacitada, población LGTBI, habitantes de calle y personas pertenecientes a la población carcelaria durante las vigencias 2016 a 2019.

3.14.8.4 RECOMENDACIONES PIC

Lograr la identificación y priorización de las poblaciones vulnerables y los entornos previamente a la realización del contrato interadministrativo del PIC, por parte de la secretaria de salud del Municipio, para lograr abordar a la población teniendo en cuenta los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas en el Plan Territorial de salud PTS.

Las Intervenciones del PIC se deben ejecutar de forma integrada e integral en los entornos hogar, educativa, comunitaria, laboral e institucional realizando los temas o intervenciones separadas o aisladas.

Dar inicio a la contratación del PIC a inicio de cada año para dar más tiempo en la ejecución de las estrategias, generando de esta manera un mayor impacto en la salud de la población del municipio.

Desarrollar las estrategias según los lineamientos de la resolución 3280 para generar un mayor impacto en los determinantes de la salud de la población del municipio de Bucaramanga.

3.15 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

3.15.1 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA APS

El desarrollo del Modelo de Atención Primaria en Salud denominado “Salud con Todos y Para Todos” en el municipio de Bucaramanga tiene como finalidad brindar una asistencia oportuna en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y canalización efectiva hacia los servicios de salud para disminuir la mortalidad evitable sea por enfermedades transmisibles y/o materna e infantil, enfermedades no transmisibles o crónicas y eventos de causas externas, para lo cual se priorizan las poblaciones más vulnerables, como son: mujeres, mujeres en gestación y niños-niñas y adultos mayores; el propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, promuevan en ellos una vida sana, feliz, placentera y productiva. Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, las IPS y la EPS.

Figura 12. Ruta de Atención Primaria en Salud



Fuente: Subgerencia Científica ESE ISABU

El modelo de Atención Primaria En Salud, se basa primordialmente en un diagnóstico sustentador que termina siendo una línea base de iniciación del programa encaminado a intervenir los factores que afectan el estado de salud del municipio de Bucaramanga:

3.15.2 DIAGNÓSTICO INCLUYENDO LÍNEA BASE APS

- Ausencia de una caracterización de las comunidades por parte de las instituciones encargadas de la prestación de servicios de salud y EPS, Cultura de atención asistencial intramural, agravado por recursos no suficientes para el cubrimiento de la atención extramural.
- Desaparición de la participación comunitaria en salud (COPACOS) en las direcciones de juntas provisionales en las IPS públicas.
- Deficiente oportunidad asistencial secundaria a barreras administrativas.
- No programas de sostenibilidad financiera que garanticen que las IPS Públicas cumplan con su misión asistencial.

Durante el 2016 el municipio de Bucaramanga procesó 15.868 mil eventos de interés en salud pública, buscando identificar e intervenir los determinantes sociales del municipio de Bucaramanga, esto desplegó una serie de intervenciones. Actualmente el municipio demanda actividades de campo para intervenir, controlar y mitigar la posible presencia de enfermedades que afectan la salud de la población de Bucaramanga, la baja oportunidad en las atenciones en salud retrasa las oportunas acciones campo y el reporte a las otras entidades territoriales lo que inciden en el desmejoramiento de la calidad de vida de la población del Municipio que genera inconformidad de los usuarios para los cuales se requiere apoyo y acompañamiento directo.

Desde una perspectiva normativa, se debe tener en cuenta que el Ministerio de Salud ha definido el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, cuya finalidad es mejorar los indicadores de salud de la población con calidad, y de igual forma reducir los costos y las inequidades existentes en este sector.

El MIAS, está concebido bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud- APS, que según la Ley 1438 de 2011, se plantea como un servicio que ofrece una atención centrada en las personas y las familias, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, coordinada e integrada en todos los niveles, donde participan las comunidades, basada en métodos costo-efectivos científicamente probados.

El MIAS, sustenta igualmente el registro de la ubicación de la población, condiciones familiares, riesgos ambientales y laborales, riesgos en salud y estado de la misma.

El componente central del MIAS, es la gestión de riesgo que se traduce en identificar quienes están en riesgo de sufrir algunas de las enfermedades prioritarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o por las Entidades Territoriales en donde opera.

Se evidencia entonces, por todo lo anterior, que la estrategia de Atención Primaria en Salud, y la gestión de riesgo permiten:

- Organizar un plan de atención y prevención.
- Brindar educación en autocuidado.

- Ejecutar acciones para ayudar al afiliado a superar los riesgos, bien sea conectándolos con los servicios sociales del estado o prestando directamente los servicios.

Es evidente que, bajo esta perspectiva normativa, la dimensión promocional y preventiva, y de abordaje directo asistencial, debe partir de un análisis de situaciones de salud a nivel comunitario, para que los municipios definan las intervenciones colectivas y entiendan los riesgos de su población, e involucre los agentes comunitarios en los programas de salud integral.

3.15.3 OBJETIVOS APS

Fortalecer los tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud

Identificar la población y sus características según el momento de del curso de vida, grupo de riesgo, así como en el individuo y las condiciones del entorno donde se desarrolla y trascurren su vida.

Garantizar la disponibilidad y competencia del talento humano requerido para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal.

Direccionar la población en los casos que se requieran hacia los servicios de salud como: plan de intervenciones Colectivas, a las entidades responsables de atención, eventos de vigilancia en salud pública y entre otros.

Brindar educación e informaciones necesarias al usuario para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física, psíquica individual y colectiva.

3.15.4 ALCANCE APS

"Salud para TODOS y con TODOS"; con una estrategia integradora que busca ofrecer Oportunidad Asistencial, a través de la Atención Primaria bajo una concepción participativa en las comunas 1 -2 de Bucaramanga.

3.15.5 EJECUCIÓN APS

3.15.5.1 ENERO A DICIEMBRE 2017 APS

TABLA 403 INFORMACIÓN CONTRACTUAL VIGENCIA 2017 APS

Contrato Interadministrativo 266-2017	
Fecha inicio	09-07-2017
Valor del contrato	\$ 869.885.538,00
Plazo del contrato	3 Meses
Población objeto	45 Mil Personas
Entrega de informes	Mensual
Valor del adicional	\$ 0
Porcentaje de ejecución	100%
Valor Ejecutado	\$ 869.885.538,00

Fuente: Minuta Contrato Interadministrativo 266-2017

3.15.5.1.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES APS VIGENCIA 2017

TABLA 404 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES APS 2017

N°	Actividad	Población Intervenido
1	Identificación y caracterización de la población de la comuna 1-2 y corregimientos 1-2-3 del municipio de Bucaramanga.	45.306

Fuente: Minuta Contrato Interadministrativo 266-2017

3.15.5.1.2 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL APS VIGENCIA 2017

TABLA 405 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL APS 2017

Ciclo de Vida	Población Intervenido	Género	
		Masculino	Femenino
Primera Infancia 0 - 5 años	5617	2712	2905
Infancia 6 - 11 años	3931	1577	2354
Adolescencia 12 - 17 años	4693	1369	3324
Juventud 18 - 28 años	8349	3877	4472
Adulthood 29 - 59 años	17060	7010	10050
Vejez Mayores de 60 años	5656	1204	4452
Total	45306	17749	27557

Fuente: Informe Epidemiológico de APS 2017

3.15.5.2 ENERO A DICIEMBRE 2018 APS

TABLA 406 INFORMACIÓN CONTRACTUAL VIGENCIA 2018 APS

Contrato Interadministrativo N 066-2018	
Fecha inicio	26 Enero 2018
Valor del contrato	\$ 609.000.000
Plazo del contrato	11 Meses
Población objeto	10 Mil Personas
Entrega de informes	Mensual
Valor del adicional	\$ 0
Porcentaje de ejecución	100%
Valor Ejecutado	\$ 609.000.000

Fuente: Minuta Contrato Interadministrativo 066-2018

3.15.5.2.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES APS VIGENCIA 2018

TABLA 407 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES APS 2018

N°	Actividad	Cumplimiento
1	Usuarios realizo seguimiento según las alertas identificadas	10 mil
2	Usuarios intervenidos por el proyecto de APS en educación y remisión.	10 mil
3	Entrega de informe ejecutados	11
4	Diseño de la plataforma APS	1

Fuente: Minuta Contrato Interadministrativo 066-2018

3.15.5.2.2 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL APS VIGENCIA 2018

TABLA 408 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL APS 2018

Ciclo de Vida	Población Intervenida	Género	
		Masculino	Femenino
Primera Infancia 0 - 5 años	1821	941	880
Infancia 6 - 11 años	1335	585	750
Adolescencia 12 - 17 años	1132	460	672
Juventud 18 - 28 años	1310	329	981
Adulthood 29 - 59 años	2830	523	2307
Vejez Mayores de 60 años	1572	511	1061
Total	10.000	3.349	6.651

Fuente: Informe Epidemiológico APS 2018

3.15.5.3 ENERO A AGOSTO 2019 APS

TABLA 409 INFORMACIÓN CONTRACTUAL VIGENCIA 2019 APS

Contrato Interadministrativo N 02-2019	
Fecha inicio	17 Enero 2019
Valor Contratado	\$ 509.049.233
Plazo del contrato	11 Meses
Población objeto	11.620 Mil Personas
Entrega de informes	Mensual
Valor del adicional	\$ 250.000.000
Porcentaje de ejecución	100%
Valor Ejecutado	\$ 759.049.233

Fuente: Contrato Interadministrativo N 02.2019

3.15.5.3.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES APS

TABLA 410 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES APS 2019

N°	Actividad	Cumplimiento
1	Realización de las visitas por parte del grupo de intervención APS	1.620
2	Plan educativo en promoción en la salud y prevención de la enfermedad	11.620
3	Determinación del factor de riesgo e inducción formal y generación de remisión (Demanda Inducida)	11.620
4	Inscripción a programas de salud -APS	11.620
5	Adherencia a los programas APS	11.620
6	Entrega de informes mensuales	11

Fuente: Contrato Interadministrativo N 02.2019

3.15.5.3.2 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL APS

TABLA 411 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL APS 2019

Ciclo de Vida	Población Intervenida	Género	
		Masculino	Femenino
Primera Infancia 0 - 5 años	1.696	871	825
Infancia 6 - 11 años	1.583	792	791
Adolescencia 12 - 17 años	1.161	487	674
Juventud 18 - 28 años	1.782	355	1.427
Adulthood 29 - 59 años	3.508	771	2.737
Vejez Mayores de 60 años	1.895	641	1.254
Total	11.625	3.917	7.708

Fuente: Informe Epidemiológico APS 2019.

Análisis Comparativo APS

Durante el Año 2017, se realiza Caracterización aplicando una encuesta manual a **18.568** familias que representaron un total de **45.803** personas en las comunas 1-2 y corregimientos 1, 2 y 3 en un periodo de tres meses donde se analizaron los riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas que orientan la gestión del riesgo, la identificación de prioridades y se generan estrategias de intervención

En el año 2018 se da continuidad con la estrategia APS ya que se inicia con intervención a **10 mil** usuarios caracterizados en el año 2017 que presentaron mayor riesgo en salud, estrategia de seguimiento por medio de llamadas y vistas a los individuos de alto riesgo identificados como inasistentes a los programas de riesgo cardiovascular y especiales entre otros. Se fortalece el proyecto gracias al compromiso administrativo de la ESE ISABU de adquirir un instrumento o ficha digital aplicada en el área por medio de una plataforma llamada APS GESTION donde se logró la medición de impacto mensual gracias a la tecnología adquirida en ese año.

En el 2019 Se logra conformar dos líneas de acción de intervención con enfoque: identificación de riesgos- educación/información - seguimiento y demanda inducida incluyendo las RUTAS INTEGRALES EN ATENCION EN SALUD, se continua el seguimiento por vía telefónica de los **10 mil** usuarios del año 2017 y la vinculación de **1.620** usuarios nuevos que se realizan por medio de visitas.

Se actualiza la ficha de canalización y captura de información utilizada en la plataforma APS GESTION con el componente de MIAS –RIAS.

Se logra la inclusión de un Profesional de psicología para realizar intervención psicosocial por visitas domiciliarias a los usuarios priorizados con alertas temas relacionados menores de edad en condición de desescolarización, población que presenta consumo de sustancias psicoactivas y usuarios que presenten casos de violencia intrafamiliar.

Se conforma un comité donde incluyen los tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud.

3.15.5.4 Logros APS

- Se analizó la situación de salud de la población de la comuna 1-2 y corregimiento 1-2-3 por medio de la caracterización, donde se define la estrategia para dar continuidad al proyecto 2018-2019, logrando la intervención al individuo la finalidad de modificar e impactar positivamente en los determinantes en salud.
- Se identificó y gestionó, tempranamente e integralmente los principales riesgos en salud, que incluyen reducir el daño en el usuario y comunidad.
- Articulación de las acciones del sector salud con los otros actores apuntando al desarrollo integral de las personas.

- Se articularon las acciones de la Rutas de Atención promoción y mantenimiento de la salud requeridas por el individuo de acuerdo con sus necesidades se desarrolló plan integral de cuidado.
- Se realizó seguimiento del estado de salud del individuo y el desarrollo integral de las personas por cursos de vida.
- Se fortaleció el desarrollo de capacidades, habilidades y prácticas en las personas para el cuidado y mantenimiento de la salud.
- Se desarrolló la estrategia a partir de las alertas relacionadas a salud mental identificadas en el seguimiento, con el fin de realizar acciones que permiten en los usuarios el fortalecimiento del desarrollo personal y social proporcionando información, educando en salud y fomentando la importancia de las competencias para la vida.
- Se logró el trabajo en equipo con la oficina de salud pública de la ESE ISABU fortaleciendo las metas y acciones de promoción y prevención.

3.15.5.5 Recomendaciones APS

- Asignación de recursos por parte de la Administración Municipal para desarrollo e implementación de la estrategia en otras comunas de Bucaramanga.
- La alcaldía municipal asigne más recursos para la compra el sistema de información y el software de la plataforma de captura de información.
- Mejorar la cobertura de internet por parte de la ESE ISABU para el talento humano de zona e institucional que ejecutan el proyecto.
- Gestionar con la alcaldía municipal la contratación a principio de cada año para lograr el impacto requerido por el proyecto.
- Garantizar la continuidad del talento humano que ha logrado el impacto en la comunidad desde el año 2017 a la fecha.

3.16 PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El programa de salud mental brinda asistencia oportuna en promoción de la salud, prevención de la enfermedad; ofreciendo servicios integrales principalmente a la población gestante, atención en eventos objeto de vigilancia en salud Pública y atención de morbilidad según demanda.

3.16.1 EJECUCIÓN EN SALUD MENTAL 2017

3.16.1.1 CONSULTAS POR PSICOLOGÍA VIGENCIA 2017 EN SALUD MENTAL

TABLA 412 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PROGRAMA DE SALUD MENTAL 2017

Ciclo de Vida	Población Intervenida	Género	
		Masculino	Femenino
Primera Infancia 0 - 5 años	150	76	74
Infancia 6 - 11 años	295	156	139
Adolescencia 12 - 17 años	465	80	385
Juventud 18 - 28 años	1,045	48	997
Adulthood 29 - 59 años	604	85	519
Vejez Mayores de 60 años	211	80	131
Total general	2,770	525	2,245

Fuente: RIPS Vigencia 2017

3.16.1.2 INTERVENCIONES A POBLACIONES ESPECIALES 2017 EN SALUD MENTAL

TABLA 413 INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECIALES 2017

Poblaciones Especiales	Población Intervenida	Género	
		Masculino	Femenino
Atención integral a paciente con depresión e intento de suicidio.	61	23	38
Notificación y atención en violencia física	186	57	129
Notificación y atención violencia psicológica	8	2	6
Notificación y atención Negligencias y abandono	232	128	104
Notificación y atención Abuso sexual	132	14	118
Notificación y atención acoso sexual	0	0	0
Notificación y atención violación	0	0	0
Notificación explotación sexual comercial niños, niñas y adolescentes	0	0	0
Notificación Trata de personas con fines de explotación sexual	0	0	0
Notificación actos sexuales con uso de la fuerza	0	0	0
Notificación otros casos sexuales (desnudez)	0	0	0

Fuente: SIVIGILA

3.16.2 EJECUCIÓN EN SALUD MENTAL 2018

3.16.2.1 CONSULTAS POR PSICOLOGÍA VIGENCIA 2018 EN SALUD MENTAL

TABLA 414 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PROGRAMA DE SALUD MENTAL 2018

Ciclo de Vida	Población Intervenida	Género	
		Masculino	Femenino

Primera Infancia 0 - 5 años	151	81	70
Infancia 6 - 11 años	182	92	90
Adolescencia 12 - 17 años	167	38	129
Juventud 18 - 28 años	361	17	344
Adultez 29 - 59 años	214	52	162
Vejez Mayores de 60 años	83	32	51
Total general	1,158	312	846

Fuente: RIPS Vigencia 2018

3.16.2.2 INTERVENCIONES A POBLACIONES ESPECIALES 2018 EN SALUD MENTAL

TABLA 415 INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECIALES 2018

Poblaciones Especiales	Población Intervenido	Género	
		Masculino	Femenino
Atención integral a paciente con depresión e intento de suicidio.	80	28	52
Notificación y atención en violencia física	63	17	46
Notificación y atención violencia psicológica	3	2	1
Notificación y atención Negligencias y abandono	13	8	5
Notificación y atención Abuso sexual	136	21	115
Notificación y atención acoso sexual	0	0	0
Notificación y atención violación	0	0	0
Notificación explotación sexual comercial niños, niñas y adolescentes	0	0	0
Notificación Trata de personas con fines de explotación sexual	0	0	0
Notificación actos sexuales con uso de la fuerza	0	0	0
Notificación otros casos sexuales (desnudez, eterización)	0	0	0

Fuente: SIVIGILA

3.16.3 EJECUCIÓN EN SALUD MENTAL 2019

3.16.3.1 CONSULTAS POR PSICOLOGÍA VIGENCIA 2019 EN SALUD MENTAL

TABLA 416 POBLACIÓN INTERVENIDA POR CICLO VITAL PROGRAMA DE SALUD MENTAL 2019

Ciclos de Vida	Población Intervenido	Género	
		Masculino	Femenino
Primera Infancia 0 - 5 años	108	58	50
Infancia 6 - 11 años	147	67	80
Adolescencia 12 - 17 años	219	51	168
Juventud 18 - 28 años	526	22	504
Adultez 29 - 59 años	371	68	303
Vejez Mayores de 60 años	98	22	76
Total general	1,469	288	1,181

Fuente: RIPS ESE ISABU.

3.16.3.2 INTERVENCIONES A POBLACIONES ESPECIALES 2019 EN SALUD MENTAL

TABLA 417 INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECIALES 2019

Poblaciones Especiales	Población Intervenido	Género	
		Masculino	Femenino
Atención integral a paciente con depresión e intento de suicidio.	95	42	53
Notificación y atención en violencia física	78	9	69
Notificación y atención violencia psicológica	3	0	3
Notificación y atención Negligencias y abandono	16	4	12
Notificación y atención Abuso sexual	191	12	179
Notificación y atención acoso sexual	2	1	1
Notificación y atención violación	30	5	25
Notificación explotación sexual comercial niños, niñas y adolescentes	0	0	0
Notificación Trata de personas con fines de explotación sexual	0	0	0
Notificación actos sexuales con uso de la fuerza	0	0	0
Notificación otros casos sexuales (desnudez, eterización)			

Fuente: SIVIGILA

3.16.4 ANÁLISIS COMPARATIVO

- En comparación a los años presentados se ha visto una disminución de la notificación de ciertos eventos en violencia tales como: Negligencia y abandono, debido a la atención prestada los diferentes centros de salud, se ha optimizado el manejo de los diferentes métodos de prevención al maltrato y promoción al buen trato.
- El abuso sexual sigue siendo el mayor índice en atención, en el que en los diferentes años se ha mantenido de casos.
- La violencia psicológica no es vista como una violencia ni el resto de categorías.

3.16.5 LOGROS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

- Hemos podido llegar a la atención del 100% de los casos de violencia con notificación de abuso sexual.
- Hemos llegado a la notificación efectiva de los pacientes con intento de suicidio.
- Hemos logrado llegar a capacitar a todo el personal en los servicios amigables, para optimizar el servicio.

3.16.6 RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

- Se recomienda continuar con estos procesos de atención a la población víctima
- Realizar convenios con otras EPS para ampliar la atención a las víctimas.

3.17 CONVENIOS DOCENCIA-SERVICIO

Los Convenios Docencia Servicio están regidos bajo el Decreto Institucional 2376 de 2010, y Acuerdo 153 de 2012. La ESE ISABU desde el año 2017 tiene convenio vigente con 6 Entidades Educativas (Universidades) y 6 Escuelas de Enfermería. Estudiantes que rotaron por los 22 Centros de Salud y las dos Unidades Hospitalarias: UIMIST y el Hospital Local del Norte.

El Gerente de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga y sus colaboradores mediante estos convenios se comprometen a regular la relación Docencia Servicio, para todos los efectos de orientar para gestionar la relación docencia – servicio con las diferentes Instituciones formadoras, e incorpora las políticas existentes y las que se formulen en la organización, relacionadas, entre otras, con la prestación de servicios, seguridad del paciente, humanización, y tecnología.

La ESE ISABU provee escenarios de aprendizaje práctico, que complementen el desarrollo de competencias adquiridas en las instituciones educativas en función de su proceso de formación, basado en relaciones docencia – servicio, orientadas a garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad, cumpliendo los requisitos de ley.

3.17.1 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

Establecer los lineamientos para orientar los convenios de docencia y servicios suscritos, para dar cumplimiento a lo reglamentado en la normatividad vigente y la misión dentro del marco de los valores y el plan de desarrollo institucional.

Regular la relación docencia-servicio establecida entre la ESE ISABU y las instituciones debidamente autorizadas para el ejercicio de la docencia en Colombia.

Establecer los parámetros de la relación docencia - servicio, de tal manera que se garantice su alineación con el direccionamiento estratégico, las políticas, planes, programas y proyectos que se desarrollen dentro de la organización.

Establecer los mecanismos de organización, planeación, desarrollo y evaluación de la relación docencia-servicio, así como de las prácticas formativas relacionadas. Incorporar en la relación docencia - servicio, la identificación y respuesta a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con sus valores y principios.

3.17.2 CONVENIOS VIGENTES UNIVERSIDADES EDUCACIÓN SUPERIOR

TABLA 418 INFORME DE CONVENIOS VIGENTES CON UNIVERSIDADES EDUCACIÓN SUPERIOR

Institución / Universidad	Vigencia	Fecha de Legalización	Fecha de Terminación	Coordinador de Práctica
Universidad de Santander UDES	10 Años	18/03/2011	18/03/2021	Dra. Sonia Solano Aguilar
Universidad Cooperativa de Colombia UCC	10 Años	24/02/2011	24/02/2021	Jefe Mellysandra Rendón padilla
Universidad Manuela Beltrán UMB	10 Años	03/02/2011	03/02/2021	Dr. Jesús David Carrillo Santos
Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB	10 Años	29/03/2012	29/03/2022	Dr. Luis Augusto Gómez Díaz
Universidad Industrial de Santander UIS	10 Años	29/03/2012	29/03/2022	Jefe Martha Camacho
Universidad Santo Tomás	10 Años	20/12/2010	20/12/2020	Dra. Bibiana Blanco Fuentes

Fuente: Convenios Docencia Servicio ESE ISABU

3.17.3 CONVENIOS ESCUELAS DE ENFERMERÍA

TABLA 419 INFORME DE CONVENIOS VIGENTES CON ESCUELAS DE ENFERMERÍA







Institución / Escuela	Vigencia	Fecha de Legalización	Fecha de Terminación	Coordinador de Práctica
Escuela De Salud San Pedro Claver	10 Años	20/11/2010	20/11/2020	Jefe Martha Noelia Espinosa
COORPOSALUD	10 Años	02/11/2011	02/11/2021	Jefe Álvaro García Uscategui
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	10 Años	27/11/2010	27/11/2020	Jefe Olga Orellana Bueno

Institución / Escuela	Vigencia	Fecha de Legalización	Fecha de Terminación	Coordinador de Práctica
Corporación Interamericana de Educación CIDES	10 Años	05/08/2012	05/08/2022	Dra. Sandra Rojas Arrieta
Congregación Mariana	10 Años	22/03/2011	22/03/2021	Dra. Nohora Martínez
Eforsalud	10 Años	29/03/2011	29/03/2021	Jefe Yeimy Dueñas Ramírez

Fuente: Convenios Docencia Servicio ESE ISABU

3.17.4 PROGRAMAS ACADÉMICOS UNIVERSIDADES – ROTACIONES 2017 - 2019

TABLA 420 INFORME DE PROGRAMAS ACADÉMICOS CON UNIVERSIDADES – ROTACIONES 2017 - 2019

Universidad	Programas Académicos	Rotación 2017	Rotación 2018	Rotación 2019
	Medicina	743	573	476
	Enfermería			
	Fisioterapia			
	Fonoaudiología			
	Instrumentación Quirúrgica			
	Enfermería	299	416	404
	Medicina	1.134	1.076	1.059
	Enfermería			
	Psicología			
	Medicina	381	376	161
	Enfermería			
	Microbiología			
	Fisioterapia			
	Endodoncia	26	29	24
	Fisioterapia	21	13	24
	Fonoaudiología			

Total	2.604	2.483	2.148
--------------	--------------	--------------	--------------

Fuente: Convenios Docencia Servicio ESE ISABU

En la anterior tabla que resume las rotaciones del período 2017 a 2019, se aprecia que en el año 2019 rotaron el 30 % de los estudiantes evidenciándose disminución en el porcentaje de ingreso de practicantes frente al año 2017, debido a la deserción de estudiantes en sus Instituciones Educativas manifestado por sus coordinadores de prácticas, de igual manera la Universidad Industrial de Santander UIS presentó paros académicos; factores externos independientes a la E.S.E ISABU. Durante el periodo 2017 a 2019 se resalta que la Institución Educativa que más estudiantes en rotación tuvo, fue la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, con un total de 3.269 estudiantes de las facultades de Medicina, Enfermería y Psicología con un 34%. Por otra parte, se hace evidente que en el año 2017 fue el periodo donde más ingresaron estudiantes a realizar sus rotaciones.

Durante los años 2017 a 2019 se han mantenido seis (6) Instituciones Educativas Superiores (IES), las cuales rotaron por la E.S.E ISABU con un total de 7.235 estudiantes quienes realizaron sus prácticas formativas, distribuidos en nuestros 22 Centros de Salud y dos Unidades Hospitalarias, brindando atención oportuna hacia los usuarios y con estándares de calidad, supervisado por nuestros funcionarios desde cada una de sus áreas al igual que por los docentes.

3.17.5 PROGRAMAS ACADÉMICOS UNIVERSIDADES POR UNIDADES OPERATIVAS 2020

TABLA 421 INFORME DE PROGRAMAS ACADÉMICOS CON UNIVERSIDADES POR UNIDADES OPERATIVAS 2020







Rotaciones Universidades 2020							
Unidad Operativa / Servicio	Programa						
	Medicina	Enfermería	Fisioterapia	Fonoaudiología	Bacteriología	Odontología - Endodancia	Psicología
C.S Café Madrid	UDES	UDES					
C.S Colorados	UDES	UDES		UDES			
C.S Gaitán							
C.S Girardot		UDES-UIS	UDES				
C.S IPC		UIS	UIS				
C.S Kennedy		UNAB-UIS					
C.S Regaderos							
C.S San Rafael							

.C.S Santander		UCC					
C.S Villa Rosa							
C.S Bucaramanga							
C.S Campo Hermoso		UNAB					
C.S Comuneros		UIS					
C.S Concordia		UCC					
C.S Cristal							
C.S La Joya		UCC-UNAB	UMB				
C.S Libertad	UNAB	UNAB					
C.S Morrónico		UIS					
C.S Mutis	UDES	UCC					
C.S Pablo VI							
C.S Rosario	UNAB	UDES -UIS				USTA	
C.S Toledo Plata	UNAB	UCC-UIS	UMB	UMB			
Hospital Local del Norte							
Urgencias	UDES-UNAB	UDES - UCC-UNAB- UIS					UNAB
Laboratorio Clínico					UDES- UIS		
Hospitalización	UNAB - UDES	UDES - UCC-UNAB- UIS					
Cirugía	UNAB	UCC-UNAB- UIS					
Sala de Partos	UNAB	UCC-UNAB- UDES					
UIMIST							
Consulta Externa	UIS	UCC-UNAB- UIS					UNAB
Pediatría Urgencias	UNAB- UDES	UCC-UNAB- UIS					
Laboratorio Clínico					UDES- UIS		
Pediatría Recién Nacido- Lactantes-Ambulatoria	UDES	UCC-UNAB- UIS					

Fuente: Convenios Docencia Servicio ESE ISABU

3.17.6 ROTACIÓN ESCUELAS DE ENFERMERÍA 2017 - 2019

TABLA 422 INFORME DE ROTACIONES DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA 2017 - 2019

Escuela Formación	Rotación 2017	Rotación 2018	Rotación 2019
	285	570	249
	119	312	431
	140	233	39
	107	118	51
	109	117	150
	233	220	179
Total Estudiantes Año	993	1.570	1.099

Fuente: Convenios Docencia Servicio ESE ISABU

Durante el periodo comprendido entre los años 2017 al 2019, han rotado por la ESE ISABU 3.662 Estudiantes Auxiliares de Enfermería de 6 Escuelas, con las cuales se tiene Convenio vigente: EFORSALUD, San Pedro, CORPOSALUD, CIDES, Congregación Mariana y SENA. Al realizarse un análisis comparativo entre el año 2017 y 2018, se refleja un incremento del 58% en el año 2018 respecto a 2017. En el periodo 2019 se observa una disminución del 30% respecto a 2018. En la vigencia 2018 se refleja la mayor rotación de auxiliares de enfermería en la ESE ISABU.

Al medirse el número de estudiantes frente la escuela que más rotaron durante el transcurso de estos 3 años en nuestra institución, es la Escuela de Enfermería EFORSALUD con un 30% de la rotación de estudiantes en general, realizando sus prácticas en la Unidad Hospitalaria Hospital Local del Norte en el Área de Urgencias, Medicina Interna, Sala de Partos, Pediatría y Puerperio y en el Centro de Salud Toledo Plata donde realizan intervención en los programas de PAI, demanda inducida, y brindan apoyo en las jornadas extramurales.

Concluyéndose que durante los periodos del 2017 a 2019 rotaron por la E.S.E ISBAU un total 10.897 estudiantes quienes realizaron sus prácticas formativas.

3.17.7 ROTACIÓN ESCUELAS DE ENFERMERÍA POR UNIDADES OPERATIVAS 2020

TABLA 423 INFORME DE ROTACIONES DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA 2020

Rotaciones Escuelas de Formación 2020						
Unidad Operativa / Servicio	Instituciones Educativas					
	Congregación Mariana	CORPOSALUD	CIDES	San Pedro	SENA	EFORSALUD
C.S Café Madrid						
C.S Colorados						
C.S Gaitán					X	
C.S Girardot	X	X	X			
C.S IPC						
C.S Kennedy					X	
C.S Regaderos						
C.S San Rafael						
C.S Santander		X				
C.S Villa Rosa						
C.S Bucaramanga						
C.S Campo Hermoso					X	X
C.S Comuneros					X	
C.S Concordia						
C.S Cristal						
C.S La Joya					X	
C.S Libertad					X	
C.S Morrónico		X			X	
C.S Mutis	X	X			X	
C.S Pablo VI				X		
C.S Rosario		X		X	X	
C.S Toledo Plata		X				
Hospital Local del Norte						
Urgencias	X	X	X	X	X	X
Hospitalización	X	X	X		X	X
Cirugía	X	X	X	X	X	X
Sala de Partos			X	X	X	X
Pediatría	X	X	X			X
Laboratorio Clínico	X	X	X	X	X	X
Salud Oral				X		
UIMIST						
Pediatría		X			X	
Puerperio			X	X		X

Sala de Partos	X		X		X	
Laboratorio Clínico		X		X		
Salud Oral	X	X	X			

Fuente: Convenios Docencia Servicio ESE ISABU

3.17.8 LOGROS EN CONVENIOS DOCENCIA – SERVICIOS

Durante el periodo del 2017 al 2019 se logró estructurar, planear y reorganizar la Oficina de Convenios Docencia Servicio, en los procesos y procedimientos internos, permitiendo un mayor seguimiento a las rotaciones de los estudiantes. Actualmente se cuenta con el Procedimiento de Convenios y con Indicadores de seguimiento al mismo.

Ante la necesidad de ser equitativos entre el número de estudiantes y espacios de rotación que no interfirieran en los cruces y conglomeración de estudiantes en los servicios de la ESE ISABU se elaboró e implementó la Malla de Rotación de Estudiantes siendo requerida a las 3 Instituciones Educativas de Enfermería (UDES, UNAB, UCC) y Escuelas de Enfermería (SENA, CIDES, EFORSALUD, Escuela San Pedro, CORPOSALUD). Obteniéndose como resultado una mayor intervención y atención hacia nuestros usuarios con respeto de espacios y rotaciones por parte de los estudiantes.

Se elaboró e implementó Formato de Hoja de Vida de Docente y Estudiantes basado en los lineamientos de la Oficina de Convenios y entrega de documentación respectiva para dar inicio a cada rotación, con una carta de presentación dirigida al Centro de Salud o Unidad Hospitalaria, como filtro recibiendo el aval del inicio de la respectiva rotación. Lográndose tener un mayor control en la totalidad de la entrega de documentación hacia la Oficina de Convenios (ARL, Pólizas de Responsabilidad Civil, Carnet de Vacunación, Anexos Técnicos) y por ende prevención ante algún evento adverso que pueda ocurrir dentro de nuestra institución, teniéndose la respectiva documentación legal en orden y al día.

Se proyecta un Cuadro de Rotación de Estudiantes exigidos a todas las instituciones educativas antes de dar inicio a sus rotaciones, lográndose tener claridad y control sobre la zona en donde van a realizar la rotación los estudiantes, conteniendo información relevante entre ellas (fecha de inicio y terminación de la rotación, horarios de rotación, número de estudiantes por rotaciones, nombre de los docentes y estudiantes), enviados con antelación a los diversos servicios y Centros de Salud de la ESE ISABU permitiendo de esta manera a los Coordinadores Técnicos de Zonas y Jefes de Servicios tener un mayor control de los estudiantes que roten por la Institución en los 22 Centros de Salud y las Dos Unidades Hospitalarias.

Con el fin de dar a conocer el Plan de Trabajo requerido por la Oficina de Convenios ESE ISABU hacia las Instituciones Educativas y seguimiento a la misma se realizaron semestralmente dos reuniones individuales con cada IES y Escuelas de Enfermería, seguimiento basado en la normatividad del Ministerio de Educación. Permitiendo un mayor fortalecimiento entre las partes, mediante el compromiso y acompañamiento de la misma.

Resultado reflejado en la Auditorías realizadas por los entes de Control Interno y EPS en donde no se evidencio ningún hallazgo generándose resultados positivos de la auditoria.

Ante la necesidad que los estudiantes conocieron nuestros procesos desde todas las áreas y adquirieran un sentido de pertenencia hacia nuestra institución, se institucionaliza un proceso de vital importancia dentro de nuestra organización la Inducción de Estudiantes, de obligatoria Asistencia dirigida a quienes ingresan por primera vez a rotar por nuestra Institución. Se realizó una inducción por semestre en dos jornadas con asistencia de 400 estudiantes por jornada para un total de 2,400 estudiantes que asistieron desde el año 2017 al 2019. Obteniéndose como resultado sentido de responsabilidad por parte de las Instituciones Educativas reflejado en la asistencia de los estudiantes. Se adquirió en los estudiantes sentido de pertenencia hacia nuestra institución evidenciado en los resultados obtenidos en los informes entregados en cada rotación, la colaboración y participación de los funcionarios de la ESE ISABU desde cada una de sus áreas (oficina de Calidad, Oficina de Planeación, Oficina Jurídica, Salud Mental y el Área de PYP), en pro de dar a conocer sus procesos internos permitiendo a los estudiantes un amplio conocimiento de la ESE ISABU. Dando así inicio a las prácticas formativas con apoyo de las diversas áreas de la ESE ISABU, en temáticas de Sistema General de la Garantía de la Calidad, Vigilancia Epidemiológica, Programas de PYP, Maternidad Segura “La Magia del Amor”, Salud Mental y Violencia, Responsabilidad Médica y Plataforma Institucional. De igual manera reciben Inducción por parte de las jefes de los servicios de los Centros de Salud y Unidades Hospitalarias del área en que van a rotar. Obteniéndose un 88% de calificación donde los estudiantes manifiestan haber recibido una adecuada Inducción en los servicios antes de iniciar sus prácticas formativas.

Desde la Oficina de Convenios y con el apoyo de las coordinadoras de prácticas de la IES se proyectó e implementó el Formato de Producción basado en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud, diligenciado por las estudiantes de la Facultad de Enfermería (UDES, UIS y UCC) siendo aplicado de igual manera por las auxiliares de las Escuelas de Enfermería (San Pedro, EFORSALUD, CIDES, SENA, Congregación Mariana, CORPOSALUD). Herramienta que permitió conocer la producción de los estudiantes frente a sus rotaciones e intervención en cada programa.

Ante el seguimiento a los informes entregados por los estudiantes de PDA último semestre, desde la Oficina de Convenios se vio la necesidad de solicitar un programa que causara impacto a nuestra Institución dirigido hacia los funcionarios y colaboradores ESE ISABU. Es así como se organiza un programa académico articulado por los estudiantes de Enfermería de las Universidades UNAB-UCC-UDES-UIS para el “Fomento de la Cultura del Cuidado encaminado al Fortalecimiento de la Atención Segura” mediante estrategias de información, educación y comunicación (IEC) durante el periodo comprendido entre 2019-2021. El instrumento utilizado fue una encuesta sobre la Seguridad del Paciente Empresa Social de Estado Instituto de Salud de Bucaramanga, ESE ISABU. https://docs.google.com/forms/d/1-8pCtwx_nXEiQXGQszQmcfjCyJavFCZP6-129vxWBYA/edit Tomada de la agencia para la investigación y calidad en la atención de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ) y adaptada por el CES de Medellín en Colombia. Lográndose como resultado la fusión de las Universidades, mejorando la convivencia entre los estudiantes y el trabajo en equipo.

Por medio de las rotaciones de los estudiantes en formación de la ESE ISABU en el C.C. Café Madrid, el programa de enfermería de la UDES evidenció la necesidad de un proyecto interdisciplinario y avalado por el Comité de Ética e Investigación de la ESE ISABU proyecto “Programa InterProfesional de Prácticas de Cuidado Integral para la Atención Humanizada de la Primera Infancia en Condición de Vulnerabilidad de 14 sectores de la comuna 1 de Bucaramanga, Colombia.

Se logró fortalecer la relación participativa y de compromiso mutuo por parte de las IES, quienes durante todo el proceso estuvieron abiertas ante la solicitud por parte de los servicios del ISABU, oficina de convenios, lográndose afianzar el mutuo interés de cumplir con todos los lineamientos Institucionales. Percibido por la visita realizada por parte del PAR del Ministerio de Educación hacia nuestra Institución.

Desde el año 2108 se implementó la evaluación de rotaciones a través de una encuesta diligenciada por los estudiantes de las Instituciones Educativas Superiores y Escuelas de Enfermería, evidenciando el compromiso de las instituciones educativas en la participación de sus estudiantes en el diligenciamiento, obteniéndose resultados satisfactorios para la ESE ISABU. Lográndose que durante los periodos del 2017 al 2019 haya sido diligenciada Encuesta de Estudiantes de la ESE ISABU por 6.074 estudiantes de las 6 IES y 6 Escuelas de Enfermería reflejándose respuestas positivas basado en los resultados positivos para nuestra Institución.

3.17.9 RECOMENDACIONES EN CONVENIOS DOCENCIA - SERVICIO

Seguir afianzando las relaciones con las IES con las cuales la ESE ISABU tienen convenios vigentes quienes han demostrado compromiso y aportes que benefician a nuestra Institución.

Continuar con los procesos existentes proyectados e implementados por la oficina de Convenios los cuales han sido herramientas que han demostrados resultados de impacto de organización y seguimiento a los convenios.

Seguir fortaleciendo los programas de la ESE ISABU e investigaciones que unifique e integren las diversas instituciones educativas generando proyectos de interés que permitan abarcar la totalidad de nuestra población y por ende siendo beneficiados nuestra razón de ser nuestros usuarios.

4. PROCESOS DE APOYO

4.1 GESTIÓN FINANCIERA

4.1.1 GESTIÓN PRESUPUESTAL

4.1.1.1 LÍNEA BASE (DIC 2015)

Al momento del inicio del período institucional correspondiente a la administración municipal, es decir, con corte al 31 de diciembre de 2015, la entidad presentaba la siguiente situación, en relación con el componente de ingresos:

TABLA 424. INGRESOS CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2015

ÍTEM	CONCEPTO	VALORES	RELACIÓN PORCENTUAL
A	Presupuesto Definitivo (Año 2015)	\$34,738,146,296	
B	Valores Recaudados	\$28,460,822,799	82% (B/A)
C	Valores Reconocidos (Facturados)	\$37,265,590,692	107% (C/A)

Fuente: SIHO

Se evidenciaba entonces que el valor de los recaudos efectuados durante el año 2015 estuvo en \$6,277 millones por debajo del valor total del presupuesto, pero que se contaba con valores susceptibles de ser cobrados que ascendían a los \$8,804 millones, de acuerdo con los reconocimientos de deuda a favor de la entidad, por parte de las entidades compradoras de los servicios de la misma.

En materia de gastos se identificaba la siguiente situación:

TABLA 425 GASTOS VIGENCIA 2015

ÍTEM	CONCEPTO	VALORES	RELACIÓN PORCENTUAL
A	Presupuesto Definitivo (Año 2015)	\$34,738,146,296	
B	Valores Comprometidos	\$33,636,223,037	97% (B/A)
C	Valores Pagados	\$28,460,822,799	85% (C/B)

Fuente: SIHO

Las deudas a cargo de la entidad, de acuerdo con la ejecución presupuestal de gastos, ascendían a \$5,175 millones (diferencia entre los compromisos adquiridos y los pagos

generados), de los cuales los valores correspondientes a Servicios Personales alcanzaban la suma de \$2,900 millones (lo que, en la práctica se traducía en cerca de tres meses de atraso en el pago del personal encargado de la prestación de servicios clínico – asistenciales y de servicios administrativos).

Adicionalmente, se adeudaban considerables valores por concepto Medicamentos e Insumos médico – quirúrgicos, Servicios de vigilancia, Servicios de aseo y Servicios de cafetería y alimentación, entre otros conceptos. En la Resolución de constitución de cuentas expedida a inicios del año 2016 se identifican los siguientes valores al respecto:

TABLA 426 VALORES ADEUDADO POR LA ESE ISABU PARA LA VIGENCIA 2016

CONCEPTO	VALORES ADEUDADOS
Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos	\$915 millones
Servicios de Vigilancia	\$258 millones
Servicios de Aseo	\$146 millones
Servicios de Cafetería y Alimentación	\$73 millones

Fuente: SIHO

Teniendo en cuenta que el valor de la disponibilidad final del año 2015 correspondió a cero pesos (\$0.00), el pago de las deudas existentes a cargo de la E.S.E. ISABU quedó, en la práctica, supeditado a la recuperación de la cartera existente y, en general, al recaudo efectuado en el año 2016. Al respecto, se identificaban, como se refirió líneas atrás, posibilidades de recaudo de cartera generada durante la vigencia 2015, por valores de \$8,800 millones, correspondientes a los valores adeudados por las denominadas Entidades Responsables de Pago (ERP), que acumulados con los correspondientes a otras vigencias, se acercaba a los \$12,000 millones. No obstante, debe tenerse en cuenta, de un lado, que dentro de las mismas figuraban entidades tales como CAPRECOM, SALUDCOOP, COMFANORTE y HUMANA VIVIR, incursas, para la época, en procesos de liquidación (ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud) y cuyas deudas con la E.S.E. ISABU alcanzaban los \$3,000 millones, cifra que debía ser incluida dentro de la categoría de “ALTA PROBABILIDAD DE NO RECUPERACIÓN”. De otro lado, debe tenerse en cuenta que existía también una cifra, también cercana a los \$3,000 millones correspondientes a glosas a la facturación de servicios de salud, pendientes de resolución, los cuales debían ser incluidos dentro de la categoría de “PROBABILIDAD MEDIA BAJA DE RECUPERACIÓN”.

Como quiera que el período institucional del Gerente nombrado durante la Administración municipal anterior culminó el día 31 de marzo de 2016 y que, hasta el día veinticuatro (24) de julio del mismo año, ejerció un Gerente encargado, menester resulta ilustrar la situación ocurrida durante dicho lapso, en los términos que se ilustran a continuación.

En relación con el componente de ingresos (Fecha de corte: Junio 30 de 2016):

TABLA 427 RELACIÓN DE INGRESOS A CORTE 30 DE JUNIO DE 2016

ÍTEM	CONCEPTO	VALORES	RELACIÓN PORCENTUAL
A	Presupuesto Año 2016	\$34,343,021,907	
B	Valores Recaudados	\$13,923,608,249	40% (B/A)
C	Valores Reconocidos	\$20,118,377,521	58% (C/A)

Fuente: SIHO

En materia de gastos se identificaba la siguiente situación:

TABLA 428 RELACIÓN DE GASTOS A CORTE 30 DE JUNIO DE 2016

ÍTEM	CONCEPTO	VALORES	RELACIÓN PORCENTUAL
A	Presupuesto Definitivo (Año 2015)	\$34,343,021,907	
B	Valores Comprometidos	\$21,008,984,976	61% (B/A)
C	Valores Pagados	\$13,427,236,280	64% (C/B)

Fuente: SIHO

Las deudas a cargo de la entidad ascendían, en la fecha de corte en mención, a **\$7,581 millones** (diferencia entre los compromisos adquiridos y los pagos generados), agudizándose la situación en relación con los pagos correspondientes a Servicios personales (tanto de carácter clínico – asistencial como de tipo administrativo), al igual que en los asociados a Medicamentos e Insumos médico – quirúrgicos, Servicios de vigilancia, Servicios de aseo y Servicios de cafetería y alimentación, además de otros múltiples conceptos.

Si bien es cierto que se había efectuado el saneamiento y pago de la casi totalidad de las deudas correspondientes a las vigencias anteriores (\$5,175 millones), también lo es que el monto total de deudas existentes, causadas durante los meses de enero a junio de 2016, **había aumentado en \$2,406 millones**, para un acumulado, se reitera, de \$7,581 millones.

ADOPCIÓN DE MEDIDAS INICIALES DE CONTENCIÓN Y REDUCCIÓN DE COSTOS

Dado el alto nivel de compromisos de gastos adquiridos encontrado, al igual que el referido aumento de las deudas a cargo de la entidad, la gestión inicial de la Gerencia se centró en la estabilización financiera de la misma, adoptando acciones de contención y reducción de los costos de operación, **evitando, de paso, el deterioro en la categorización de Riesgo Financiero.**

Fue así como se adoptaron, entre otras, las siguientes determinaciones:

- Cambio de esquema contractual del personal de prestación de servicios clínico – asistenciales (médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, auxiliares de servicios, otros), a partir del mes de agosto de 2016, dejando de lado la onerosa y riesgosa contratación mediante tercerización, sin disminución de la remuneración del personal contratado y sin afectaciones en la prestación de los servicios.
- Cambio de esquema contractual del personal de facturación, a partir del mes de noviembre de 2016, dejando de lado, al igual que en el caso anterior, la contratación con terceros y efectuando contratación directa del personal.
- Optimización de los procesos de Archivo de Historias Clínicas, mediante la supresión de las áreas existentes para tal fin en cada uno de los Centros de Atención y la concentración de las mismas en un único punto (Archivo Central), disminuyendo ostensiblemente el número de personas dedicadas a tal proceso (de 28 a 6).
- Optimización de los procesos de Seguridad y vigilancia y de Alimentación hospitalaria.

4.1.1.2 SITUACIÓN PRESUPUESTAL FINAL AÑO 2016.

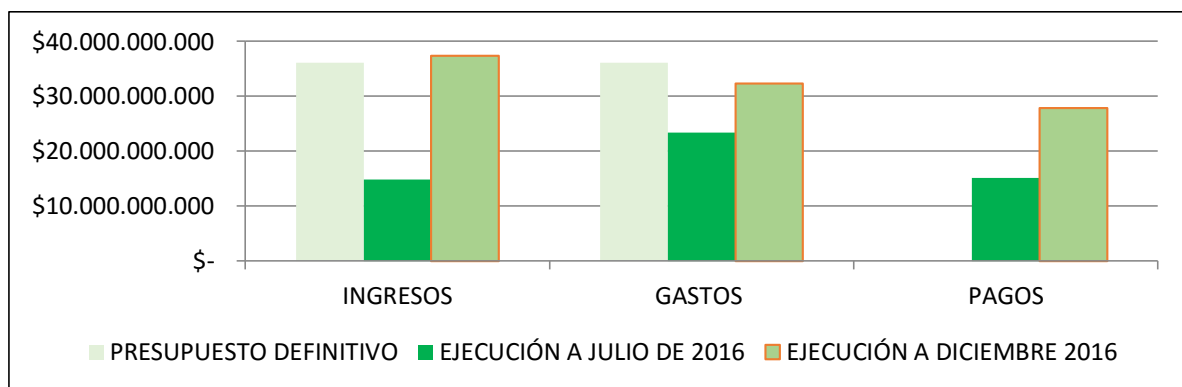
Se ilustran enseguida los comportamientos de Ingresos, Gastos y Pagos, comparando la finalización del mes de Julio del año 2016 (momento del inicio de la gestión de la actual Gerencia de la entidad) con la finalización del mes de Diciembre del mismo año:

TABLA 429 COMPORTAMIENTOS DE INGRESOS, GASTOS Y PAGOS, COMPARANDO LA FINALIZACIÓN DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2016 A DICIEMBRE DE 2016

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	EJECUCIÓN A JULIO DE 2016	%	EJECUCIÓN A DICIEMBRE 2016	%
INGRESOS	\$ 36,111,075,396	\$ 14,820,771,671	41%	\$ 37,319,496,647	103%
GASTOS	\$ 36,111,075,396	\$ 23,396,150,141	65%	\$ 32,289,800,829	89%
PAGOS		\$ 15,098,399,753	65%	\$ 27,855,772,546	86%

Fuente: SIHO

GRÁFICO 56 INGRESOS, GASTOS Y PAGOS, COMPARANDO LA FINALIZACIÓN DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2016 A DICIEMBRE DE 2016

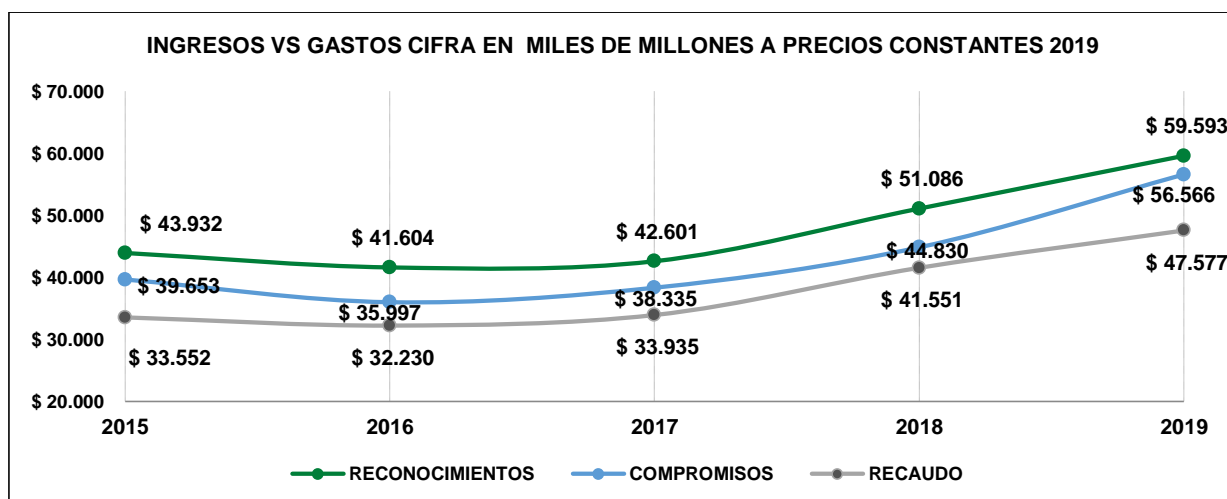


Fuente: SIHO

Es decir, con corte al 31 de julio de 2016 existían compromisos no pagados por las suma de \$8.297 millones de pesos corrientes, que se derivan de la diferencia entre el presupuesto comprometido y los pagos realizados.

Como se puede apreciar en la gráfica siguiente, al iniciar la gestión del actual equipo directivo, se estimaba un déficit de tesorería a 31 de diciembre de 2016 de (\$3.767) a precios constantes de 2019 como resultado de la diferencia entre los compromisos proyectados y los recaudos estimados. Teniendo en cuenta y de acuerdo con la normatividad aplicable a la gestión presupuestal de las empresas sociales del Estado, los compromisos asumidos y no pagados al finalizar la vigencia deben ser incorporados al presupuesto de la vigencia siguiente. Así las cosas, la ESE ISABU debió financiar el déficit de Tesorería con los recaudos de la vigencia 2017 y siguientes.

GRÁFICO 57 INGRESOS VS GASTOS CIFRA EN MILES DE MILLONES A PRECIOS CONSTANTES 2019



Fuente: SIHO precios constantes 2019

En otros términos, el déficit que se comenzó a generar en el primer semestre de 2016, influyó notoriamente en balances presupuestales de las vigencias subsiguientes.

4.1.1.3 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS

TABLA 430 INDICADORES PRESUPUESTALES VIGENCIA 2016-2019

INDICADORES PRESUPUESTALES				
VIGENCIA	2016	2017	2018	2019
INGRESOS RECONOCIMIENTO	37.319.496.647	39.776.941.887	49.215.344.603	59.592.674.927
INGRESOS RECAUDO	28.910.705.322	31.685.334.369	40.029.490.863	47.577.430.532
GASTOS COMPROMETIDOS	32.289.800.829	35.793.724.732	43.189.304.242	56.565.905.580
RECAUDO / RECONOCIMIENTO	77%	80%	81%	80%
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECONOCIMIENTO	1,16	1,11	1,14	1,05
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	0,90	0,89	0,93	0,84

Fuente: SIHO precios corrientes

Dentro de la ejecución presupuestal correspondiente a la vigencia 2016, el reconocimiento del ingreso ascendió a (37,319'), en cuanto al recaudo de los ingresos finalizó en (28,910'), lo que traduce en un **77%** del recaudo realizado del total de los ingresos reconocidos a la entidad. En este mismo sentido, los ingresos respaldaron oportunamente los gastos; en el cual los compromisos de gastos ascendieron a (32,289'), lo que significa que el indicador de equilibrio presupuestal con reconocimiento se estimó en (1.16); lo que significa, que por cada compromiso del gasto se tienen garantizado en el ingreso 1 peso con 16 centavos de mas, lo que traduce un superávit de la gestión presupuestal de la entidad en la vigencia 2016.

Dentro de la vigencia 2017, el reconocimiento del ingreso ascendió a (39,776'), en cuanto al recaudo de los ingresos finalizó en (31,685'), lo que traduce en un **80%** del recaudo realizado del total de los ingresos reconocidos a la entidad. En este mismo sentido, los ingresos respaldaron oportunamente los gastos; en el cual los compromisos de gastos ascendieron a (35,793'), lo que significa que el indicador de equilibrio presupuestal con reconocimiento se estimó en (1.11); lo que significa, que por cada compromiso del gasto se tienen garantizado en el ingreso 1 peso con 11 centavos de mas, lo que traduce en un superávit de la gestión presupuestal de la entidad en la vigencia 2017.

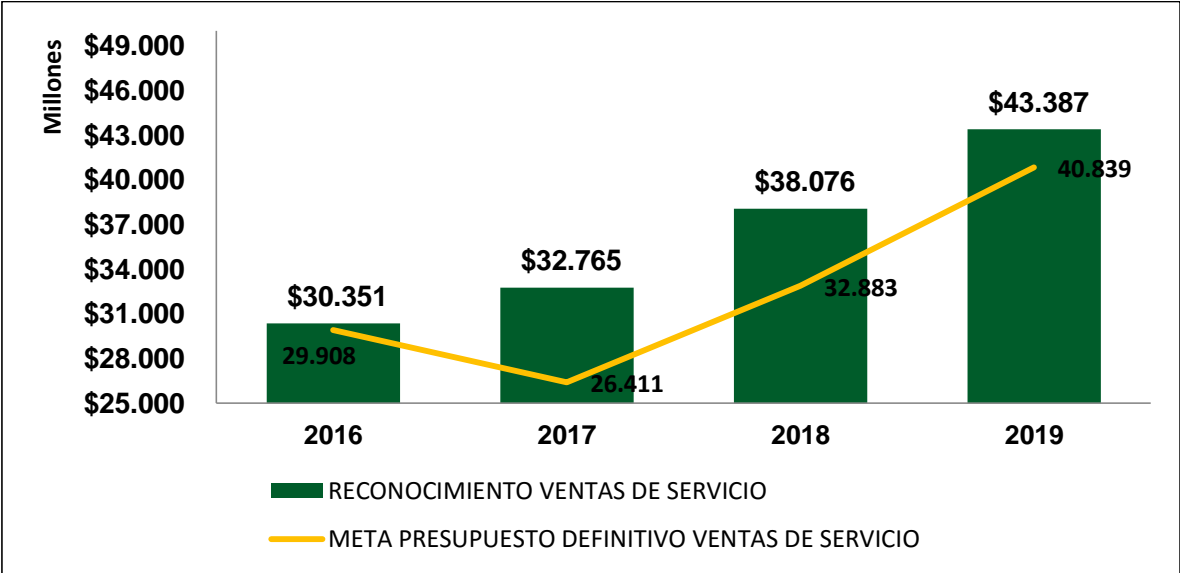
De igual manera, dentro de la vigencia 2018, el reconocimiento del ingreso ascendió a (49,215'), en cuanto al recaudo de los ingresos finalizó en (40,029'), lo que traduce en un **81%** del recaudo realizado del total de los ingresos reconocidos a la entidad. En este mismo sentido, los ingresos respaldaron oportunamente los gastos; en el cual los compromisos de

gastos ascendieron a (43,189'), lo que significa que el indicador de equilibrio presupuestal con reconocimiento se estimó en (1.14); lo que significa, que por cada compromiso del gasto se tienen garantizado en el ingreso 1 peso con 14 centavos de mas, lo que traduce en un superávit de la gestión presupuestal de la entidad en la vigencia 2018.

En la vigencia 2019, el reconocimiento del ingreso ascendió a (59,592'), en cuanto al recaudo de los ingresos finalizó en (47,577'), lo que traduce en un **80%** del recaudo realizado del total de los ingresos reconocidos a la entidad. En este mismo sentido, los ingresos respaldaron oportunamente los gastos; en el cual los compromisos de gastos ascendieron a (56,565'), lo que significa que el indicador de equilibrio presupuestal con reconocimiento se estimó en (1.05); lo que significa, que por cada compromiso del gasto se tienen garantizado en el ingreso 1 peso con 5 centavos de más, lo que traduce en un superávit de la gestión presupuestal de la entidad en la vigencia 2019.

4.1.1.4 INGRESOS POR VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD

GRÁFICO 58 RECONOCIMIENTO EN MILLONES DE LAS VENTAS DE SERVICIO DE SALUD



Fuente: SIHO precios corrientes

Bajo esquemas de ampliación y mejoramiento de la oferta de servicios de salud, incorporando algunos de los que no se disponía y ampliando los horarios de prestación de otros, en el Hospital Local del Norte, en la UIMIST y en la mayoría de los Centros de Atención, la E.S.E. ISABU ha incrementado, año tras año, los valores derivados de la venta de los mismos a las denominadas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

La siguiente tabla ilustra la información de manera detallada.

TABLA 431 RECONOCIMIENTO VENTA DE SERVICIOS DE SALUD DESDE LA VIGENCIA 2016 A 2019

RECONOCIMIENTO VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017	VIGENCIA 2018	VIGENCIA 2019
E.P.S. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 122.774.293	\$ 536.187.055	\$ 804.488.669	\$ 1.187.336.294
E.P.S. RÉGIMEN SUBSIDIADO (Cobro por Capitación)	\$ 22.178.502.087	\$ 22.994.118.779	\$ 25.889.715.943	\$ 23.427.138.826
E.P.S. RÉGIMEN SUBSIDIADO (Cobro por Evento)	\$ 4.499.460.845	\$ 5.772.492.361	\$ 5.686.653.134	\$ 9.828.054.273
DEPARTAMENTO DE SANTANDER	\$ 162.305.129	\$ 559.290.425	\$ 1.618.205.109	\$ 3.406.993.372
OTRAS ENTIDADES TERRITORIALES	\$ 15.179.171	\$ 29.644.554	\$ 50.749.748	\$ 49.511.415
PPNA (Alcaldía Municipal)	\$ 205.173.612	\$ 356.983.884	\$ 433.430.146	\$ 1.179.571.568
OTROS MUNICIPIOS	\$ 28.298.340	\$ 19.799.655	\$ 42.905.561	\$ 33.045.309
ADRES (Antes FOSYGA)	\$ 9.237.615	\$ 22.861.864	\$ 40.552.604	\$ 84.512.356
SALUD PÚBLICA (PIC – APS – VIG. EPID)	\$ 1.853.361.382	\$ 2.234.384.194	\$ 2.307.749.960	\$ 3.740.264.192
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	\$ 357.028.252	\$ 238.983.223	\$ 1.201.095.596	\$ 450.559.626
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES)	\$ 919.722.244	\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL	\$30.351.042.970	\$32.764.745.993	\$38.075.546.470	\$43.386.987.231

Fuente: SIHO precios corrientes

Fue así como en el mismo año 2017 frente al año 2016, que se registró un incremento del 1% en el reconocimiento de ingresos por cuenta de la venta de servicios de salud. Aumentando, desde ese año, de manera significativa, los recursos provenientes para la ejecución de prestación de servicios para el desarrollo de actividades que beneficien y mejoren la salud pública del municipio de Bucaramanga; a través de Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.), Atención primaria en Salud y Convenio de vigilancia epidemiológica en los años siguientes, financiado por la Alcaldía Municipal.

A su turno, en el año 2017 el incremento en el reconocimiento por la venta de servicios de salud, alcanzado finalizar la vigencia 2017 se estimó en **24%** frente al presupuesto asignado para la vigencia. En cuanto al crecimiento del recaudo por la venta de servicios de salud entre la vigencia 2016 y 2017, los aumentos más notables son los relacionados con las ventas de servicios a Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (**63%**), los derivados de la atención bajo modalidad de pago por evento a Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (**38%**) y los relacionados con modalidad de contratación de Cápita con un (13%).

Para el caso de la vigencia correspondiente al año 2018, los valores por reconocimiento de servicios de salud alcanzaron a superar con un (**16%**) del presupuesto asignado para la vigencia 2018. Sin embargo, lo más preponderante es el crecimiento acumulado de los ingresos por venta de servicios de Salud de los años 2017 y 2018 se estima sea de un (**25%**) para el reconocimiento y un (**36%**) para el recaudo frente a como se desarrolló la vigencia 2016. Esto producto de la recuperación de imagen y credibilidad de las Unidades hospitalarias (Hospital Local del Norte y UIMIST) y de los Centros de Atención de servicios

ambulatorios. Fue así como se aumentaron significativamente los valores facturados, derivados de prestación de servicios bajo la modalidad de contratación por capitación, al incluir atenciones de mediana complejidad a los afiliados de la EPS ASMET SALUD (Pago Global Prospectivo), asociado a las atenciones de urgencias y de mediana complejidad, convirtiendo a la ESE ISABU en una excelente alternativa para la atención de los usuarios de las diversas E.P.S. que operan en la ciudad de Bucaramanga y en sus áreas aledañas.

Finalmente, para la vigencia 2019 como resultado de la prestación de servicios de Salud se superó la meta establecida por el presupuesto definitivo para esta en un **(6%)**, no obstante, lo más representativo fueron los ingresos para la inversión en salud pública, recursos provenientes del Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.), Convenios de Vigilancia Epidemiológica y Atención Primaria en Salud. Así mismo, por el alto crecimiento del reconocimiento por la prestación de servicios de salud referida atención de urgencias a Población Pobre No Asegurada al igual que a la masiva población extranjera migrante, cuya facturación, en parte, se efectúa a la citada Secretaría de Salud de Santander.

TABLA 432 RECONOCIMIENTO (PPNA-EXTRANJEROS) 2019

RECONOCIMIENTO (PPNA-EXTRANJEROS) 2019				
RUBRO	BUCARAMANGA	SANTANDER	TOTAL GENERAL	% FACTU
Extranjeros	\$ 673.255.046,00	\$ 2.780.516.209,00	\$ 3.453.771.255,00	75%
PPNA	\$ 506.316.522,00	\$ 626.477.163,00	\$ 1.132.793.685,00	25%
Total general	\$ 1.179.571.568,00	\$ 3.406.993.372,00	\$ 4.586.564.940,00	100%

Fuente: SIHO precios corrientes

Respecto a la ERP correspondiente a la entidad territorial del departamento de Santander por la venta de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a la población migrante. Se puede evidenciar en la siguiente tabla como ha crecido el rezago presupuestal derivado del escaso y casi nulo recaudo respecto al reconocimiento por los servicios prestados.

En conclusión y al cierre de la vigencia 2019, se ha llegado que en términos de recaudo y reconocimiento de cada vigencia la Entidad departamento de Santander adeuda a la ESE ISABU asciende a (5,621'); ocasionando afectación negativa en el flujo de caja presente y de cada vigencia del cual es necesario para hacer el respectivo pago a personal y proveedores.

TABLA 433 RECAUDO Y RECONOCIMIENTO DESDE LA VIGENCIA 2016 A 2019 DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

DPTO DE SANTANDER	RECONOCIMIENTO VIGENCIA	RECAUDO VIGENCIA	RECAUDO / RECONOCIMIENTO	REZAGO O CARTERA A VIGENCIAS SIGUIENTES
2016	162.305.129	2.035.823	1,3%	160.269.306
2017	559.290.425	5.963.091	1,1%	553.327.334
2018	1.618.205.109	15.321.776	0,9%	1.602.883.333
2019	3.406.993.372	101.641.508	3,0%	3.305.351.864
TOTAL	5.746.794.035	124.962.198	2,2%	5.621.831.837

Fuente: SIHO precios corrientes

En conclusión, el crecimiento de la prestación de servicios de Salud, se explica en gran medida producto de la inversión de recursos en la adecuación, remodelación, dotación de equipos biomédicos y demás enseres necesarios para la oportuna prestación de servicios de salud con calidad [CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS](#); en convenio con la alcaldía de Bucaramanga; lo que ha conllevado al mejoramiento en la oportunidad en la prestación de los servicios (ver [INFORME DE CALIDAD - OPORTUNIDAD](#)) esto se ve reflejado en las cifras presupuestales finales acumuladas a la vigencia 2019, las se que estiman frente a la vigencia 2016; el presupuesto definitivo creció en un **37%** comparado al 2019; sin embargo, el reconocimiento aumentó un **43%** y un recaudo del **47%** a diciembre de 2019, es decir una tendencia de crecimiento de los ingreso en resultado por encima de las metas establecidas del presupuesto definitivo de cada vigencia.

4.1.1.5 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS.

TABLA 434 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS

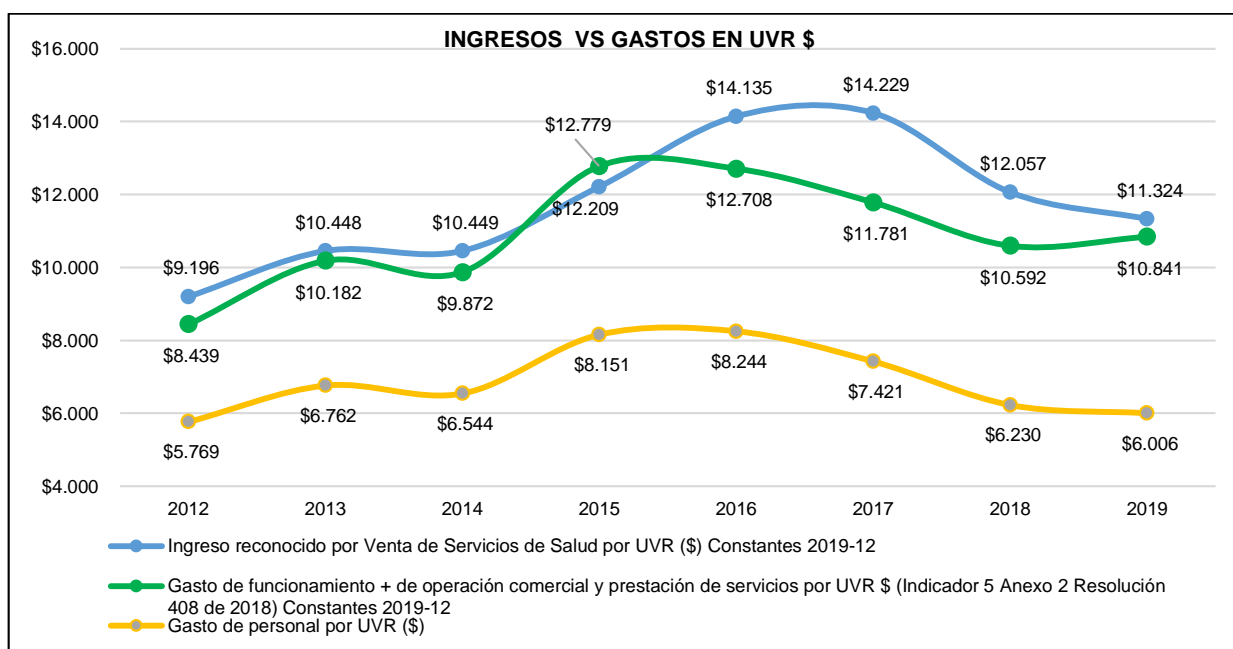
VIGENCIA	2016	2017	2018	2019
RECONOCIMIENTO INGRESOS	37.319.496.647	39.776.941.887	49.215.344.603	59.592.674.927
COMPROMISOS	32.289.800.829	35.793.724.732	43.189.304.242	56.565.905.580
COMPROMISOS / PRESUPUESTO DEFINITIVO	87%	90%	88%	95%

Fuente: SIHO precios corrientes

En relación con los gastos efectuados, los cuales han tenido también un incremento progresivo, debe tenerse en cuenta, entre otras, las situaciones particulares que se enuncian a continuación:

- Mayor producción y venta de servicios, con incidencia directa en la reducción de costos de servicios personales y de insumos requeridos para la prestación (medicamentos, material médico – quirúrgico, otros insumos: laboratorio clínico, odontología, etc.).

GRÁFICO 59 INGRESOS VS GASTOS EN UVR



Fuente: SIHO precios constantes 2019.

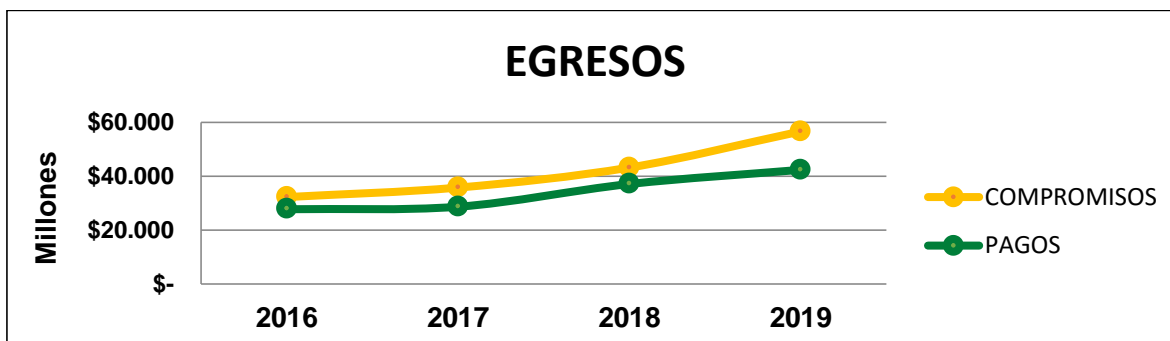
- Implementación de política de formalización laboral (creación y provisión de 96 cargos en 2017 y 58 en 2018), con la consecuente inclusión de valores correspondientes a prestaciones sociales y aportes asociados a la nómina. Ver [FORMALIZACIÓN LABORAL](#).
- Obligación de realización de pagos mensuales de pensiones (Cumplimiento de Acción constitucional de tutela). Ver [PENSIONES A CARGO DEL ISABU](#).
- Inclusión de Gastos de inversión, del presupuesto de ISABU derivados de la suscripción de convenios de cooperación con la Administración municipal, para efectos de mejoramiento de la infraestructura física de prestación de servicios, al igual que de equipamiento biomédico y de mobiliario [CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS 2018](#)

EGRESO

La siguiente gráfica ilustra el comportamiento de los gastos efectuados, incluyendo, de manera agregada, la totalidad de los mismos, es decir, los Gastos de funcionamiento, las Cuentas por Pagar, al igual que gastos de inversión (mejoramiento de infraestructura y dotación), evidenciando que el comportamiento de los pagos es similar al de los compromisos adquiridos y que la diferencia anual corresponde a la sumatoria del déficit de

tesorería acumulado (resultado del déficit sistemático de tesorería de varias vigencias, dado que las cuentas por pagar deben ser incluidas en el presupuesto de la vigencia siguiente).

GRÁFICO 60 EGRESOS VIGENCIA 2016-2020



Fuente: SIHO precios constantes

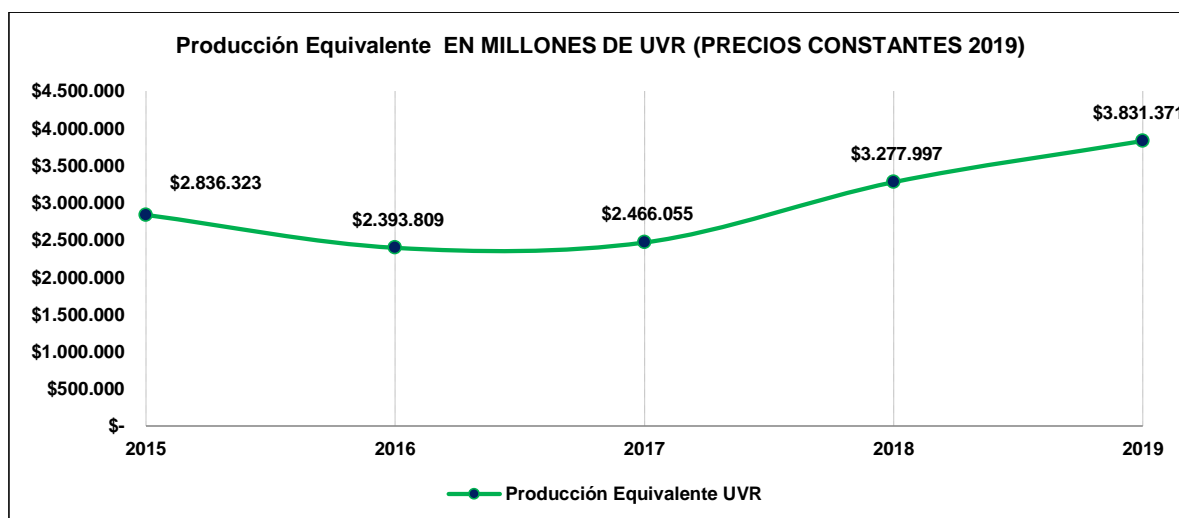
4.1.1.6 INGRESOS VS GASTOS

Las cifras registradas reflejan el impacto positivo derivado del progresivo incremento en la venta de servicios y, por consiguiente, en la productividad de la entidad, situación que se replica en el caso de los recursos financieros recaudados.

Desde otro punto de vista, se muestra el análisis sobre la producción medida en Unidades de Valor Relativo – U.V.R., el cual constituye el mecanismo de estandarización desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social para poder comparar la producción de servicios de salud entre vigencias o entre entidades asistenciales. Así, por ejemplo, una Consulta de medicina general equivale a 1.82 UVR, en tanto que un parto por cesárea equivale a 77.5 UVR. Es decir, el valor de la producción en U.V.R. de un periodo de tiempo se obtendrá de la sumatoria de la multiplicación el número de actividades por su valor en UVR.

Efectuada esta aclaración, debe mencionarse que la Empresa ha incrementado, de manera sostenida, su producción de servicios, tal como se aprecia en la gráfica siguiente:

GRÁFICO 61 PRODUCCIÓN EQUIVALENTE

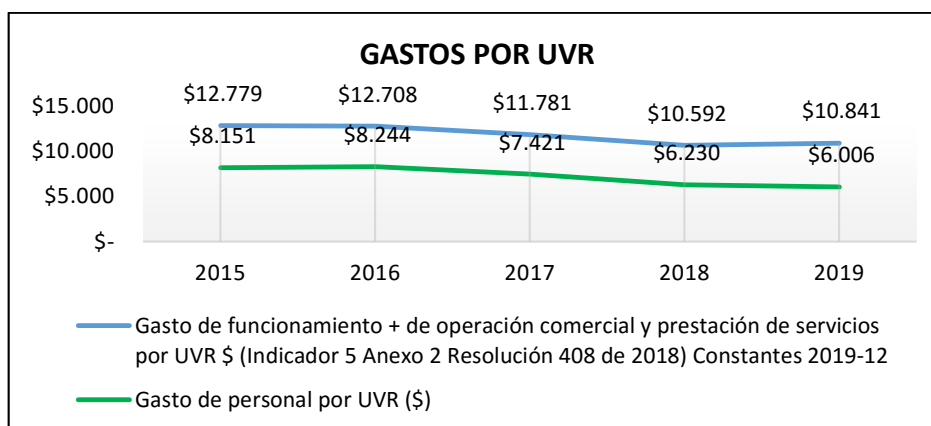


Fuente: SIHO 2193 vigencia 2015-2018 / Datos propios vigencia 2019 Subgerencia Administrativa ESE ISABU

Para determinar la eficiencia de los procesos de prestación de los servicios, se presenta un análisis que compara la relación entre la producción medida en U.V.R. y los gastos incurridos por la entidad para generar esas actividades. Es decir, se divide la producción medida en U.V.R. entre los recursos dinerarios utilizados. Naturalmente, entre más bajo el valor, significa que se emplearon menos recursos en la producción del mismo servicio. Debe tenerse en cuenta que para la producción de los servicios de salud se incurre básicamente en costos de personal e insumos clínico – asistenciales (material médico – quirúrgico, medicamentos, insumos para apoyos diagnósticos, otros).

Como puede verse en la gráfica siguiente, la relación entre gastos de personal y unidades de valor relativo tiene una tendencia decreciente. Así, mientras en el año 2015 el costo de cada U.V.R. alcanzaba aproximadamente los \$8.151; sin embargo, en el año 2019 el valor de la misma descendió a \$6.006 (\$2.145 menos), incrementando la eficiencia en un 26%.

GRÁFICO 62 GASTOS POR UVR VIGENCIAS 2015 AL 2019



Fuente: SIHO 2193 vigencia 2015-2018 / Datos propios vigencia 2019 Subgerencia Administrativa ESE ISABU

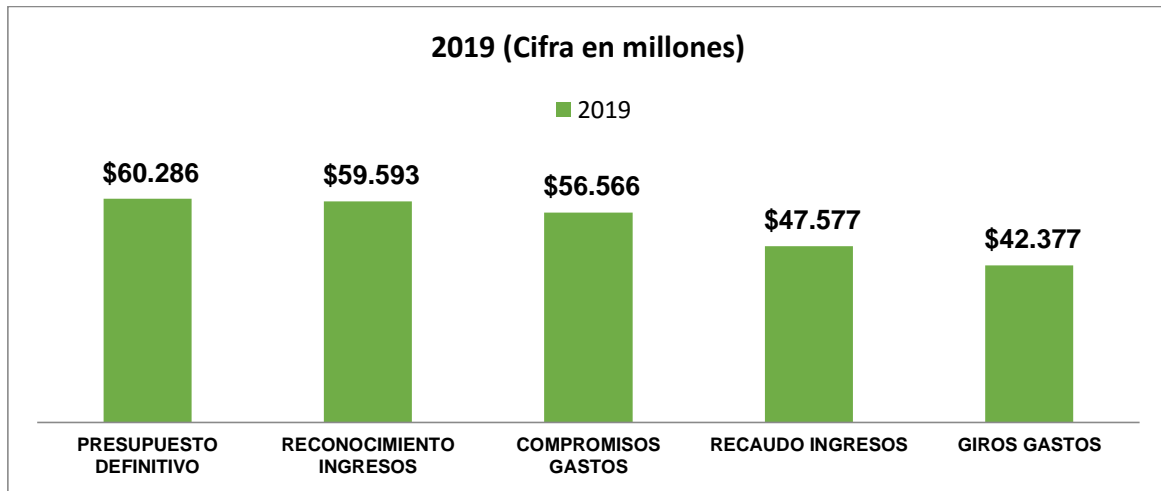
En el caso de la relación entre gastos de operación comercial y de prestación de servicios (es decir, el valor que cuesta una U.V.R. incluyendo personal e insumos), la tendencia es igualmente decreciente, pasando de \$12.779 a \$10.841, con mejoramiento de eficiencia del 15%.

Siguiendo con el ejemplo inicial, en 2015, una consulta médica general le costaba a la entidad \$27.370, en tanto que, en el año 2019, el costo de producción de la misma consulta es de \$23.265.

El costo de producción de un parto por cesárea en el año 2015 era de \$990.373 (77.5*\$12.779) mientras que en el año 2019, este costo se redujo a \$840.177 (77.5*\$10.841).

4.1.2 SITUACIÓN FINANCIERA FINAL 2019

GRÁFICO 63 SITUACIÓN FINANCIERA FINAL 2019



Fuente. Datos propios vigencia 2019 Subgerencia Administrativa ESE ISABU - Presupuesto

Al finalizar la vigencia 2019, como resultado de la gestión presupuestal. Los compromisos de gastos generados por la entidad en su totalidad (incluyendo gastos de funcionamiento, comercialización y cuentas por pagar) corresponden al 94% del presupuesto definitivo, no obstante, la garantía en el ingreso para respaldar los gastos corresponde al 97% del presupuesto definitivo. Es decir, que realizando análisis de reconocimientos de ingresos / compromisos de gastos, fundamentado en la resolución 2509 de 2012 es el indicador para evaluar el superávit o déficit de la institución y de esta manera **determinar si se encuentra o no en riesgo financiero**. En este sentido, como conclusión, el resultado del ejercicio es del **3%**, esto evidencia de acuerdo a la resolución un **SUPERAVIT** de la entidad en su gestión financiera presupuestal.

En detalle, de acuerdo al desarrollo de la ejecución presupuestal de gastos de la vigencia 2019 se presenta la siguiente tabla:

TABLA 435 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS DE LA VIGENCIA 2019

	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMISOS	% COMPROMISOS VS PRESUPUESTO	PAGOS	% PAGOS VS COMPROMISO
GASTOS DE PERSONAL	25,501,328,175	23,012,279,658	90.2%	21,920,381,792	95.3%
GASTOS GENERALES	9,659,211,428	9,318,359,732	96.5%	5,431,719,970	58.3%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	711,035,981	615,455,453	86.6%	615,455,453	100.0%
SALUD PÚBLICA: SALUD PARA TODOS Y CON TODOS	3,274,332,602	3,156,722,366	96.4%	2,714,143,687	86.0%
GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	5,433,427,297	5,431,594,574	100.0%	1,345,605,098	24.8%
GASTOS DE INVERSION	10,023,217,011	9,348,496,712	93.3%	5,114,407,176	54.7%
VIGENCIAS ANTERIORES	5,682,997,084	5,252,185,448	92.4%	5,235,737,461	99.7%

Fuente: SIHO 2193 vigencia 2015-2018 / Datos propios vigencia 2019 Subgerencia Administrativa ESE ISABU

El comportamiento de los pagos frente a los compromisos adquiridos en la vigencia 2019, lo que se resalta principalmente la oportunidad de pago inmediato a personal y proveedores; en lo correspondiente a transferencias corrientes por mandato constitucional, cuentas por pagar de vigencias anteriores y en gastos de Personal de nómina y contratista. Una vez realizado el cierre presupuestal y teniendo en cuenta que de acuerdo con la normatividad aplicable a la gestión presupuestal de las empresas sociales del Estado, los compromisos asumidos y no pagados al finalizar la vigencia deben ser incorporados al presupuesto de la vigencia siguiente. Así las cosas, la estimación de cuenta por pagar a incorporarse al presupuesto 2020 de la entidad, los gastos de personal pendientes a pagar ascienden a los 706 millones de pesos (perteneciente aproximadamente a un mes de honorarios de prestación de servicios asistenciales, administrativos y honorarios).

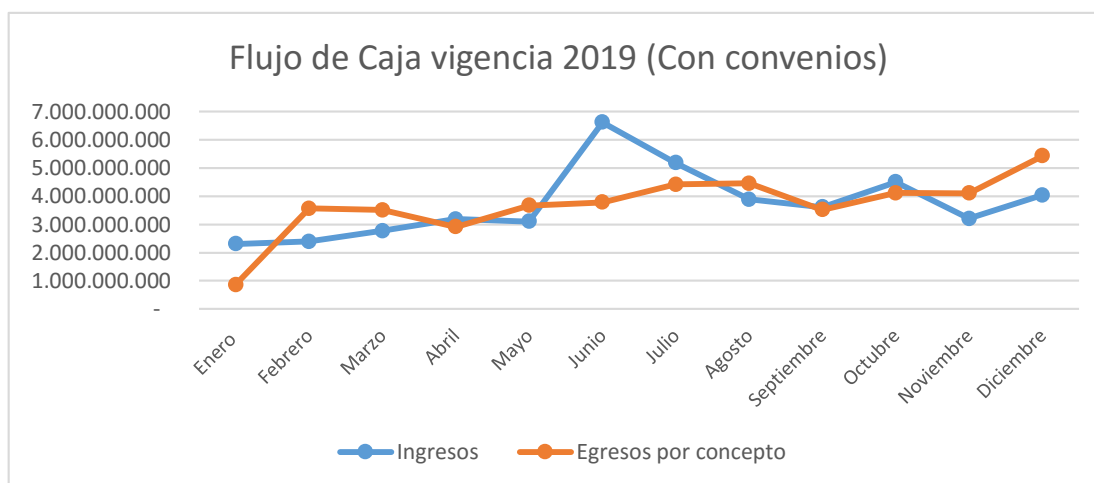
4.1.2.1 FLUJO DE CAJA AÑO 2019

- FLUJO DE CAJA 2019 (con convenios)

Durante la vigencia 2019 se presentó un flujo de efectivo por valor de \$44,837 millones de pesos de los cuales \$7,884 millones correspondieron a Convenios suscritos con la Alcaldía de Bucaramanga para la remodelación de Centros de Salud, Cocina y Mobiliario de la institución. De los cuales el municipio desembolsó en el mes de Junio de 2019 \$2,991 millones de pesos.

Aunque en los meses de Febrero y Marzo se presentaron gastos por encima de los ingresos, estos se financiaron con la disponibilidad de efectivo que se presentó al finalizar de enero por valor de \$2,101 millones. Así mismo, los anticipos a contratistas generados en el mes de Agosto por valor de \$ 1,366 millones impactaron la ejecución de los gastos por este concepto en ese mes.

GRÁFICO 64 FLUJO DE CAJA VIGENCIA 2019 (CON CONVENIOS)



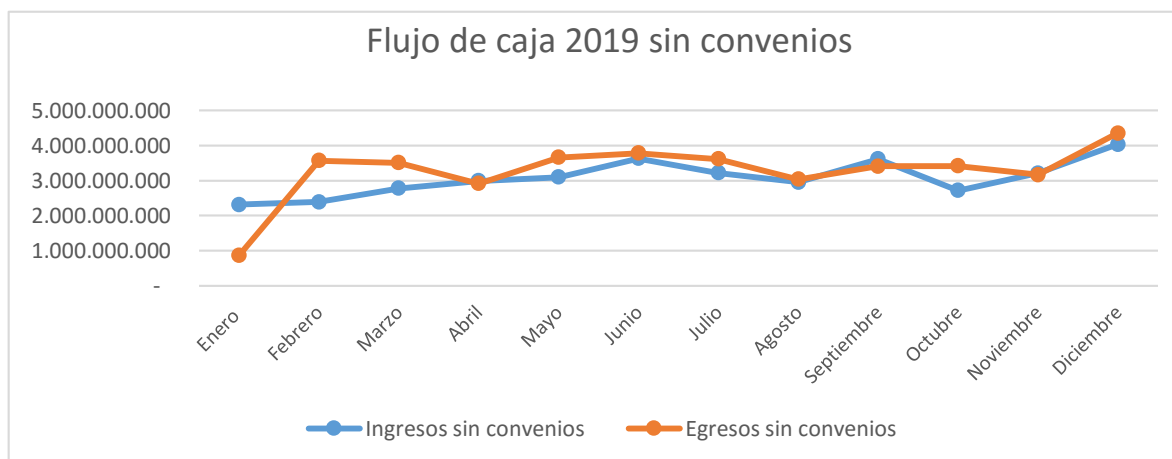
Fuente: SIHO 2193

En términos generales mientras el promedio mensual de ingresos fue de \$ 3,736 millones el de gastos ascendió a \$3,694 millones de pesos.

- FLUJO DE CAJA 2019 (Sin convenios)

Ahora bien, al analizar el flujo de caja sin tener en cuenta los recursos provenientes de los convenios, se observa que durante la vigencia se presentaron algunos problemas de liquidez derivado del flujo inferior de ingresos frente a los gastos y costos generados principalmente en Mayo, Junio, Julio y octubre.

GRÁFICO 65 FLUJO DE CAJA 2019 SIN CONVENIOS



Fuente: SIHO 2193

En la mayoría de los casos, en estos periodos se recurrió a la unidad de caja con otros fondos con el fin de garantizar el funcionamiento de la institución dando cumplimiento a las obligaciones contractuales existentes tanto de contratistas como de proveedores.

4.1.2.2 ANÁLISIS DE ESTADOS FINANCIEROS

En principio, los estados contables reflejan la situación económica y financiera de una entidad con corte a un período determinado. Refleja el resultado de los hechos económicos y financieros desarrollados por la entidad en cumplimiento de su misión institucional. En particular registra el resumen los ingresos (operacionales o no) así como los gastos y la evolución de su patrimonio.

A diferencia del análisis presupuestal, los estados financieros contienen la provisión de los gastos que no se evidencian en el flujo de caja, tales como el deterioro de las cuentas, la reducción de la cartera y los gastos derivados de contingencias u otros hechos que se producen ajenos a la voluntad de quienes dirigen la empresa.

En la tabla inferior, se presenta un comparativo del estado de resultados integral de las vigencias objeto del presente análisis, tomando como base el año 2015 y a diciembre de 2019, de acuerdo con la previsión de ingresos, costos y gastos.

TABLA 436 COMPARATIVO ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL DE LAS VIGENCIAS 2015 A 2019

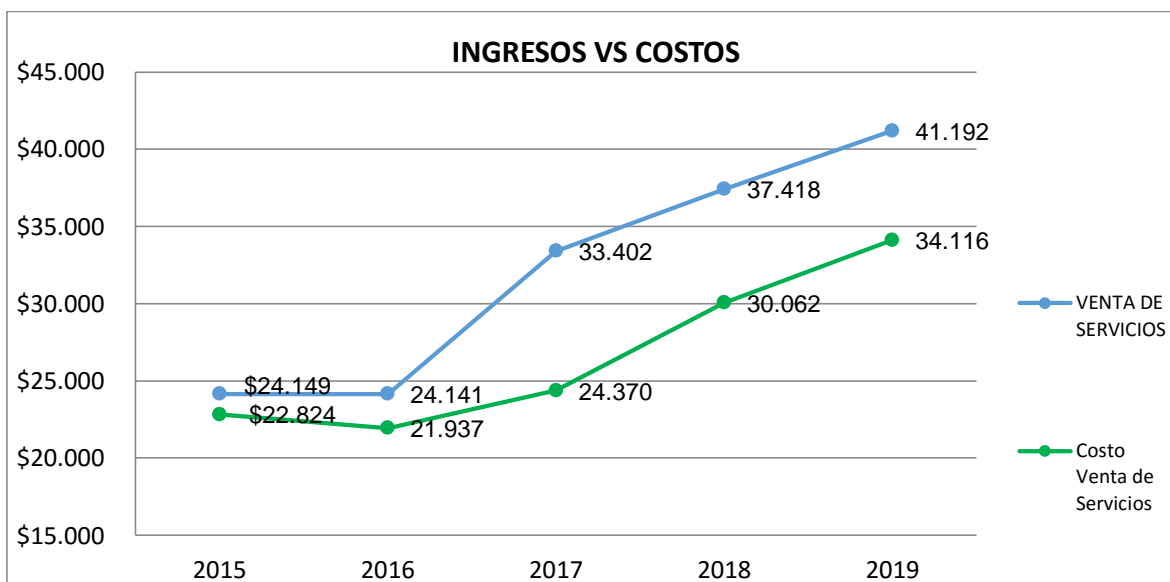
CUENTA CONTABLE	2015	2016	2017	2018	2019
VENTA DE SERVICIOS	24,148,642,969	24,141,431,172	33,402,328,270	37,418,217,635	41.191.803.785
Costo Venta de Servicios	22,823,812,252	21,937,429,795	24,370,233,526	30,061,834,308	34,116,682,033

UTILIDAD BRUTA	1,324,830,717	2,204,001,377	9,032,094,744	7,356,383,327	7,075,121,751
TOTAL GASTOS	10,132,104,899	11,236,952,521	10,265,209,275	11,531,131,498	14,840,991,649
UTILIDAD OPERACIONAL	-8,807,274,182	-9,032,951,144	-1,233,114,531	-4,174,748,171	-7,765,869,898
Otros Ingresos	7,866,717,845	7,454,141,737	7,021,787,357	6,072,668,525	18,760,962,077
Otros Egresos	1,361,826,625	2,373,052,849	6,777,442,972	6,387,461,688	16,927,324,424
Subvenciones		7,909,271,803	2,084,997,603	4,984,905,845	2,527,638,146
UTILIDAD NETA	-2,302,382,962	3,957,409,547	1,096,227,457	495,364,511	-3.404.594.098

Fuente: SIHO reporte estado de actividades.

La grafica siguiente muestra como durante los últimos años, la venta de servicios ha incrementado de manera considerable como resultado de la buena gestión gerencial. Mientras en el 2015 se presentaban ventas por \$24.148 millones en el 2019 las ventas superaron los \$41.000 millones de pesos, es decir, incrementos que superan el 70%. En consecuencia, aunque los costos de producción también incrementaron, no se presentaron en la misma proporción. Como resultado de ello, la utilidad bruta generada en el 2019 supera en más de 4 veces la presentada en el 2015, es decir, la empresa presentó ganancias que superan los \$7.000 millones de pesos después de deducir los costos asociados a la producción de servicios.

GRÁFICO 66 INGRESOS VS COSTOS VIGENCIAS 2015 A 2019

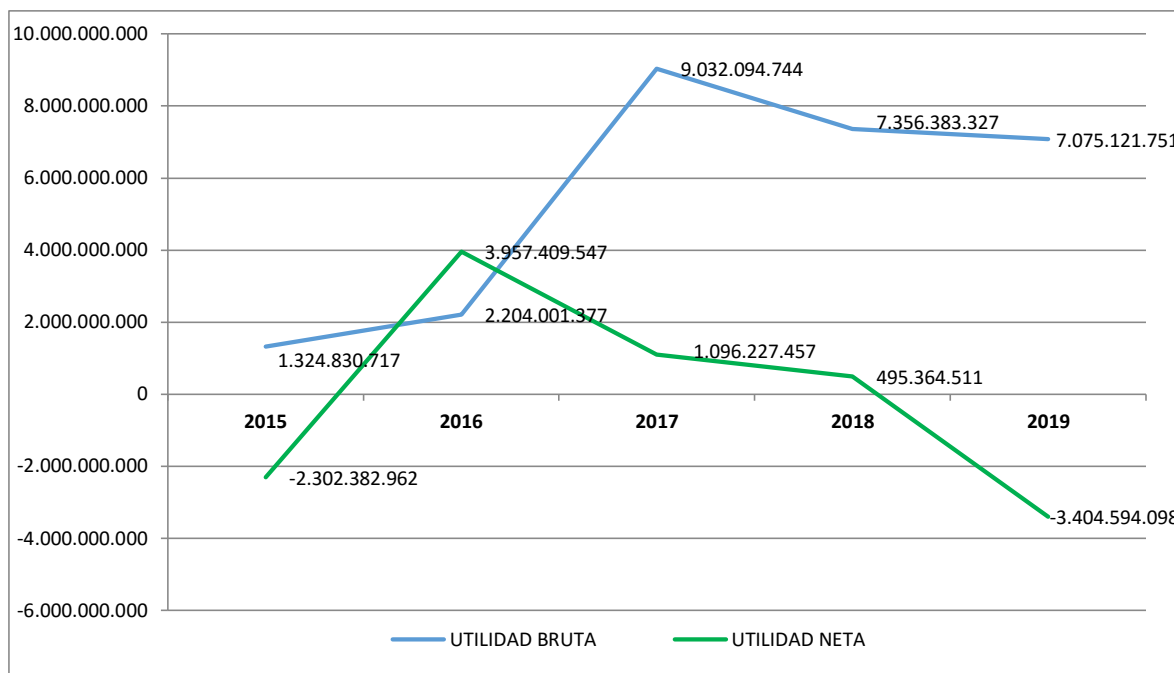


Fuente: SIHO reporte estado de actividades.

EVOLUCIÓN DE LA UTILIDAD

La utilidad operacional se define como la diferencia entre los ingresos y los egresos totales en que incurre la entidad para garantizar la prestación de los servicios. Los egresos totales, incluyen tanto los costos como los gastos. Los primeros concurren directamente en la prestación de los servicios, mientras que los segundos son esenciales para poder prestar dichos servicios.

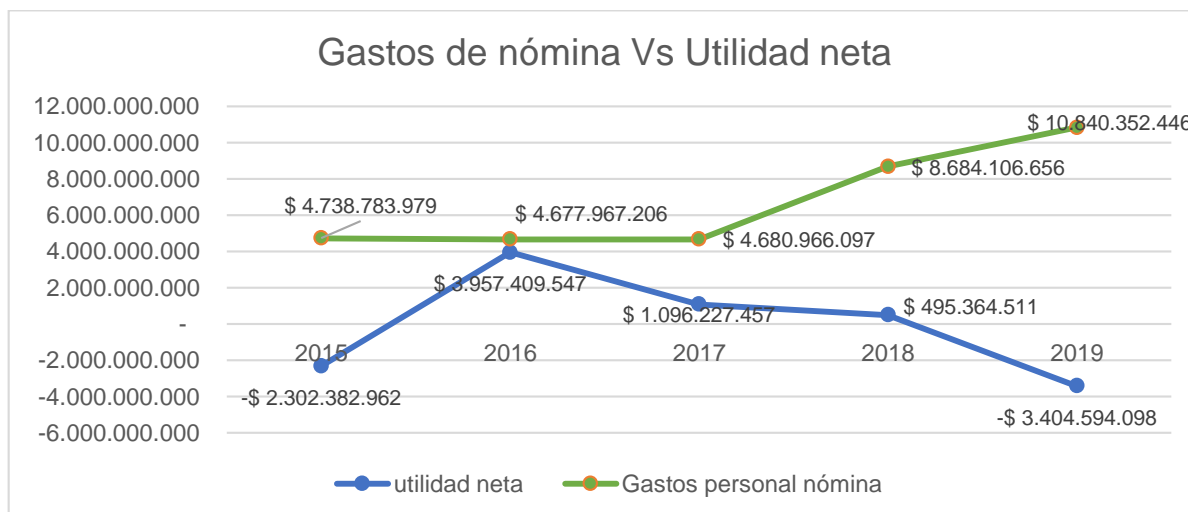
GRÁFICO 67 EVOLUCIÓN DE LA UTILIDAD EN LAS VIGENCIAS 2015 A 2019



Fuente: SIHO reporte estado de actividades.

La utilidad bruta (utilidad en ventas de servicios de salud) promedio de los últimos cuatro años ha estado alrededor de los \$6.400 millones de pesos. No obstante, a partir del 2017 se viene presentando una disminución sustancial de la utilidad neta como consecuencia de la formalización laboral. Ver. ([FORMALIZACIÓN LABORAL](#)), que durante estos últimos tres años ha implicado la creación de 238 nuevos puestos de trabajo incidiendo significativamente en el aumento de los gastos de personal que para el caso del 2019 se estimó en \$10.840 millones de pesos, tal como se observa a continuación:

GRÁFICO 68 GASTOS DE NÓMINA VS UTILIDAD NETA

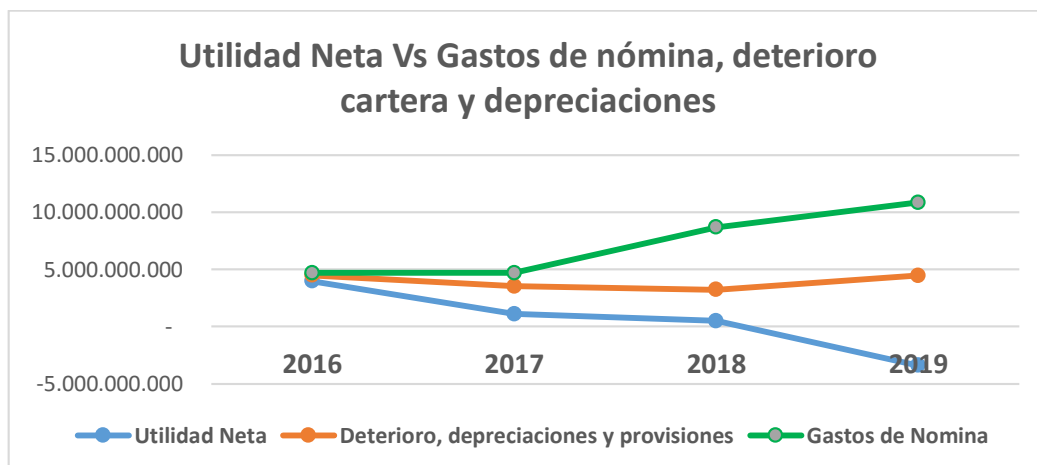


Fuente: SIHO reporte estado de actividades.

En tal sentido, se presenta una relación inversa entre el gasto versus utilidad neta puesto que en la medida en que incrementan los gastos asociados a la nómina impacta directamente la utilidad neta de la empresa.

Adicionalmente la utilidad neta se vio impactada por el deterioro de cartera, la depreciación de activos y provisión de posibles pagos por litigios y demandas la cual para el año 2019 el cual se estimó en \$ 4.451.814.707.

GRÁFICO 69 UTILIDAD NETA VS GASTOS DE NÓMINA, DETERIORO CARTERA Y DEPRECIACIONES



Fuente: SIHO reporte estado de actividades

Como se observa, el incremento tanto en los gastos de nómina como el deterioro de cartera, depreciación y provisión tiene un impacto en la utilidad neta, puesto que la tendencia de crecimiento de los primeros disminuye sustancialmente la utilidad neta. Durante el 2019 los gastos presentados por estos conceptos ascendieron a \$ 15.292.167.153, mientras que en el 2018 se registraron \$11.904.675.006, es decir un incremento del 28% que representaron \$3.387.492.147

Debe aclararse que el propósito de una Empresa Social del Estado es la de prestar servicios de salud en lugares y circunstancias en donde no existe oferta privada de servicios o misma resulta insuficiente para atender las necesidades de la población. Es decir, en primer lugar, se encuentra la garantía del ciudadano de acceso a los servicios de salud y, de manera secundaria, la utilidad financiera.

Empero, la prestación de estos servicios esenciales de salud, en condiciones económicas y sociales no favorables, debe realizarse en condiciones de eficiencia y procurando, en lo posible, la estabilidad financiera, sin desconocer las obligaciones de protección del patrimonio público. El actual equipo de trabajo ha equilibrado la oportunidad y calidad de los servicios, con la eficiencia en el gasto.

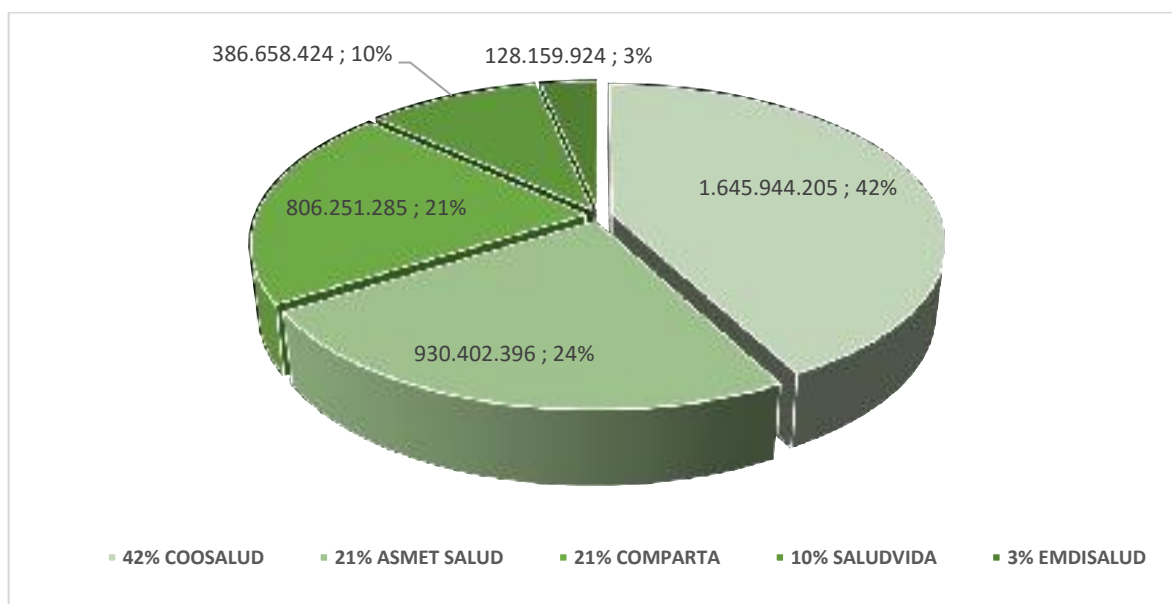
4.1.3 GESTIÓN DE CARTERA

Durante las vigencias 2016 – 2019, se ha venido adelantando actividades de cobro persuasivo, conciliaciones, acuerdos de pago, aplicación giros pendientes por identificar, asistencia a la mesas de conciliación programadas por la Secretaria de Salud Departamental y las convocadas por la Superintendencia Nacional de salud, se ha venido haciendo presencia en las diferentes ERP y a su vez se realizan constantes solicitudes de intervención a los entes de vigilancia y control.

Se ha logrado liquidar contratos de vigencias anteriores, y actualmente se adelanta la gestión para liquidar otros contratos, se logró suscribir acuerdos de pago importantes y su cumplimiento por parte de las ERP, conciliar cartera entre las partes y total apoyo de los entes de vigilancia y control (Supersalud, Secretaria de Salud y Ambiente y Secretaria de salud departamental).

Para el año 2019 se lograron acuerdos de pago suscritos con las ERP por un valor total de tres mil novecientos sesenta y nueve millones setecientos siete mil novecientos seis pesos m/cte (\$3,969,707,906), como se muestra a continuación

GRÁFICO 70 ACUERDOS DE PAGO VIGENCIA 2019



Fuente: SIHO – Software PANACEA modulo Cartera

CLASIFICACIÓN DE LA CARTERA POR EDADES

Como se observa en la tabla inferior, el 80% (\$13.439 millones) de la cartera corresponde a valores mayores a 90 días, de los cuales el 46% presentan edad superior a 360 días.

Igualmente el 54% de la cartera corresponde a las 5 EPS que operan en el municipio de Bucaramanga y a las cuales se les presta servicios de I nivel capitados y evento a la población de este importante municipio; el 29% lo adeuda la Gobernación del Departamento de Santander, siendo su mayor prestación de servicios a la población migrante venezolana; el 8% esta en EPS que tiene medida de liquidación como lo son Cafesalud y Salud Vida y el 9% restante esta distribuido en el resto de EPS, Municipios y demás Entidades Responsables de Pago a las cuales hemos prestado los servicios de salud de urgencias a sus afiliados.

TABLA 437 REPORTE DE CARTERA POR EDADES DE LAS EPS A LAS QUE SE LES PRESTÓ EL SERVICIO DE SALUD

ERP	1 A 60 DIAS	61 A 90 DIAS	91 A 180 DIAS	181 A 360 DIAS	+ DE 360 DIAS	TOTAL	%
GOB. SANTANDER	613.148.249	356.305.899	1.225.742.473	1.061.027.495	1.728.332.745	4.984.556.861	29%
ASMET SALUD	874.154.210	68.131.584	360.047.325	364.708.680	1.361.613.331	3.028.655.130	18%
COOSALUD	266.220.914	127.743.271	289.267.537	548.606.412	1.206.810.048	2.438.648.182	15%
NUEVA EPS	225.922.431	87.223.455	242.689.463	157.780.976	1.350.938.354	2.064.554.679	12%

SALUD VIDA	38.837.605	60.735.955	120.826.046	138.853.684	885.900.605	1.245.153.895	7%
COMPARTA	111.139.296	28.022.615	115.933.530	159.198.014	436.013.830	850.307.285	5%
MEDIMAS	300.500.186	123.266.630	181.778.748	19.444.588	61.208.344	686.198.496	4%
CAFESALUD					212.205.068	212.205.068	1%
OTRAS ERP	172.601.965	90.140.423	299.018.947	340.098.872	571.512.448	1.473.372.654	9%
TOTAL	2.602.524.856	941.569.832	2.835.304.069	2.789.718.721	7.814.534.773	16.983.652.250	100%

Fuente: SIHO – Software PANACEA modulo Cartera

Es de resaltar que el proceso de radicación de cuentas y auditoría por parte de la secretaria de salud departamental mediante la empresa TOOLS se ha visto lleno de barreras administrativas, al igual que las practicas realizadas por las EPS en general que no permiten que el proceso sea tan rápido como lo plantea la norma viendo de esta forma afectado el flujo de recursos de la entidad

Para el cierre de la vigencia 2019 se cerró la Cartera por valor de DIECISEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$16,983,652,250), la cual presenta las siguientes edades:

TABLA 438 CARTERA POR EDADES Y CIERRE EN LA VIGENCIA 2019

1 A 60 DIAS	61 A 90 DIAS	91 A 180 DIAS	181 A 360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	TOTAL CARTERA
\$ 2.602.524.856	\$ 941.569.832	\$ 2.835.304.069	\$ 2.789.718.721	\$ 7.814.534.773	\$ 16.983.652.250

Fuente: SIHO – Software PANACEA modulo Cartera

EVOLUCIÓN DE LA CARTERA

En la tabla siguiente se evidencia como la cartera ha crecido en función del aumento del reconocimiento, el cual ha estado impactado por el aumento en las atenciones a migrantes y el nulo pago que han realizado de las mismas.

TABLA 439 CIERRE DE CARTERA EN LAS VIGENCIAS 2016 A 2019

	CARTERA 2016	CARTERA 2017	CARTERA 2018	CARTERA 2019
TOTAL CARTERA	\$ 10.939.877.703	\$ 10.420.420.763	\$ 11.467.562.429	\$ 16.983.652.250
META RECUPERACIÓN DE CARTERA	\$ 4.898.560.580	\$ 6.683.900.000	\$ 6.092.726.692	\$ 7.677.508.722
RECAUDO	\$ 5.666.129.051	\$ 3.316.969.393	\$ 4.279.381.891	\$ 5.438.726.335
RECAUDO/META	116%	50%	70%	71%

Fuente: SIHO – Software PANACEA modulo Cartera

4.1.4. GESTIÓN FINANCIERA VIGENCIA 2020 – ENERO Y FEBRERO

4.1.4.1. GESTIÓN PRESUPUESTAL 2020

EJECUCIÓN DE INGRESOS

En el presente informe de gestión financiera y específicamente del área de presupuesto, es el resultado de la ejecución de ingresos desde el presupuesto inicial junto con sus respectivas adiciones y modificaciones presupuestales realizadas con corte a febrero 2020. De igual manera, se presentará el comportamiento de los ingresos reconocidos y el recaudo, el cual incluye la totalidad de los conceptos de ingreso que por ley deben ser incorporados a este instrumento de planificación.

De conformidad con el acuerdo 009 del 3 de Diciembre de 2019, se aprobó el presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia 2020; de la siguiente manera:

TABLA 440 PRESUPUESTO INICIAL 2020.

CONCEPTO	VALOR	%
INGRESOS	\$ 38,107,270,764	100%
INGRESOS CORRIENTES	\$ 38,068,703,251	99.90%
RECURSOS DE CAPITAL	\$ 38,567,513	0.10%

Fuente: Acuerdo 09 -2019 junta directiva ESE ISABU.

Una vez realizado el cierre presupuestal realizado en el mes de Enero de 2020, en el cual se realizó la adición al presupuesto de ingresos de lo correspondiente a la Disponibilidad Inicial y recursos de la Estimación de la recuperación de Cartera.

TABLA 441 MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO 2020.

CONCEPTO	VALOR
PRESUPUESTO DE INGRESOS DEFINITIVO	\$52.405.763.031
DISPONIBILIDAD INICIAL	\$4.574.744.256
INGRESOS CORRIENTES	\$38.269.230.102
ADICION CONVENIO 152 REMODELACION CS	200.526.851

RECURSOS DE CAPITAL	\$9.561.788.673
RECUPERACION DE CARTERA	9.523.221.160

Fuente: Ejecución presupuestal de Ingresos Febrero 2020.

En lo concerniente a la Recuperación de cartera se realizó estimación mediante metodología descrita en la resolución 2509 de 2012 del Ministerio de Salud para la estimación de la categorización del Riesgo de las ESE. Para esto, se utilizó como base la cartera depurada y quedando como resultado la suma de la proyección de recuperación de cartera en \$ 10.838.544.184, tal cual como se refleja en la siguiente tabla:

TABLA 442 PROYECCIÓN DE RECUPERACIÓN DE CARTERA 2020

EDAD	(\$ VALOR CARTERA DEPURADA	% PROYECCION RECAUDO DE CARTERA (METODOLOGIA RESOLUCION 2509 - 2012)	(\$ VALOR PROYECCION RECAUDO CARTERA
1-60 DIAS	2,710,745,687	80%	2,168,596,550
61-90 DIAS	969,866,160	80%	775,892,928
91-180 DIAS	3,282,098,676	70%	2,297,469,073
181-360 DIAS	3,421,893,397	70%	2,395,325,378
MAS DE 360 DIAS	6,402,520,510	50%	3,201,260,255
TOTAL	16,787,124,430		10,838,544,184

Fuente: Área Financiera – Cartera

Sin embargo, siguiendo el principio de la prudencia se procede a dejar reflejado en el presupuesto los valores necesarios para respaldar la cuenta por pagar menos la disponibilidad inicial de recursos corrientes.

En cuanto a la disponibilidad inicial, se estimó en \$4,574,744,256 con la incorporación al presupuesto de ingresos lo correspondiente a saldo en caja y bancos más inversiones en fondos fiduciarios menos recursos referentes a deducidos de nómina, retenciones, impuestos, rendimientos financieros en favor de terceros, entre otros. Teniendo como referencia recursos provenientes de saldo en bancos de los convenios interadministrativo para la adquisición de mobiliario y de remodelación de los siete centros de salud por valor de \$4,369,630,6954; que corresponde al 96% del total de la disponibilidad inicial para respaldar los respectivos gastos para cumplir finalmente con el objeto del convenio.

Los ingresos de operación corriente corresponden aquellos que se reciben ordinariamente en función de su actividad y aquellos que por disposiciones legales están establecidos (venta de servicios de salud, otros ingresos, recursos de capital), descontando recursos de convenios o aportes de entidades territoriales de destinación específica. En el transcurso

del 2020 y con corte a 29 de febrero de 2020 el comportamiento de ingresos se detalla de la siguiente manera:

TABLA 443 COMPORTAMIENTO DE INGRESOS 2020

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO APROBADO ANUAL	PRESUPUESTO A FEBRERO 2020	EJECUCION ACUMULADA ENERO- FEBRERO DE 2020			
			RECONOCIMIENTO	% RECONOCIMIENTO / PRESUPUESTO	RECAUDO	% RECAUDO/ RECONOCIMIENTO
DISPONIBILIDAD INICIAL (RECURSOS OPERACIÓN CORRIENTE)	\$178,113,560	\$178,113,560	\$178,113,560	100%	\$178,113,560	100%
E.P.S. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	\$192,687,088	\$32,114,515	\$208,721,791	650%	\$7,595,897	4%
E.P.S. RÉGIMEN SUBSIDIADO CAPITAL	\$27,567,355,236	\$4,594,559,206	\$4,036,334,789	88%	\$3,783,869,323	94%
E.P.S. RÉGIMEN SUBSIDIADO EVENTO	\$9,061,231,508	\$1,510,205,251	\$1,119,080,533	74%	\$30,940,085	3%
DEPARTAMENTO DE SANTANDER	\$0	\$0	\$290,618,944	29061894400%	\$201,710	0%
OTRAS ENTIDADES TERRITORIALES	\$0	\$0	\$7,185,551	718555100%	\$0	0%
PPNA (Alcaldía Municipal)	\$0	\$0	\$29,013,944	2901394400%	\$0	0%
ADRES (Antes FOSYGA)	\$46,969,877	\$7,828,313	\$1,969,140	25%	\$0	0%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD(particulares, ARL, SOAT, etc)	\$442,831,574	\$73,805,262	\$50,777,086	69%	\$43,730,710	86%
RECUPERACION DE CARTERA	\$9,523,221,160	\$1,587,203,527	\$681,786,751	43%	\$681,786,751	100%
TOTAL	\$47,012,410,003	\$7,983,829,633	\$6,603,602,088	83%	\$4,726,238,035	72%

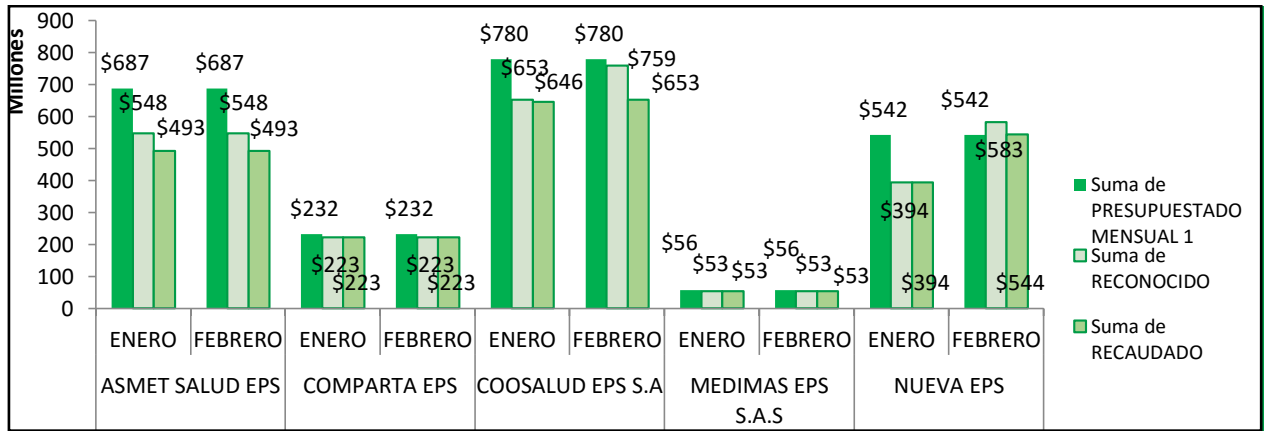
Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos Febrero 2020

En términos generales se observa, con corte a la fecha ya citada, un reconocimiento del 14% frente al presupuesto definitivo y un recaudo del 72% sobre el reconocimiento de ingresos. Esta situación deja un análisis en dos frentes:

- 1) A febrero 29 del 2020, existen \$ 290,618,944 en reconocimientos por atenciones a población con responsabilidad de pago a entes departamentales de Santander, los cuales son prestaciones de servicios en salud que se tienen que presentar sin dilaciones ni barreras. Lo cual se traduce anualmente en proyección de 1740 millones de pesos anuales que faltaría por adicionar al presupuesto de ingresos.
- 2) En cuanto al recaudo, los ingresos por evento han disminuido y corresponden solo al 3% de lo reconocido, fundamentado en que las ERP hacen desembolso alrededor entre 60 y 90 días o más posterior a la radicación de las facturas. Por tal razón, el recaudo se ve compensado en la alta recuperación de cartera.

Entrando en detalle de la ejecución de Ingresos con corte a Febrero 2020, se debe tener en cuenta lo siguiente; que los ingresos del régimen Subsidiado son los que mayor relevancia y peso tienen en la distribución dentro de la ejecución, siendo así que las principales EPS son con las que se tiene contrato vigente por atenciones a la población subsidiada en las modalidades Capitado y evento

GRÁFICO 71 MODALIDAD CAPITADO 2020



Fuente: Ejecucion presupuestal de ingresos febrero 2020.

De acuerdo a la gráfica anterior, se tiene como resultado que Coosalud EPS tiene el valor más alto del reconocimiento correspondiente al 35% , seguido por Asmet salud con el 29% del total de reconocimiento por este rubro presupuestal en análisis y así mismo se caracterizan por tener un comportamiento constante del recaudo a excepción de Coosalud que en Febrero giró mayores recursos a la entidad producto del ajuste en los usuarios reportados. De igual manera, con NUEVA EPS en el mes de febrero del 2020 hizo ajuste a la población y por lo tanto al giro directo por la capita de los usuarios reportados en el mes de enero y que corresponden a un incremento del 38% en la disponibilidad recursos a favor de la ESE ISABU.

No obstante, conforme a lo proyectado para aprobación de presupuesto 2020 (Acuerdo 09 del 2019), se realizó el siguiente análisis teniendo en cuenta la disminución de usuarios asignados para atención de la ESE ISABU por cuenta de la intervención y liquidación de la EPS SALUDVIDA afinales del mes de Diciembre de 2019; por lo tanto, se realiza el siguiente comparación de lo proyectado frente a lo reportado por bases de datos del Ministerio de Salud.

TABLA 444 COMPARATIVO POBLACIÓN PRESUPUESTADA VS LA RECONOCIDA POR LA LMA ENERO 2020

EPS	ENERO DE 2020			VALOR UPC AJUSTADA 2020	VALOR ESTIMADO RECONOCIMIENTO A ENERO 2020
	POBLACION PRESUPUESTADA 2020	POBLACION REPORTADA LMA	DIFERENCIA REPORTADA VS PRESUPUESTADA		
ASMET SALUD EPS	40,987	39,241	- 1,746	14,392	25,128,432
COMPARTA EPS	12,431	12,335	- 96	18,896	1,814,016
COOSALUD EPS S.A	56,738	53,305	- 3,433	13,257	45,511,281
MEDIMAS EPS S.A.S	3,080	3,009	- 71	18,271	1,297,241
NUEVA EPS	29,268	24,768	- 4,500	19,960	89,820,000
TOTAL	142,504	132,658	- 9,846		163,570,970

Fuente: Acuerdo 09 -2020 y LMA (Ministerio de Salud)

Respecto a la proyección del presupuesto inicial para el régimen subsidiado y la situación final resultado del comportamiento de ingresos del mes de Enero 2020, se tienen las siguientes consideraciones:

- 1) Se tiene una disminución inicial de 9846 usuarios correspondiente a la liquidación de EPS SALUDVIDA.
- 2) La proyección se hizo con la movilidad de los usuarios de Salud Vida a EPS como Coosalud (5534 usuarios) y Nueva EPS (3891 usuarios).
- 3) Esta situación afecta considerablemente la situación financiera estimado unas vez ajustados los valores de capita con cada EPS (excepción de Coosalud) en \$163,570,970 promedio mensual, es decir que en el año sería de \$1,962,851,640.

TABLA 445 COMPARATIVO POBLACIÓN PRESUPUESTADA VS LA RECONOCIDA POR LA LMA FEBRERO 2020

	PRESUPUESTADO MENSUAL INICIAL APROBADO	SUMATORIA RECONOCIMIENTO EJECUCION ENERO – FEBRERO 2020	DIFERENCIA RECONOCIMIENTO VS PRESUPUESTO INICIAL APROBADO CORTE FEBRERO 2020	\$ ESTIMADO RECONOCIMIENTO POR DISMINUCION AFILIADOS	ESTIMACION PENDIENTE POR AJUSTE RETROACTIVIDAD (RECONOCIMIENTO)
ASMET SALUD EPS	\$ 1,374,482,260	\$ 1,096,506,206	\$ (277,976,054)	\$ 50,256,864	\$ 36,611,550
COMPARTA EPS	\$ 463,972,402	\$ 445,005,088	\$ (18,967,314)	\$ 3,628,032	\$ 21,423,776

COOSALUD EPS S.A	\$ 1,559,451,622	\$ 1,411,974,037	\$ (147,477,585)	\$ 91,022,562	\$ 901,399
MEDIMAS EPS S.A.S	\$ 112,875,706	\$ 106,132,710	\$ (6,742,996)	\$ 2,594,482	\$ 4,735,718
NUEVA EPS	\$ 1,083,777,216	\$ 976,755,600	\$ (107,021,616)	\$ 179,640,000	\$ 13,859,200
TOTAL	\$ 4,594,559,206	\$ 4,036,373,641	\$ (558,185,565)	\$ 327,141,940	\$ 77,531,643

Fuente: Acuerdo 09 -2020, LMA (Ministerio de Salud) y Ejecución presupuestal de ingresos febrero 2020

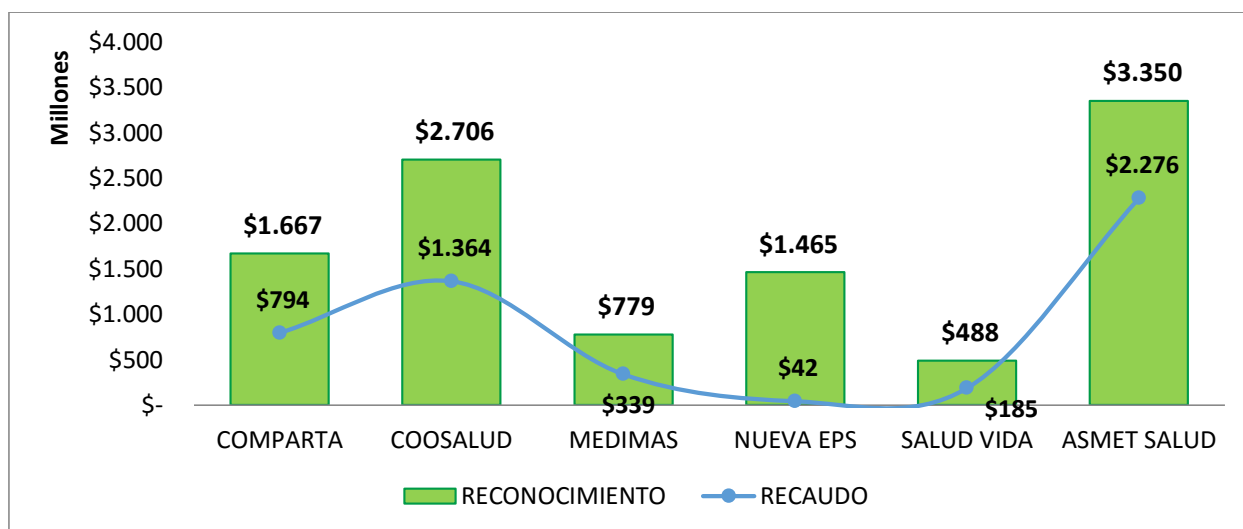
Finalmente, y de acuerdo a la tabla anterior se presenta resultado de un escenario de recuperación de ingresos producto de ajuste retroactivo de los valores de la UPC para cada EPS (excepción de Coosalud), sin embargo afectado este escenario en primera instancia por situación presentada por la disminución de usuarios de Salud vida y que no fueron integrados a las EPS Subsidiadas que tienen contratada a la ESE ISABU para su prestación de salud. En conclusión, el resultado arroja que con corte a febrero 2020 y frente al escenario presupuestado (acuerdo 9-2019), se tiene una diferencia negativa en 558 millones de pesos; sin embargo esa situación se presenta por dos situaciones: a) estimación de pérdida por menos usuarios de salud vida en estos dos meses por valor de 327 millones b) Ajuste de la UPC para la vigencia 2020 se realizará a partir del mes de Marzo de manera retroactiva para meses de enero y febrero y lo cual deja un saldo a favor de la ESE ISABU estimado en 77 millones de pesos a recaudar; sin embargo, esta situación no se tiene en cuenta ajuste de UPC de la EPS COOSALUD y que es la que mayor población tiene (5300 usuarios aproximadamente).

MODALIDAD EVENTO

Para el año 2020 el presupuesto de ingresos inicial de \$9.061.231.508, de acuerdo a proyección basadas en la tendencia de crecimiento lineal presentado entre los años 2018 y 2019 ajustado con un estimado % recaudo/ reconocimiento. Siendo así las cosas, teniendo como parámetros el incremento de la facturación por esta clase de servicios prestados y el bajo % de recaudo frente a lo facturado.

La modalidad evento se caracteriza por un comportamiento de prestación de servicio de ser de manera eventual, imprevista y de alta variabilidad de suceso complementado con el impacto negativo que tiene un escaso recaudo y llevado a cabo entre muy probablemente los 3 y 6 siguientes meses una vez prestados los servicios.

GRÁFICO 72 RECONOCIMIENTO VS RECAUDO ENERO 2019 A FEBRERO DE 2020



Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2019 y 2020

De acuerdo a la anterior tabla, se puede evidenciar que: Asmet Salud es la entidad con mayor valor de facturación y así mismo, es la que mayor recaudo se recibe dentro del mismo año; principalmente argumentado por el cumplimiento de acuerdo de contrato PGP. Mientras que para las EPS: Comparta, Coosalud y Medimas en resultado sostienen un % recaudo / reconocimiento alrededor del 50 y 60%. Sin embargo, Nueva EPS es la entidad con mayor dificultad de recaudo debido a que a febrero del 2020 debe el 97% de lo que se le ha facturado.

PROYECCION RECONOCIMIENTO EVENTO MARZO –AGOSTO 2020.

Como partida inicial para el 2020 se tiene un presupuesto de ingresos para Evento por \$ 9.061.231.508; es decir, que con corte a febrero de se debería tener reconocimientos por valor de \$ 1.510.205.251; sin embargo, realmente a corte del mes de Febrero 2020 se tiene reconocimiento por valor de \$ 1.119.080.533; es decir un 74% frente a la meta establecida. Por lo tanto, se procede a desarrollar una proyección de reconocimiento para los siguientes 6 meses, teniendo en cuenta una tendencia negativa por la disminución de servicios prestados pendientes a contratar y el impacto negativo de la Pandemia Covid 19.

TABLA 446 PROYECCIÓN RECONOCIMIENTO POR EVENTO MARZO – AGOSTO 2020

RECONOCIMIENTOS	PROYECCION	PROYECCION	PROYECCION	PROYECCION	PROYECCION	PROYECCION	TOTAL
TERCERO	MARZO DE 2020	ABRIL DE 2020	MAYO DE 2020	JUNIO DE 2020	JULIO DE 2020	AGOSTO DE 2020	
ASMET SALUD	74,255,847	65,161,381	56,066,916	46,972,450	37,877,985	28,783,519	309,118,099
COMPARTA	105,437,194	104,788,073	104,138,952	103,489,832	102,840,711	102,191,590	622,886,351

COOSALUD	119,448,355	107,371,249	95,294,142	83,217,036	71,139,929	59,062,823	535,533,534
MEDIMAS	23,179,220	16,823,852	10,468,484	4,113,115	(2,242,253)	(8,597,622)	43,744,797
NUEVA EPS	63,927,537	56,137,923	48,348,308	40,558,694	32,769,080	24,979,465	266,721,008
OTRAS ERP	41,591,685	39,097,786	36,603,887	34,109,988	31,616,089	29,122,189	212,141,623
	427,839,838	389,380,264	350,920,689	312,461,114	274,001,540	235,541,965	1,990,145,410

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2019 y 2020

Es decir que bajo supuestos estadísticos de pronóstico de tendencia lineal, se podría estimar que entre Marzo y Agosto de 2020 se tenga un reconocimiento por valor de \$1,990,145,410, con un promedio mensual de \$ 330 millones de pesos y que sumado al reconocimiento real de enero y febrero se tendría un acumulado a agosto de \$ 3.109.225.943, es decir en conclusión que frente al presupuesto esperado se tendría una disminución de ingresos en un 50% en el reconocimiento real.

EJECUCIÓN DE GASTOS

Se presenta a continuación la relación entre el presupuesto inicial, modificaciones y los compromisos acumulados a 29 de febrero de 2020, incluyendo gastos de funcionamiento, gastos de comercialización, gasto de inversión y gastos de vigencias anteriores. Los gastos de funcionamiento incluyen los gastos de personal (Nomina y personales indirectos asistencial y administrativo), gastos generales, transferencias corrientes. Mientras que los gastos de comercialización y producción están conformados por la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico y de laboratorio. Dentro de los gastos de inversión se encuentran todos aquellos destinados al mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y la dotación de equipos y mobiliario.

De conformidad con el acuerdo 009 del 3 de Diciembre de 2019, el cual aprueba presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia 2020; de la siguiente manera:

TABLA 447 PRESUPUESTO INICIAL 2020

CONCEPTO	VALOR	%
GASTOS	\$ 38,107,270,764	100%
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$ 33,002,428,233	87%
GASTOS DE COMERCIALIZACION	\$ 5,104,842,531	13%
GASTOS DE INVERSIÓN	\$ -	0%

Fuente: Acuerdo 009-2019 junta directiva ESE ISABU.

Modificaciones al presupuesto 2020

Una vez realizado el cierre presupuestal realizado en el mes de Enero de 2020, en el cual se realizó la adición al presupuesto de gastos en lo correspondiente incorporación de la cuenta por pagar de vigencias anteriores.

TABLA 448 MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO 2020

CONCEPTO	VALOR
GASTOS	\$52.405.763.031
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$33.004.671.823
SALDO DE DONACION ROPA HOSPITALARIA	2.243.590
GASTOS DE COMERCIALIZACION	\$5.104.842.531
GASTOS DE INVERSIÓN	395.728.010
CONVENIO 230 - DOTACION MOBILIARIO	195.201.159
CONVENIO 152 REMODELACION CENTROS DE SALUD	200.526.851
VIGENCIAS ANTERIORES	13.900.520.667
CUENTAS POR PAGAR COMPROMISOS	5.602.932.985
CUENTAS POR PAGAR OBLIGACIONES	8.297.587.682

Fuente: Ejecución presupuestal de Gastos Febrero 2020

En lo correspondiente a la incorporación de las cuentas por pagar de vigencias anteriores se desagrega de la siguiente manera, dada la fuente recursos:

- 1) De los \$5.602.932.985 de cuentas por pagar de compromisos pendientes por cobrar y/o ejecutar, \$4.396.630.695 pesos mcte están respaldadas en el ingreso con el saldo de bancos por ser recursos provenientes de los convenios interadministrativo con la alcaldía para la adquisición de mobiliario y remodelación de centros de salud. Quedando como diferencia de \$ 1.206.302.290 a financiar con recursos provenientes de la recuperación de cartera.
- 2) De los \$ 8.297.587.682 de las cuentas por pagar más la diferencia anteriormente descrita que corresponde finalmente a la suma de \$ 9.503.889.972 que serán financiados y pagados con recursos de la recuperación de cartera en el transcurso del año vigente.

La ejecución de gastos realizada con corte de 29 de febrero de 2020, van enfocados en las necesidades prioritarias para la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad optimizado con procesos de contratación con pluralidad de oferentes que favorezcan objetivos macro propuestos en el Plan de Desarrollo “ISABU Avanzando con los ciudadanos” 2016-2020, particularmente el objetivo “Prevención y saneamiento fiscal y sostenibilidad financiera”, con una mejora constante y ascendente; por lo tanto, el comportamiento de la ejecución se describe a continuación:

TABLA 449 EJECUCIÓN DE GASTOS REALIZADA CON CORTE DE 29 DE FEBRERO DE 2020

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	ENERO- FEBRERO DE 2020			% PAGADO/OBLIGADO
		COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	
GASTOS PERSONAL DE	\$25.118.455.610	\$7.397.695.001	\$2.918.805.506	\$2.918.094.306	100%
GASTOS GENERALES	\$7.354.443.863	\$4.630.183.214	\$268.639.428	\$182.408.750	68%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$531.772.350	\$97.522.230	\$97.522.230	\$97.522.230	100%
GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION	\$5.104.842.531	\$2.372.080.901	\$257.810.362	\$0	0%
GASTOS DE INVERSION	\$395.728.010	\$200.526.851	\$0	\$0	0%
VIGENCIAS ANTERIORES	\$13.900.520.667	\$13.900.520.667	\$9.663.331.454	\$1.505.817.294	16%
TOTAL	\$52.405.763.031	\$28.598.528.863	\$13.206.108.980	\$4.703.842.579	36%

Fuente: Ejecución presupuestal de Gastos Febrero 2020

En términos generales se puede estimar que los compromisos de la entidad con corte a 29 de febrero son del 38% del presupuesto definitivo y que el respectivo pago a personal y proveedores corresponde al 90% de las obligaciones que se han causado a la fecha. Adicionalmente se puede destacar lo siguiente:

- 1) En gastos de personal: Se estima el gasto mensual de nómina (incluyendo sueldos, seguridad social, bonificaciones, liquidaciones definitivas y demás conceptos de nómina) en 1200 millones de pesos mensuales. En los gastos para la contratación del personal indirecto se estima sea de 620 millones de pesos en promedio para personal asistencial y 150 millones personal administrativo; es decir un total de 1900 millones de pesos mensuales para gastos de personal. El personal asistencial contratado por prestación de servicios tiene contrato vigente hasta el 31 de mayo de 2020.

- 2) En gastos generales: Los gastos destinados para la contratación de adquisición de equipos biomédicos, computo, mantenimiento, soporte y licencia de sistemas de información, alimentación, vigilancia, aseo, desechos y otros gastos de apoyo para la prestación de servicios de salud se encuentran contratados en la gran mayoría de los casos hasta el 31 de junio de 2020; algunos mantenimientos hasta el 31 de diciembre de 2020 dada la necesidad de permanecer los equipos, mobiliario e infraestructura en perfectas condiciones para el desarrollo de la prestación de servicios de Salud. En conjunto de gastos generales, se estimarían en 635 millones de pesos mensuales.

- 3) En gastos de comercialización: Son los medicamentos, insumos y suministros hospitalarios, gases medicinales, entre otros; requeridos para la prestación de cada uno de los servicios de salud, están contratados en su mayoría hasta el 31 de junio 2020 y su costo mensual asciende a los 425 millones de pesos mensuales.

4.1.4.2. GESTIÓN DE TESORERÍA 2020

SALDOS EN BANCOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2019

La ESE Instituto de Salud de Bucaramanga inició la vigencia 2020 con una disponibilidad de recursos en sus cuentas bancarias por valor de TRES MIL QUINIENTOS VEINTINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (\$3.529.868.999,63).

De los cuales el 97% (\$3.299.091.874,83) corresponden a dineros de destinación específica relacionados con los convenios de remodelación y mobiliario suscritos con la Alcaldía de Bucaramanga. Así mismo, la Caja finalizó con un saldo de \$848.080.

A continuación se relaciona cada una de las cuentas bancarias con sus saldos correspondientes:

TABLA 450 RELACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS CON SALDOS A 31 DICIEMBRE 2019

SALDOS BANCARIOS SEGÚN EXTRACTOS			3.529.868.999,63
BANCO DE BOGOTA	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	184182087	21.208.507,65
AV VILLAS AHORROS	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	906001805	55.611.424,05
AV VILLAS CTA CTE	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	903047173	89.012.574,52
HELM BANK (CTA CTE)	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	401376355	42.837,52
HELM CARTERA COLECTIVA	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	401743414	566.474,91
BANCO HELM BANK (AHORROS)	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	401038251	276.286,69
AV VILLAS (AHOROS MAESTRA PA	Maestra pagadora SGP	903057032	67.798,38
BCO CAJA SOCIAL (AHORROS)	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	24071628312	216.070,58
BCO CAJA SOCIAL (ASIG DIRECTA	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	24072559914	4.181.353,51
FONDO DE INVERSION COLECTIVA	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	70083602242	212.950,57
AV VILLAS AHORROS	Maestra receptora SGP	903056448	799.914,65
CAJA SOCIAL AHORROS CON 299	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	24079025722	-
BANCO COLPATRIA	Recursos Ordinarios de Funcionamiento	0392019840	58.580.931,77

BANCO ITAU	Convenio 152 2019	401094399	2.975.803.256,59
BANCO ITAU	Convenio Mobiliario	401097662	323.288.618,24

Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

De estos recursos en caja y bancos \$ 176.821.255 correspondían a Terceros, tal como se relacionan:

TABLA 451 RECURSO EN CAJA Y BANCO DE TERCEROS

RECURSOS DE TERCEROS	176.821.255
PAGO IMPUESTOS DIAN	134.538.000
ICA SECRETARIA DE HACIENDA BUCARAMANGA	16.206.000
DEPOSITOS JUDICIALES	1.562.702
LIBRANZAS	22.514.553
DEDUCCIÓN AFC	2.000.000

Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

Estos recursos de terceros fueron ejecutados durante el mes de Enero de 2020, atendiendo las obligaciones descritas.

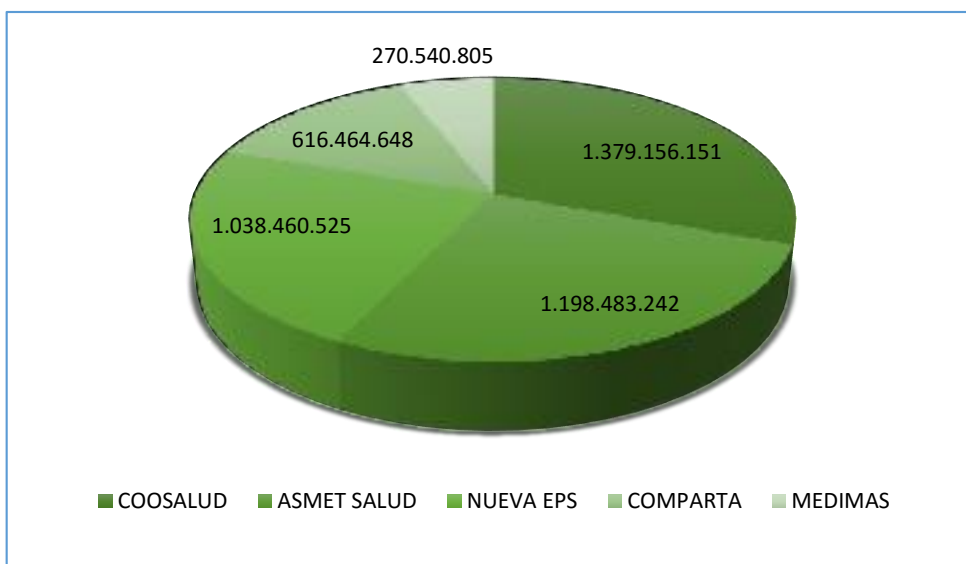
INGRESOS

De acuerdo a los registros en Tesorería durante los meses de Enero y Febrero de 2020, la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga recibió ingresos por valor de CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON OCHO DÉCIMAS DE CENTAVOS (\$4.637.211.659,08) producto de la venta de servicios de salud.

La modalidad cápita en contratación se constituye en la mayor generación de ingresos de la ESE al permitirle recaudar \$3.783.869.323 mientras que la modalidad evento únicamente le representó \$ 447.450.721.

Durante los primeros dos meses del año las EPS que más le generaron ingreso al ISABU fueron:

GRÁFICO 73 INGRESOS DE ENERO Y FEBRERO DE 2020



Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

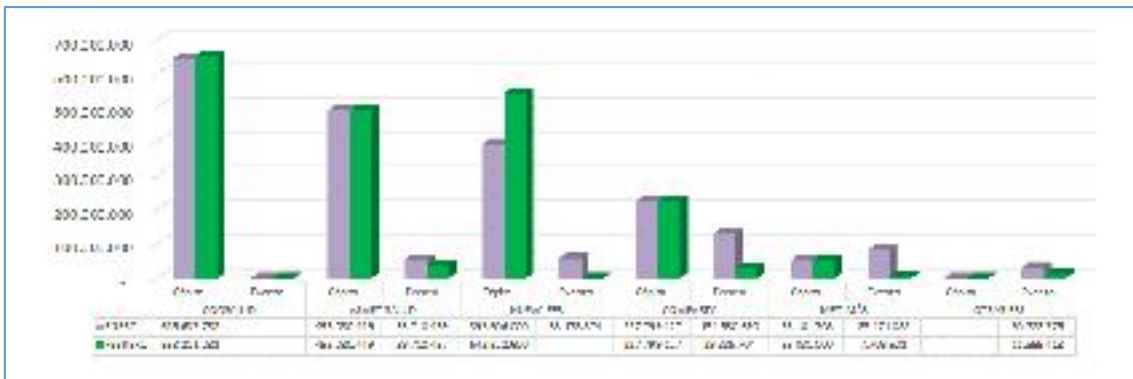
Estas son las principales EPS que representan el mayor ingreso por régimen subsidiado a la institución con \$4.503.105.371. Igualmente en el subsidiado pero en menores proporciones encontramos a Mutual Ser con \$26.000.000 millones, Dusakawi con \$1.003.868 y Comfaboy con \$50.307,6.

Por su parte el régimen contributivo le representó ingresos por \$ 29.758.821 donde Salud total con \$14.214.019, \$ y Coomeva \$9.937.844 fueron las de mayor participación. Los Entes municipales y/o departamentales representaron únicamente \$9.779.434,85. En cuanto a Aseguradoras SOAT se recibieron \$ 2.737.113,31. Las otras fuentes de ingresos representaron \$ 64.776.743,32 principalmente de recaudo por servicios a particulares con \$ 48.414.737 y otros ingresos menores.

GIRO DIRECTO

Con relación al comportamiento al Giro Directo ADRES de los meses Enero y Febrero de 2020 la ESE ISABU recibió \$4.231.320.044 de los cuales \$3.783,8 millones corresponden a cápita y \$447,4 millones a Evento (de estos últimos \$416.510.636 son evento vigencias anteriores y 30.940.085 corresponde a Evento vigencia 2020).

GRÁFICO 74 GIRO DIRECTO DEL ADRES ENERO Y FEBRERO DE 2020



Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

Como se observa, las EPS Coosalud, Asmet Salud y Nueva EPS son las EPS que más giran recursos al ISABU por este mecanismo.

GASTOS

Durante los dos primeros meses del año se han realizado pagos por valor \$4.703.842.580, de los cuales el 62% por valor \$ 2.918.094.306 de gastos de personal corresponde al gasto mas representativo, en el cual los gastos de nómina ascienden a \$2.629 millones y \$288 prestaciones de servicios.

Figura 13. Gastos enero y Febrero de 2020

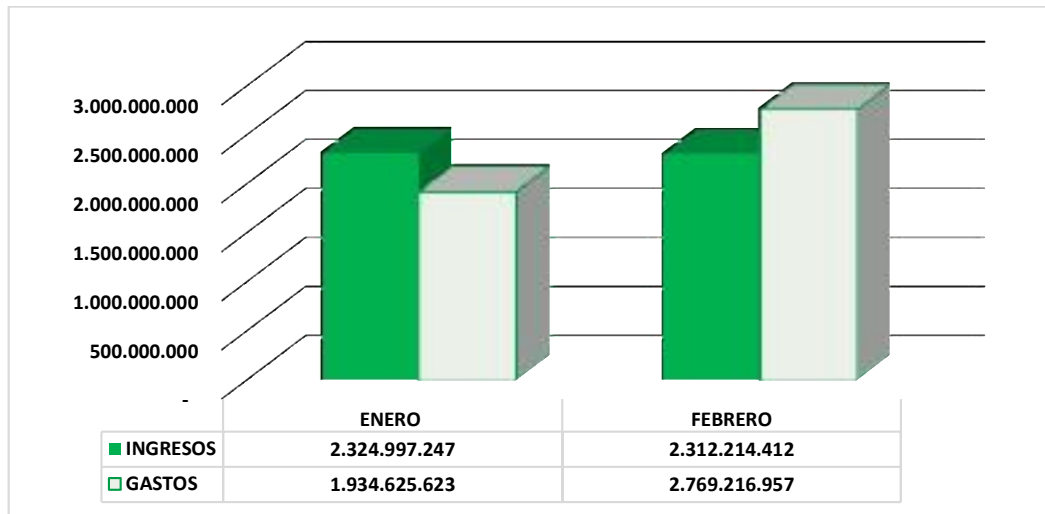


Por su parte los gastos generales fueron de \$182 millones y \$97 millones nómina de pensionados. Es importante señalar que de las cuentas por pagar canceladas en el periodo por valor \$1.505 millones, las prestaciones de servicios representaron \$1.072 millones mientras que \$433 millones a pago de proveedores y contratistas. De estos últimos los convenios suscritos con la alcaldía por ejecución de contratos de obra pública representaron \$303 millones de pesos.

FLUJO DE CAJA

En términos generales el flujo de caja hace referencia al comportamiento de ingresos comparado con los gastos en un periodo determinado, con el fin de determinar la existencia de superávit o déficit de recursos, que pueden develar el grado de liquidez que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones contractuales.

GRÁFICO 75 INGRESOS VS GASTOS ENERO Y FEBRERO 2020



Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

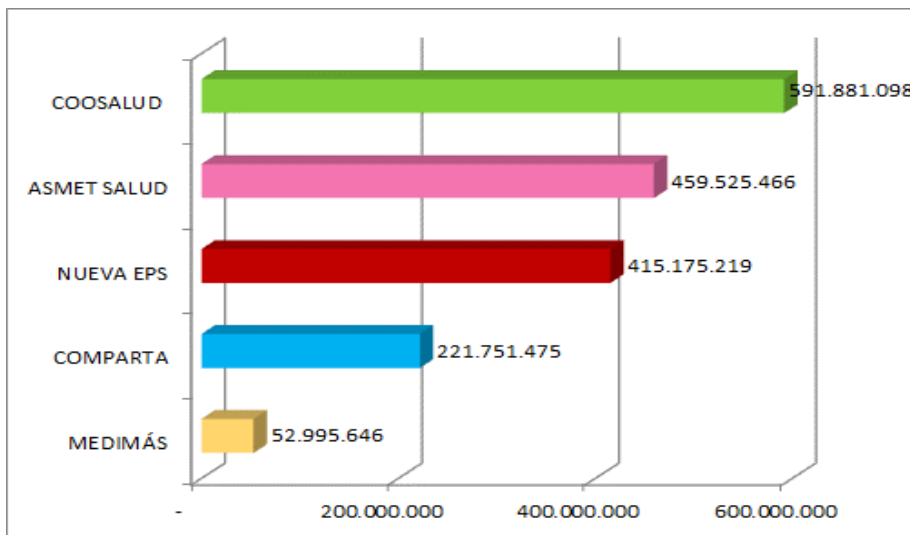
Durante el periodo analizado, se obtuvieron ingresos por el orden de los \$4.637 millones por todos los conceptos del ingreso. Mientras que los pagos efectuados representaron \$4.703 millones de pesos. La diferencia por \$66 millones de pesos fue respaldada por la Disponibilidad Inicial de operación corriente con que se inició la vigencia 2020.

De esta manera resulta evidente que en estos momentos los ingresos generados por el ISABU, por \$2.318,5 millones promedio mensual, alcanzan para cubrir los gastos relacionados con Nómina funcionarios (salarios y seguridad social) por \$1.035 millones; pensionados \$49 millones; servicios públicos \$120 millones y pago de algunos contratistas por el orden de los \$800 millones. Quedando un saldo promedio mensual de \$314,5 millones para realizar pagos a proveedores.

MARZO DE 2020

Durante el mes de marzo el Giro Directo Adres correspondió a \$ 2.002.726.780, de los cuales el 87% (\$1.741.328.904) corresponde a Cápita y el 13% (\$261.397.876) a evento.

GRÁFICO 76 GIRO DIRECTO DEL ADRES MES DE MARZO DE 2020



Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

Las EPS Coosalud y Asmet Salud representaron el 60% de los ingresos por la modalidad cápita. Por su parte Nueva EPS, Comparta y Medimás participaron con el 24%, 13% y 3% respectivamente. Por su parte en la modalidad Evento, las EPS que realizaron giro fueron:

TABLA 452 GIRO POR MODALIDAD DE EVENTO - 2020

EPS	Giro por Evento
Asmet Salud	69.255.384
Comparta	18.884.767
Coosalud	122.826.858
Medimás	5.063.157
Mutual Ser	3.605.271
Nueva EPS	41.762.439
Total Giro Evento	261.397.876

Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

Con estos recursos los principales pagos realizados tuvieron que ver con pago a contratistas de prestación, tal como se observa a continuación:

TABLA 453 CUENTAS CANCELADAS DE LOS MESES DE ENERO Y FEBRERO DE 2020

Fecha	Número de cuentas pagas	Valor	Observación
09/03/2020	310	848.057.252	Cuentas CPS Enero 2020
18/03/2020	23	48.736.687	Cuentas CPS Enero 2020
20/03/2020	149	292.482.348	Cuentas CPS Febrero 2020
24/03/2020	61	257.337.723	Cuentas CPS Febrero 2020
24/03/2020	76	129.479.418	Cuentas CPS Febrero 2020
TOTALES	619	1.576.093.428	

Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

Es de resaltar que de los recursos recibidos por giro directo del mes de Marzo de 2020 por valor de \$ 2.002 millones de pesos el 78,7% se destinó al pago de contratistas de prestación de servicios de la ejecución realizada durante los meses de Enero y Febrero de 2020.

Así mismo, se realizaron pagos y abonos a proveedores que superaron los \$200 millones de pesos. A continuación se referencian y las cuentas por pagar afectadas:

TABLA 454 PAGO Y ABONO A LOS PROVEEDORES - 2020

PROVEEDOR	VALOR DEL PAGO	OBSERVACIONES
OSCAR DAVID MEJIA AVILA	11.439.903	Pago CxP 6512
ANGELICA PIEDAD GARCIA MEDINA	33.490.357	Abono 50% CxP 2902
GLADY HERRERA SERRANO	6.931.683	Pago CxP 7190
MARCO ANDRES LANDINEZ MORENO	8.245.831	Pago CxP 6010
CLAUDIA PATRICIA GALVIS VERA	7.178.000	Pago CxP 328
CLAUDIA CECILIA JACOME RANGEL	5.617.445	Pago CxP 340
BECTON DICKINSON	17.488.668	Pago CxP 145 y 79
ULTRAMATIC	6.846.123	Pago CxP 5951
INBIOMECS SAS	13.273.545	Abono 50% CxP 4702
ICH SOLUCIONES SAS	8.231.900	Abono 50% CxP 296
DCVR CIA SAS	2.168.877	Pago CxP 6783
INVERCOLING SAS	9.689.047	Abono 50% CxP 4729
360 LTDA	54.917.124	Pago CxP 412 y 413
SISTEMAS TELEINFORMATICOS	2.926.124	Pago CxP 4730, 5329, 6731 y 6733
ECOSERVIR SAS	28.104.339	Abono 50% CxP 5122
COTAXI	19.855.525	FACTURAS CCOFYC 1209 Y CCOFYC 1298.
CLARO	20.000.000	ABONO ACUERDO DE PAGO
ARRIENDO LOCALES CENTROS DE SALUD	14.000.000	
TOTAL PAGOS	212.561.243	

Fuente: Oficina de Tesorería ESE ISABU

De esta manera, el saldo disponible con el que cuenta la entidad están destinados al pago de la Seguridad Social del mes de Marzo de 2020 el cual deberá efectuarse a más tardar el 2º día hábil del mes de Abril, costo que supera los \$300 millones de pesos.

4.21.4.3. GESTIÓN DE FACTURACIÓN

Para el primer bimestre del año 2020, llevamos facturado un total \$5.743.701.778, de los cuales el 90% corresponde a régimen subsidiado, el 3,6% corresponde a régimen contributivo, 5.7% a entes territoriales, 1% a otros.

TABLA 455 FACTURACIÓN I BIMESTRE CONSOLIDADO 2020

REGIMEN	VALOR
ADRES	1.969.140
CONTRIBUTIVO	208.721.791
ENTES TERRITORIALES	326.818.439
OTROS	453.132
PARTICULARES	43.751.810
SOAT	6.572.144
SUBSIDIADO	5.155.415.322
Total general	5.743.701.778

Fuente. Oficina de Facturación ESE ISABU

Si realizamos un análisis por modalidad de contratación encontramos que 70% esta facturado por la modalidad de cápita y el 30% por la modalidad de evento.

TABLA 456 FACTURACIÓN POR MODALIDAD 2020

MODALIDAD DE FACT	VALOR
CAPITACIÓN	4.036.334.789
EVENTO	1.707.366.989
Total general	5.743.701.778

Fuente. Oficina de Facturación ESE ISABU

A continuación, se enumeran las entidades responsables de pago a las cuales se les ha facturado durante el primer bimestre de lo corrido de la vigencia 2020.

TABLA 457 FACTURACIÓN REALIZADA I BIMESTRE DE 2020 A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	VALOR FACTURADO
ADRES	1.969.140
ALCALDIA DE BUCARAMANGA - PPNA	29.013.944
ALCALDIA DE RIONEGRO (SDER)	1.268.955
ALCALDIA MUNICIPAL DE GIRON	1.120.914
ASMET SALUD EPS SAS	1.339.199.398
ASOCIACION BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ	2.411.296
ASOCIACION MUTUALSER CAPRECOM	11.413.168
AXA COLPATRIA SEGUROS SA	1.004.026
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	58.063
CAJACOPI	3.525.552
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S.	1.676.848
CAPRESOCA E.P.S	212.260
COMFACUNDI CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CUND	122.855
COMFAMILIAR HUILA	2.704.434
COMFAORIENTE CAJA DE COMP FLIAR DEL ORIENTE	5.167.742
COMPARTA	723.132.110
COMPENSAR	107.837
CONVIDA EPSS	5.770.211
COOMEVA E.P.S.	1.846.081
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	1.765.773.487
DIRECCION LOCAL DE CALI	108.987
DIRECCION LOCAL DE SALUD BARRANCABERMEJA	135.006
DIRECCION LOCAL DE SALUD DE HATILLO DE LOBA	227.768
DIRECCION LOCAL DE SALUD DE VILLA DEL ROSARIO	149.224
DIRECCION LOCAL DE SALUD DE VILLAVICENCIO	355.487
DIRECCION LOCAL DE SALUD LOS PATIOS NORTE DE SANTANDER	138.355
DIRECCION LOCAL DE SALUD OIBA	74.719
DUSAKAWI EPS	698.849
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S	1.476.405
EMSSANAR ESS E.S.S	699.700
FAMISANAR	1.510.381
FUNDACION SALUD MIA	1.003.727
LA PREVISORA S.A	204.889
LIBERTY SEGUROS S.A.	3.171.229
MAPFRE SEGUROS S.A.	61.535
MEDIMAS	282.941.200
MUNDIAL DE SEGUROS	1.984.797
NUEVA EPS	1.175.722.140
PARTICULARES	43.751.810

SALUD TOTAL EPS	4.111.220
SALUD VIDA EPS EN LIQUIDACIÓN	30.187.044
SANITAS E.P.S	1.078.294
SAVIA SALUD EPS	742.111
SECRETARIA DE SALUD DE CUCUTA	280.138
SECRETARIA DE SALUD DE LA GUAJIRA	218.930
SECRETARIA DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER	3.107.068
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA SA	453.132
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	145.668
SURA E.P.S	844.700
GOBERNACION DE SANTANDER	290.618.944
Total general	5.743.701.778

Fuente. Oficina de Facturación ESE ISABU

En cuanto a la facturación pendiente por radicar de las EPS de vigencia 2019, se logró un avance en cierres de otras vigencias del 90% y se espera su radicación en el mes de abril, de 2020. Así:

TABLA 458 FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR A LAS EPS VIGENCIA 2019

COOSALUD	\$ 107.337.097,00
COMPARTA	\$ 101.509.118,00
NUEVA EPS	\$ 100.750.543,00
ASMET SALUD	\$ 88.008.875,00
MEDIMAS	\$ 87.148.427,00
ENTES TERRITORIALES	\$ 24.375.155,00
PEQUEÑAS EPSS	\$ 190.607.760,00
SOATS	\$ 84.594.583,00
CAJAS DE COMPENSACION	\$ 99.849.471,00

Fuente. Oficina de Facturación ESE ISABU

4.1.4.3. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER A MARZO DE 2020

Con corte a febrero de 2020 se lleva facturado un total de \$290.698.736 al Departamento de Santander por concepto de atenciones de personas que no son susceptibles de afiliación. Sin embargo desde el área de facturación se está realizando un plan de contingencia para lograr la radicación de la facturación que estaba pendiente de radicar o que había sido devuelta por múltiples barreras puestas por el Departamento, fue así como se logró identificar que a 31 de Diciembre de 2020 se tenía pendiente por radicar un valor de \$1.287.445.857.00 por servicios prestados a la Secretaria de Salud de Santander en sus

diferentes convenios de extranjeros y Población Pobre No Asegurada (P.P.N.A), de este valor se logró durante el mes de febrero se radicar facturación por un valor de \$485.888.929 y a inicios del mes de marzo se llevó a radicación \$617.144.556.00 de los cuales a la fecha se encuentra pendiente el recibido de los mismos debido a la contingencia ocasionada por la pandemia actual, es así como se ha logrado un avance en radicación con esta entidad del 85%.

Secretaria de Salud Departamental		
	\$ 1,287,445,857	SIN RADICAR (Enero 2020)
-	\$ 485,888,929	Radicado Febrero
=	\$ 801,556,928	Restante
-	\$ 617,144,566	Radicado Marzo
=	\$ 184,412,362	Restante

Al valor pendiente por radicar que asciende a \$184.412.362, más el valor facturado durante el mes de marzo que asciende a la suma promedio de \$74.439.843.00 para un gran total de \$258.852.205 se espera radicar en el mes de abril, debido a que el Departamento de Santander debido a la emergencia COVID19 no está recibiendo radicación de facturas desde el 16 de marzo. Se hace claridad que el valor facturado ha disminuido este año en función a que el INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMNGA ha aunado esfuerzos importantes en la implementación de la **estrategia de afiliación de oficio** a través de la plataforma de afiliación transaccional de la población susceptible de serlo, dando cumplimiento a las nuevas competencias otorgadas por la resolución 064 de 2020. La mayoría de facturación radicada al Departamento es población migrante “irregular” sin capacidad de pago, sin sisben y sin otros requisitos que haga posible afiliarlos a una E.PS por ejemplo por carencia de Permiso Especial de Permanencia, entre otros documentos reglamentados.

RECOMENDACIONES

- Reiniciar el trámite y la consecución de información para presentar acreencias de la EPS en liquidación (Salud Vida y Emdisalud)
- Verificar ERP que han hecho caso omiso a las solicitudes y, con base a esto, solicitar intervención de los entes de vigilancia y control.
- Continuar el trámite de cruce y conciliación de cartera con las ERP
- Verificar que las ERP realicen sus respectivos pagos acordados y continuar ejerciendo presión para la consecución de recursos.
- Continuar solicitando acuerdos de pago y liquidación de contratos.
- Insistir a las ERP con el envío de la relación de facturas para aplicar pagos pendientes.
- Intensificar las acciones de cobro y continuar ejerciendo presión en el pago de las ERP, utilizando los mecanismos de apoyo que brinda las entidades de vigilancia y control.

4.2 GESTIÓN JURÍDICA

Generalidades.

La oficina Asesora Jurídica tiene como propósito principal el de asesorar y representar a la ESE ISABU, garantizando la legalidad de todas las actuaciones administrativas, judiciales y demás que surtan en los términos de las funciones establecidas. Actualmente la oficina Asesora Jurídica cuenta con el siguiente personal:

TABLA 459 RELACIÓN PERSONAL OFICINA ASESORA JURÍDICA.

CARGO	VINCULACIÓN	NOMBRE	ANTIGÜEDAD
JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	SAMUEL EDUARDO ARÉVALO VIÑAS	NUEVE (09) MESES
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	NOMBRAMIENTO EN PROVISIONALIDAD	ESTEBAN NICOLÁS ALVAREZ DIAZ	UN (01) MES
PROFESIONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	SILVIA JULIANA CARVAJAL ALVAREZ	SIETE (07) MESES
PROFESIONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	ELIZABETH PEDRAZA GARCÍA	TRES (03) AÑOS
PROFESIONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	SLENDY YOLED CARDONA ARIZA	UN (01) AÑO
PROFESIONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	NATHALIA ANDREA SAAVEDRA SERRANO	DIEZ (10) AÑOS
PROFESIONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	GIRALDO MALDONADO ROJAS	SEIS (06) AÑOS
PROFESIONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	OSCAR SILVERIO MORENO GOMEZ	CINCO (05) AÑOS
ABOGADO EXTERNO	CONTRATO CUOTA LITIS	JESUS RODRIGUEZ FERNANDEZ	INDETERMINADO
ABOGADO EXTERNO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	GUSTAVO ANDRES CHIA	TRES (03) AÑOS
PERSONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES	CONSUELO DÍAZ MIRANDA	CATORCE (14) AÑOS
PERSONAL DE APOYO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES	YENY FERNANDA CHICHILLA MONSALVE	SEIS (06) AÑOS

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

4.2.1. ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACIÓN.

Antes de analizar las modificaciones al Estatuto y Manual de Contratación de la Entidad, es necesario recordar la diferencia entre Estatuto de Contratación y el Manual de Contratación. El primero es proferido por medio de Acuerdo de la Junta Directiva de la Entidad en ejercicio de sus atribuciones Constitucionales, legales y estatutarias, y en él se consagran los principios que rigen la actividad contractual de la entidad, las modalidades y mecanismos de selección; el régimen de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución y en la Ley y las fases de los procesos de contratación entre otras.

Por su parte el Manual de Contratación es el acto administrativo (Resolución) proferido por el Gerente donde se adoptan las directrices consagradas en el Estatuto, principalmente en temas administrativos del manejo de la contratación, los procesos y procedimientos, así como las áreas o personas que intervienen en las distintas fases de la contratación y en la vigilancia y ejecución del negocio jurídico, así como los responsables de atender las dudas sobre la aplicación del estatuto y el manual de contratación de la entidad. En lo concerniente a la gestión contractual de la Empresa Social del Estado ESE ISABU, en el periodo comprendido entre el 2016-2020, es importante mencionar que fueron varias las modificaciones y actualizaciones tanto al Estatuto de Contratación como al Manual de Contratación que rigieron la actividad contractual de la Entidad durante dicho periodo.

4.2.1.1. MODIFICACIONES AL ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACIÓN PERIODO 2016-2019.

La E.S.E ISABU, entidad pública de categoría especial, con régimen de contratación especial, goza por mandato legal de autonomía administrativa para que la Junta Directiva adopte su propio Estatuto de Contratación, como herramienta que regule las diferentes etapas y procedimientos contractuales, así como las modalidades de selección para la obtención de bienes y servicios que garanticen el cumplimiento de su objeto social, modificaciones y actualizaciones que siempre se efectuaron con el propósito de garantizar los principios del artículo 209 Constitucional. En ese sentido, son varias las modificaciones que desde el año 2016 a la fecha, se han realizado tanto al Estatuto de Contratación como al Manual de Contratación de la ESE ISABU.

4.2.1.1.1. ACUERDO N°006 DE JUNIO DE 2014 / MANUAL DE CONTRATACIÓN APROBADO Y ADOPTADO MEDIANTE EL ACUERDO N°009 DE 2014.

Al iniciar el presente periodo administrativo en el año de 2016, se encontraba vigente el Estatuto de Contratación aprobado y adoptado mediante el Acuerdo N°006 de Junio de 2014 y el Manual de Contratación aprobado y adoptado mediante el Acuerdo N°009 de 2014, donde principalmente las modalidades de selección de contratistas eran:

Contratación Directa, Convocatoria Simple de Ofertas y Convocatoria Pública de Ofertas, la modalidad de selección por el sistema de Compras Electrónicas a pesar de estar consagrada no fue desarrollada. Es importante resaltar que en la modalidad de convocatoria simple se invitaban privadamente a personas naturales y jurídicas, requiriendo solamente dos (02) ofertas, **limitando el principio de Pluralidad**.

4.2.1.1.2. RESOLUCIÓN N°0274 DE OCTUBRE DE 2016.

Mediante la Resolución N°0274 de octubre de 2016, se aprobó Manual de Contratación de la entidad con el fin de desarrollar los principios consagrados en el Acuerdo N°006 de 2014, estableciendo la modalidad de compras electrónicas y su regulación posterior. De igual forma en la modalidad de convocatoria simple de ofertas se estableció el requerimiento de invitación privada a tres (03) proveedores y el requerimiento de dos (02) ofertas para la comparación de las mismas y hasta un monto de 250 SMLMV.

4.2.1.1.3. BANCO DE OFERENTES ESE ISABU: RESOLUCIÓN N°0194 DE AGOSTO DE 2017, MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN N°216 DE SEPTIEMBRE DE 2017.

Teniendo en cuenta que la modalidad de convocatoria simple se invitaba privadamente a tres (03) personas naturales o jurídicas, **(limitando la Pluralidad de ofertantes)** la Gerencia con el fin cumplir su política de Transparencia y Pluralidad, efectuó invitación durante los días 21 y 30 de julio del 2017, a todas las personas naturales y jurídicas nacionales y extranjeras interesadas en proveer bienes y servicios, para que se inscribieran en el Banco de Oferentes de la Entidad, proceso que fue ampliamente difundido a través de las redes sociales y la página web de la entidad, emisoras de radio y la Alcaldía de Bucaramanga.

En ese sentido la Gerencia mediante la Resolución N°0194 de agosto de 2017, modificada mediante Resolución N°216 de septiembre de 2017, conformó el Banco de Oferentes de la ESE ISABU y cuya utilización era de carácter obligatorio en todos los procesos que la entidad desarrollará para la provisión de bienes y servicios bajo la modalidad de Convocatoria Simple de Ofertas. En ese sentido se estableció que en cada proceso de contratación por la modalidad de convocatoria simple se debía invitar a la totalidad de las personas naturales o jurídicas inscritas por las respectivas categorías. En total se inscribieron 453 Oferentes.

La anterior modificación se fundamentó principalmente en garantizar la pluralidad de oferentes en los procesos contractuales que se adelantaban en la entidad, teniendo en cuenta que con el Estatuto anterior solo se invitaba privadamente a tres (03) oferentes, con dicha reforma se amplió la participación de los proponentes brindando igualdad en los temas técnicos, para permitir la llegada de mayores propuestas, las cuales generan una puja económica, pues la entidad se beneficia al existir competencia, contratando a un costo más económico y optimizando de esta forma los recursos financieros. De igual forma, contar

con una pluralidad de oferentes en el proceso de selección, es que todas las empresas interesadas en ofertar sus servicios a la Administración, pueden concursar en igualdad de condiciones, logrando una competencia equilibrada, justa y transparente para ellas.

4.2.1.1.4. ACUERDO N°008 DE AGOSTO DE 2018 / RESOLUCIÓN N°0322 DE 2018.

Teniendo en cuenta que era necesario optimizar recursos y tiempos en los procesos de contratación que se adelantaba en la entidad, así como contar con procesos de selección que garantizaran la agilidad y transparencia en la adquisición de los bienes y servicios requeridos para poder competir en igualdad de condiciones con las empresas privadas prestadoras del servicio de salud en Bucaramanga, la Junta Directiva de la Entidad profirió el Acuerdo N°08 de agosto de 2018, el cual adoptó y aprobó un nuevo Estatuto de contratación.

Con el fin de desarrollar las directrices de la Junta Directiva, la gerencia aprobó y adoptó el Manual de Contratación mediante la expedición de la Resolución N°0322 de septiembre de 2018, lo anterior de conformidad con el artículos 16 y 17 de la resolución N°05185 de diciembre 2013, proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde establece la obligación para los gerentes de las Empresas Sociales del Estado de expedir el Manual de Contratación dando cumplimiento a las directrices establecidas en el Estatuto de Contratación expedido por la Junta Directiva de la entidad.

Dentro de las principales modificaciones al Estatuto anterior, cabe resaltar las siguientes modificaciones: a) Se amplió a catorce (14) causales de contratación directa; b) Se desarrolló la modalidad de Sistemas de compras electrónicas, estableciendo la posibilidad de la entidad para adquirir bienes y servicios en la *Tienda Virtual del Estado Colombiano* sin consideración a la cuantía mediante el mecanismo de Acuerdos Marcos de Precios y hasta doscientos cincuenta (250) smlmv en los denominados Grandes almacenes; c) *En la modalidad de convocatoria simple se modificó la invitación a todas las personas naturales y jurídicas inscritas por categorías en el Banco de Oferentes, por una invitación en la página Web de la entidad, en la página Web de la Alcaldía y en los portales de redes sociales de la Empresa, garantizando y ampliando de esta forma el principio de transparencia, pluralidad de oferentes, participación.*

Con la anterior reforma se amplió la participación de los proponentes brindando igualdad en los temas técnicos, para permitir la llegada de mayores propuestas, las cuales generan una puja económica, pues la entidad se beneficia al existir competencia, contratando a un costo más económico y optimizando de esta forma los recursos financieros. De igual forma, contar con una pluralidad de oferentes en el proceso de selección, es que todas las empresas interesadas en ofertar sus servicios a la Administración, pueden concursar en igualdad de condiciones, logrando una competencia equilibrada, justa y transparente para ellas.

Así mismo, garantizando la pluralidad de oferentes se buscó garantizar la aplicación de los principios de Concurrencia y Transparencia, los cuales definen lineamientos claros a la hora de convocar a los sujetos de derecho interesados en contratar con el Estado, sin imponer cláusulas restrictivas no autorizadas por la Constitución y la Ley, sino proporcionadas y razonables, lo que permite la exigencia en calidad de las prestaciones técnicas requeridas y el acceso a la libre competencia del mercado y sus consecuentes ventajas económicas para la Entidad.

4.2.1.1.5. ACUERDO N°015 DE 2018 / RESOLUCIÓN N°480 DE 2018.

Con el fin de adoptar nuevos procedimientos, mecanismos y orientaciones doctrinarias que mejoran los procesos de contratación de la empresa y a la vez garantizar mayor transparencia en el uso de los recursos públicos y la pluralidad de oferentes, la Junta Directiva decidió mediante Acuerdo N°015 de 2018, modificar el anterior Estatuto de Contratación, lo anterior con el propósito de incluir dentro de la modalidad de sistemas de compras electrónicas la contratación por medio de una plataforma de comercio digital, como solución que sirviera para garantizar mejores precios y una excelente calidad de bienes ofrecidos.

Con el fin de ajustar el Manual de Contratación de la Entidad, de acuerdo con las modificaciones introducidas al Estatuto de Contratación mediante Acuerdo N°015 de 2018, la Gerencia de la ESE ISABU mediante Resolución N°480 de 2018, modifica el Manual de Contratación adoptado y aprobado mediante la Resolución N°322 de 2018, lo anterior con el fin de incluir y regular dentro de la modalidad de contratación por el sistema de compras electrónicas, las adquisiciones por medio de la Tienda Virtual del Estado Colombiano y mediante la utilización de una Plataforma Transaccional.

TABLA 460 RELACIÓN MODIFICACIONES ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACIÓN.

MANUAL DE CONTRATACION	MODALIDADES DE SELECCION	OBSERVACIONES
Acuerdo N°006 de Junio 2014 (Estatuto de Contratación)	Contratación Directa	Nueve (09) causales de contratación.
	Convocatoria Simple de ofertas	Invitación privada – Se invita a 2 oferentes / Hasta 250 Smlmv. No existía Banco de Oferentes.
	Convocatoria Pública de ofertas.	Página Web-SECOP
	Compras electrónicas	Sin desarrollo

Acuerdo N°009 de 2014 (Manual de Contratación)	Contratación Directa	Nueve (09) causales de contratación.
	Convocatoria Simple de ofertas	Invitación privada se invita a 3 oferentes / Hasta 250 Smlmv
	Convocatoria Pública de ofertas	Página Web-SECOP
	Compras electrónicas	Seis (06) meses para reglamentar. No se hizo hasta el año 2018.
Resolución N°0274 de Octubre de 2016 (Manual de Contratación)	Contratación Directa	Nueve (09) causales de contratación
	Convocatoria Simple de ofertas	Invitación privada 3 Oferentes Mínimo 2 propuestas Hasta 250 Smlmv
	Convocatoria Pública de ofertas	Publicación SECOP
	Compras electrónicas	Seis (06) meses para reglamentar
Resolución N°0194 de 2017 Resolución N°0296 de 2017 (Banco de Oferentes)	Convocatoria Simple de ofertas En cumplimiento de la política de Transparencia y Pluralidad, se conformó el Banco de Oferentes, de utilización obligatoria en los procesos adelantados bajo esta modalidad. En todos los procesos por convocatoria simple se invitaba a la totalidad de las personas naturales o jurídicas inscritas por la respectiva categoría.	<ul style="list-style-type: none"> • Invitación a la totalidad de las personas naturales o jurídicas inscritas por las respectivas categorías. • 24 Categorías de Proveedores. 453 Oferentes inscritos en el Banco

Acuerdo N°008 de agosto de 2018 (Estatuto de Contratación)	Contratación Directa	Catorce (14) causales de contratación
	Sistema de compras electrónicas (Tienda Virtual del Estado Colombiano) Se consagró la modalidad con el fin de actualizar el manual para optimizar recursos y tiempos en los procesos de contratación. Para lograr mayor agilidad y transparencia en la adquisición de bienes y servicios. Poder competir en igualdad de condiciones con la empresa privada.	TIENDA VIRTUAL DEL ESTADO COLOMBIANO <ul style="list-style-type: none"> • Sin consideración a la cuantía Acuerdo Marco de Precios. • Hasta 250 Smlmv Grandes Almacenes.
	Convocatoria Simple Se amplió la invitación a los proveedores con el fin de garantizar mayor transparencia en esta modalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Invitación página Web de la entidad • Redes Sociales/Web Alcaldía de Bucaramanga • Hasta 250 Smlmv
	Convocatoria Pública.	Página Web-SECOP
Resolución N°0322 de 2018 (Manual de Contratación)	Contratación Directa	Catorce (14) causales de contratación
	Sistema de compras electrónicas (Tienda virtual del Estado) Se regularon los procedimientos para la adquisición de bienes y servicios bajo esta modalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin consideración a la cuantía Acuerdo Marco de Precios. • Hasta 250 Smlmv / Grandes Almacenes
	Convocatoria Simple	<ul style="list-style-type: none"> • Invitación página Web de la entidad • Redes Sociales/Web Alcaldía de Bucaramanga

	Se regularon los procedimientos para la adquisición de bienes y servicios bajo esta modalidad.	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 250 Smlmv
	Convocatoria Pública	<ul style="list-style-type: none"> Página Web/SECOP/ Redes Sociales/Web Alcaldía
Acuerdo N°015 de 2018 (Estatuto de Contratación)	Contratación Directa	Catorce (14) causales de contratación
	Sistema de Compras Electrónicas Tienda Virtual del Estado Colombiano Plataforma Virtual Bionexo Con el fin de adoptar nuevos mecanismos para agilizar y garantizar una mayor transparencia en los procesos de adquisición de Bienes y Servicios se incorporó la modalidad de Compras Electrónicas por la plataforma virtual BIONEXO. Más de 5.000 proveedores	Tienda Virtual del Estado Colombiano <ul style="list-style-type: none"> Sin consideración a la cuantía Acuerdo Marco de Precios. Hasta 250 Smlmv /Grandes Almacenes. Plataforma Virtual Bionexo <ul style="list-style-type: none"> Sin límite de Cuantía.
	Convocatoria Simple	Invitación pública página Web/Web Alcaldía/Redes Sociales
	Convocatoria Pública	Página Web/SECOP/ Redes Sociales/Web Alcaldía
	Contratación Directa	Catorce (14) causales de contratación

Resolución N°480 de 2018 (Manual de Contratación).	Sistema de Compras Electrónicas Tienda Virtual del Estado Colombiano Plataforma Virtual Bionexo Se regularon los procedimientos para la adquisición de bienes y servicios bajo esta modalidad para compras Electrónicas por la plataforma virtual BIONEXO.	Tienda Virtual del Estado Colombiano <ul style="list-style-type: none"> • Sin consideración a la cuantía Acuerdo Marco de Precios. • Hasta 250 Smlmv / Grandes Almacenes. Plataforma Virtual Bionexo <ul style="list-style-type: none"> • Sin límite de Cuantía.
	Convocatoria Simple	Invitación pública página Web/Web Alcaldía/Redes Sociales
	Convocatoria Pública	Página Web/SECOP/ Redes Sociales/Web Alcaldía

Fuente: Oficina Asesora Jurídica.

4.2.2 CONTRATACION VIGENTE.

TABLA 461 CONTRATOS VIGENTES A DICIEMBRE 2019

MODALIDAD	2019
Subgerencia Científica	190
Subgerencia Administrativa	6
Oficina Asesora de Planeación	5
Total	201

Fuente: Formato F-20

TABLA 462 CONTRATOS TERMINADOS PENDIENTES DE LIQUIDACIÓN A DICIEMBRE 2019

MODALIDAD	2017	2018	2019
Subgerencia Científica		1	23

Subgerencia Administrativa	1		7
Oficina Asesora de Planeación			9
Total	1	1	39

Fuente: Formato F-20

4.2.3. TRANSPARENCIA Y ECONOMÍA DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL.

4.2.3.1. TRANSPARENCIA DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL.

A pesar que la actividad contractual de las Empresas Sociales del Estado se rige por expreso mandato legal por el derecho privado, los principios de Transparencia, Economía y Responsabilidad contenidos en la Ley 80 de 1993, por expreso mandato de la Constitución Política (Art 209 CP) y de la Ley (Ley 489 de 1998, Resolución N°5185 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, le son aplicables a la actividad contractual de este tipo de entidades públicas, la Gerencia siguiendo los lineamientos y directrices de la Junta Directiva, en todas las modificaciones al Estatuto y Manual de Contratación, se enfocó principalmente en garantizar dichos principios, concentrando su accionar en aumentar y garantizar la pluralidad de oferentes en los procesos contractuales que se adelantaban en la Entidad, lo anterior recalando que con el Estatuto vigente al año 2016, solo se invitaba privadamente a tres oferentes.

Es de resaltar que las modificaciones introducidas a las diferentes modalidades de selección de contratistas desde el año 2016 a la fecha, fueron direccionadas a garantizar el efectivo cumplimiento de los principios de publicidad, selección objetiva, pluralidad de oferentes, y en especial en fortalecer los principios de Transparencia y Economía de la actividad contractual de la entidad.

Uno de los propósitos establecidos por la administración Municipal de Bucaramanga periodo 2016-2019, fue el de “**Transparencia y Dignidad**” en todas las actuaciones de la administración, y una de sus herramientas para cumplir con dicho propósito fue el de aumentar la participación de proponentes en los procesos de selección de contratistas, estrategia que fue replicada a cabalidad en la ESE ISABU.

Es de resaltar que, al iniciar el presente periodo administrativo en el año de 2016, y conforme con el Estatuto y Manual de Contratación vigente para la época, la modalidad de selección por el sistema de Compras Electrónicas a pesar de estar consagrada no fue desarrollada. A su vez, en la modalidad de convocatoria simple se invitaban privadamente a personas naturales y jurídicas, requiriendo solamente dos (02) ofertas, limitando de esta forma el principio de Pluralidad.

Conforme con lo anterior, es un logro importante para la entidad que de contar con un procedimiento de convocatoria simple donde se invitaba de manera cerrada a dos (02)

proponentes (**limitando la Pluralidad de ofertantes**), a la fecha contamos con un procedimiento de convocatoria simple que se adelantan mediante invitación pública en la página Web de la entidad, redes Sociales/Web Alcaldía de Bucaramanga, espacio donde toda la comunidad tiene acceso. Gracias a dicha modificación, se garantizó a cabalidad el principio de publicidad y el principio de pluralidad de oferentes en la modalidad de Convocatoria Simple, muestra de lo anterior lo podemos observar en el presente cuadro correspondiente al periodo Junio-diciembre 2019:

TABLA 463 PLURALIDAD DE OFERENTES CONVOCATORIA SIMPLE 2019

NUMERO DE PROCESOS CONTRACTUALES	PERSONAS QUE VISUALIZARON LA CONVOCATORIA	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES CONFIRMADOS
15	8864	28	15

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

Otro gran logro que es necesario reseñar, es el desarrollo que tuvo durante el periodo la Contratación Electrónica en la entidad, es así como mediante el Acuerdo N°008 de Agosto de 2018, proferido por la Junta Directiva y desarrollado por la Resolución N°0322 de 2018, se aprobaron las nuevas normas que regularían los procesos de selección de contratistas, en especial la modalidad de Compras electrónicas, consagrando la posibilidad de la entidad para adquirir bienes y servicios en la **Tienda Virtual del Estado Colombiano** sin consideración a la cuantía mediante el mecanismo de Acuerdos Marcos de Precios y hasta doscientos cincuenta (250) SMLMV en los denominados Grandes almacenes.

En el mismo sentido, mediante Acuerdo N°015 de 2018 de la Junta Directiva y la Resolución N°480 de 2018, de la Gerencia de la ESE ISABU, se modificaron el Estatuto y el Manual de Contratación de la Entidad, lo anterior con el propósito de incluir dentro de la modalidad de sistemas de compras electrónicas la contratación por medio de una Plataforma de Comercio Digital, como solución que sirviera para garantizar mejores precios y una excelente calidad de bienes ofrecidos

Conforme con la modificación anteriormente expuesta, se adelantó estudio económico para contratar una herramienta tecnológica que facilitará la contratación electrónica y coadyuvará en la consecución de ahorro en las ofertas de los proponentes, para tal fin se suscribió el contrato N°145 de 2019 con BIONEXO Colombia (Mayor comunidad de compras electrónicas hospitalarias, utilizada por varias Empresas Sociales del Estado en el País, por contar con amplia experiencia en Colombia e Iberoamérica en especial en su experiencia específica con Entidades de Salud del sector público, con una base de más de cuatro mil proveedores especializados en el sector salud a nivel nacional.

Es importante reseñar que la plataforma BIONEXO es utilizada por más de 73 instituciones de salud a nivel Nacional, de los cuales 8 son Empresas Sociales del Estado lo cual además de permitir una mayor cantidad de oferentes, contar con una trazabilidad del proceso contractual, permite mantener un contacto permanente con proveedores especializados y

de amplia experiencia, y finalmente lo más significativo es el ahorro que se obtiene en las compras realizadas por dicha plataforma.

Una vez contratada la plataforma transaccional BIONEXO, la entidad procedió a invitar mediante correo electrónico a todos los proveedores inscritos en las 24 categorías que conformaban el Banco de Oferentes de la entidad, para que se inscribieron en la plataforma BIONEXO, lo anterior teniendo en cuenta la decisión de la entidad en agilizar los procesos contractuales, garantizar la transparencia y pluralidad de oferentes en los procesos de cotización y compra.

De igual forma es necesario señalar que con el propósito de seguir materializando los principios de pluralidad de oferentes y libre concurrencia de las actuaciones contractuales de la entidad, mediante Resolución N°0296 de Julio de 2019, se realizó una nueva convocatoria para que proveedores se inscribieron en la plataforma transaccional BIONEXO, convocatoria que se realizó nuevamente en el mes de diciembre de 2019, mediante Resolución N°480 de 2019, la ESE ISABU.

Finalmente y mediante Resolución N°0005 del siete (07) de enero de 2020, se estableció el correo electrónico: proponentesisabu@gmail.com como canal de comunicación permanente para que los proveedores interesados en participar en los procesos de selección que adelanta la entidad mediante la plataforma transaccional BIONEXO, se puedan inscribir durante todo el año.

TABLA 464 PLURALIDAD DE OFERENTES PLATAFORMA BIONEXO 2019

NÚMERO DE PDC	PROVEEDORES QUE VISUALIZARON EL PDC	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES CONFIRMADOS
88	2791	323	58

Fuente: Plataforma Bionexo Colombia

Es así, como la gerencia con el apoyo de la Junta Directiva fue adoptando las reformas y modificaciones de rigor, ampliando cada vez más la participación de los proponentes, brindando de esta forma mayor igualdad en los temas técnicos, permitiendo la llegada de mayores propuestas, las cuales generaron una puja económica, pues la entidad se benefició al existir competencia, contratando a un costo más económico y optimizando de esta forma los recursos financieros. A continuación, se observa el resultado de la pluralidad de oferentes en los procesos adelantados por la plataforma BIONEXO, en el año 2019.

TABLA 465 PLURALIDAD DE OFERENTES 2019

MODALIDAD	NÚMERO DE PROCESOS CONTRACTUALES	NÚMERO DE PARTICIPANTES
CONTRATACION DIRECTA	1120	1120
CONVOCATORIA SIMPLE	15	34

CONTRATACION ELECTRONICA TVEC	11	11
CONTRATACION ELECTRONICA BIONEXO	58	323
CONVOCATORIA PUBLICA	4	21

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

Finalmente, en el cuadro siguiente podemos observar, el significativo aumento del indicador de participantes en los procesos de selección que hoy en día se adelantan en la ESE ISABU. Contar con una **PLURALIDAD DE OFERENTES** en los procesos de selección, significa que todas las empresas interesadas en ofertar sus servicios a la Administración, pueden concursar en igualdad de condiciones, logrando una competencia equilibrada, justa y sobretodo garantizando a cabalidad el principio de **TRANSPARENCIA**.

TABLA 466 COMPARATIVO PLURALIDAD DE OFERENTES 2016-2019.

MODALIDAD	PARTICIPANTES POR PROCESO 2019	PARTICIPANTES POR PROCESO 2016
CONVOCATORIA SIMPLE	2,29	2
CONTRATACION ELECTRONICA TVEC	11,00	NA
CONTRATACION ELECTRONICA BIONEXO	7,66	NA
CONVOCATORIA PUBLICA	10,50	1

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

4.2.3.2. ECONOMÍA DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL

En lo referente a la Economía de la gestión contractual en la ESE ISABU, es importante mencionar que el ahorro obtenido en las vigencias 2016, 2017 y 2018, fue poco relevante comparado con el obtenido en la vigencia 2019, lo anterior debido a que las modalidades de contratación existentes para dichas vigencias las cuales, al ser invitaciones cerradas, no permitían que se generaran pujas económicas entre ofertantes.

TABLA 467 AHORRO CONSOLIDADO 2016-2019

VIGENCIA	VALOR PRESUPUESTADO	VALOR CONTRATADO	AHORRO EN PESOS
2016	\$ 19.005.894.493,00	\$ 18.467.877.813,00	\$ 538.016.680,00

2017	\$ 23.125.962.588,00	\$ 22.766.943.667,00	\$ 359.018.921,00
2018	\$ 23.701.090.233,00	\$ 23.427.469.138,00	\$ 273.621.095,00
2019	\$ 22.420.838.555,49	\$ 18.834.274.362,09	\$ 3.586.564.193,40
TOTAL			\$ 4.757.220.889,40

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

Ahora bien, es preciso resaltar el ahorro obtenido en la vigencia 2019, en donde se alcanzaron importantes cifras en la modalidad de convocatoria pública, así como los resultados obtenidos gracias al desarrollo de las dos (02) modalidades de contratación electrónica, en especial de los procesos contractuales adelantados bajo la modalidad de la Plataforma BIONEXO, donde se obtuvo un gran beneficio económico en el presupuesto de la entidad, tal y como lo podemos observar en la siguiente tabla:

TABLA 468 AHORRO CONSOLIDADO AHORRO 2019

MODALIDAD	PRESUPUESTO OFICIAL	VALOR CONTRATADO	% PARTICIPACION	AHORRO EN PESOS	AHORRO EN %
CONTRATACION DIRECTA	\$ 2.523.577.343,00	\$ 2.521.418.793,00	13%	\$ 2.158.550,00	-0,1%
CONVOCATORIA PUBLICA	\$ 7.820.094.770,11	\$ 7.584.369.077,01	40%	\$ 235.725.693,10	-3%
CONVOCATORIA SIMPLE	\$ 758.214.537,06	\$ 649.505.028,00	3%	\$ 108.709.509,06	-14,3%
COMPRAS ELECTRONICAS	\$ 11.318.951.905,32	\$ 8.078.981.464,08	43%	\$ 3.239.970.441,24	-29%
TOTAL	\$ 22.420.838.555,49	\$ 18.834.274.362,09	100%	\$ 3.586.564.193,40	-16%

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

Es así, como en la modalidad de Tienda Virtual del Estado Colombiano se adelantaron un total de 11 procesos, por un valor de \$182.886.688. Por su parte, en los procesos adelantados por la Plataforma Transaccional BIONEXO en el año 2019, es preciso mencionar que se celebraron 58 contratos, con un valor presupuestado de \$11.136.065.217.30, obteniendo un ahorro de \$3.239.970.441 millones de pesos, cumpliendo cabalmente con el principio de economía, tal y como lo podemos observar en la siguiente tabla:

TABLA 469 AHORRO COMPRAS ELECTRÓNICAS AÑO 2019

MODALIDAD	NUMERO PROCESOS	VALOR PRESUPUESTO OFICIAL	VALOR CONTRATADO	AHORRO EN PESOS
TVEC	11	\$ 182.886.688.00	\$ 182.886.688.00	\$ 0
BIONEXO	58	\$ 11.136.065.217.30	\$ 7.896.094.776.00	\$ 3.239.970.441,24

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

Una muestra fehaciente de los resultados obtenidos con la utilización de dicha modalidad es el ahorro alcanzado con la suscripción del contrato CEB N°21 de 2019, cuyo objeto es: “SUMINISTRAR Y DISPENSAR EN MODALIDAD DE OUTSOURCING MEDICAMENTOS, MATERIAL MÉDICO QX Y DISPOSITIVOS MEDICOS NECESARIOS PARA ATENDER LOS USUARIOS DE LA ESE ISABU”, donde el presupuesto oficial se estimó en la suma de Dos Mil Seiscientos Ochenta y Nueve Millones Doscientos Veinticinco Mil Quinientos Veinticuatro Pesos m/cte (\$2.689.225.524) y se contrató por un valor de Dos Mil Cuatrocientos Ochenta y Siete Ochocientos Treinta Mil Pesos Trescientos Setenta y Cuatro Pesos (\$2.487.830.374), consiguiendo un ahorro de (\$201.395.150.00).

En lo que respecta a la contratación adelantada en el presente año 2020, se relaciona a continuación la cantidad de procesos contractuales celebrados a corte treinta (30) de marzo, aclarando que no se incluyen los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

TABLA 470 CONSOLIDADA CONTRATACIÓN POR MODALIDAD A 30 DE MARZO DE 2020.

MODALIDAD	NUMERO DE PROCESOS	VALOR CONTRATADO	% DE PARTICIPACION
CONTRATACION DIRECTA	14	\$ 470,608,139.00	6.95%
CONVOCATORIA PUBLICA	0	\$ -	0%
CONVOCATORIA SIMPLE	6	\$ 163,248,380.00	2.41%
COMPRAS ELECTRONICAS		\$ 6,134,909,291.00	90.64%
BIONEXO	14	\$ 6,189,394,728.39	91.44%
TVEC	2	\$ 45,991,930.00	0.68%
TOTAL	36	\$ 6,768,765,810.00	100%

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

En el presente cuadro se aprecia el ahorro obtenido en lo que va de la vigencia 2020, en donde se alcanzó un ahorro de \$179.580.488,61, en donde la mayor parte corresponde al ahorro obtenido en los procesos contractuales adelantados bajo la modalidad de la

Plataforma BIONEXO, donde se obtuvo un gran beneficio económico en el presupuesto de la entidad, tal y como lo podemos observar en la siguiente tabla

TABLA 471 AHORRO CONSOLIDADO CONTRATACIÓN A MARZO 30 DE 2020.

MODALIDAD	VALOR PRESUPUESTADO	VALOR CONTRATADO	% DE PARTICIPACION	AHORRO EN PESOS	AHORRO EN %
CONTRATACION DIRECTA	\$ 470,608,139.00	\$ 470,608,139.00	6.95%	\$ -	0%
CONVOCATORIA PUBLICA	\$ -	\$ -	0%	\$ -	0%
CONVOCATORIA SIMPLE	\$ 168,840,372.00	\$ 163,248,380.00	2.41%	\$ 5,591,992.00	-3%
COMPRAS ELECTRONICAS	\$ 6,409,375,155.00	\$ 6,134,909,291.00	90.64%	\$ -	-4%
BIONEXO	\$ 6,363,383,225.00	\$ 6,189,394,728.39	91.44%	\$ 173,988,496.61	-3%
TVEC	\$ 45,991,930.00	\$ 45,991,930.00	0.68%	\$ -	0%
TOTAL	\$ 7,048,823,666.00	\$ 6,768,765,810.00	100%	\$ 179,580,488,61	-4%

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

4.2.3.2.1. COMPARATIVO COSTOS CONTRATACIÓN 2016-2019.

TABLA 472 COMPARATIVO COSTOS EN LA CONTRATACIÓN 2016-2019

RUBRO	2016	EN SMLV \$689954	2017	EN SMLV \$737717	VARIACIÓN	2018	EN SMLV \$781242	VARIACIÓN	DICIEMBRE 2019	EN SMLV \$828116	VARIACIÓN
Asistencial	\$4.499.778.278	\$ 6.521,85	\$7.937.226.778	\$ 10.759,18	65%	\$ 6.780.648.572	\$ 8.679,32	-19%	\$ 10.324.533.780	\$ 12.467,50	6%
Administrativo	\$ 2.632.943.921	\$ 3.816,12	\$ 1.568.528.794	\$ 2.126,19	-44%	\$ 1.761.287.773	\$ 2.254,47	6%	\$ 1.837.137.478	\$ 2.339,21	15%
Facturación	\$ 106.156.000	\$ 153,86	\$ 619.330.800	\$ 839,52	446%	\$ 950.613.333	\$ 1.216,80	45%	\$ 1.107.622.289	\$ 1.337,52	3%
TOTAL	\$ 7.238.878.199	\$10.491,83	\$10.125.086.372	\$ 13.724,89	31%	\$ 9.492.549.678	\$ 12.150,59	-11%	\$ 13.369.293.547	\$ 16.144,23	24%

Fuente: Oficina Asesora Jurídica

En concordancia con los lineamientos institucionales de racionalización y disminución del gasto que rigieron nuestra administración, es importante mencionar la disminución obtenida año a año en la contratación del personal administrativo de la ESE ISABU, es así como en el año 2016 el valor de los contratos del personal administrativo alcanzó la suma de \$2.632.943.921, y para el año 2019 el valor contratado en el área administrativa solo alcanzó la suma de \$1.837.137.478, alcanzando un ahorro significativo de \$795.806.443.

RECOMENDACIONES.

- Un aspecto relevante del proceso de gestión contractual de la entidad es el de continuar garantizando y por qué no, ampliando los principios de publicidad, pluralidad de oferentes y transparencia de la actividad contractual, mediante la actualización permanente del Estatuto y el Manual de Contratación de la Entidad, el cual debe ir a la par con los desarrollos legales actuales, encaminados siempre a que las compras estatales sean cada vez más transparentes.
- De igual forma es esencial continuar desarrollando y ampliando la modalidad de contratación electrónica, donde se logró en el año 2019, un significativo ahorro en la adquisición de los bienes y servicios que requiere la entidad, ante la competencia abierta de proveedores, circunstancia que hacen mejorar sus ofertas económicas en beneficio de la entidad.
- En el último trimestre del año 2019, la administración suscribió el Contrato AO-14/2019 cuyo objeto es la *“Prestación de servicios de gestión documental de Organización de archivo de contratación vigencia 2016-2019 y actualización de Tablas de Retención Documental en aras de fortalecer la modernización del Archivo Central de la ESE ISABU”*, lo anterior con el fin de organizar dicha información la cual se encontraba sin la adecuada organización, identificación e inventario. Conforme con lo anterior, es de vital importancia continuar las labores pertinentes para la gestión documental de organización del archivo de contratación vigencia 2012-2015, ya que la entidad no cuenta dentro de su planta con personal idóneo que ejecute tal actividad, por tal razón es esencial presupuestar los recursos económicos respectivos para adelantar dicha contratación.
- Conforme con lo anterior, y una vez se entregue el archivo de gestión contractual debidamente organizado, identificado e inventariado, es de vital importancia la contratación de una persona natural para la prestación de servicios como auxiliar de archivo la cual brinde apoyo a las actividades de control, organización técnico-archivística y levantamiento de inventarios documentales del acervo contractual de la ESE ISABU con el fin de garantizar su ciclo vital, consulta y conservación.
- Dentro de las actividades adelantadas por la Oficina Asesora Jurídica en la vigencia 2019, se encuentran las capacitaciones a los funcionarios que desarrollan labores de supervisión contractual y de apoyo a la supervisión, lo anterior debido a las dificultades expresadas por ellos mismos para el cabal desempeño de sus funciones y a las recomendaciones de la Contraloría Municipal de Bucaramanga por los frecuentes

errores encontrados en las auditorias. Por lo anterior, es importante continuar con las capacitaciones al personal con el fin de que cuenten con las herramientas suficientes para que puedan ejercer cabalmente sus funciones.

4.2.4. DEFENSA JUDICIAL.

Dentro de las funciones esenciales asignadas a la Oficina Asesora Jurídica de la ESE ISABU se encuentra la de atender los procesos judiciales y administrativos en que la entidad sea parte, labor que se adelanta con el apoyo de dos (02) abogados externos, los cuales se relacionan a continuación junto con sus actividades:

TABLA 473 PERSONAL OFICINA ASESORA JURÍDICA.

CARGO	VINCULACIÓN	NOMBRE	ANTIGÜEDAD
Abogado Externo	Contrato Cuota Litis	Jesús Rodríguez Fernández	Indeterminado
Abogado Externo	Contrato de Prestación de Servicios Profesionales	Gustavo Andrés Chía	Tres (03) años
Abogado Externo	Contrato de Prestación de Servicios Profesionales	Gabriel Francisco Barreto	Tres (03) años y Ocho(08) meses

Fuente: Oficina Asesora Jurídica.

4.2.4.1. DEFENSA JUDICIAL / ABOGADO EXTERNO GUSTAVO ANDRES CHIA.

A continuación, se relacionan los procesos judiciales gestionados en defensa de los intereses de la Entidad. En el siguiente cuadro se relacionan el número de procesos por años, notificados a la Entidad.

TABLA 474 RELACIÓN PROCESOS JUDICIALES.

AÑO	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	REPARACIÓN DIRECTA	ACCIÓN DE REPETICIÓN	NULIDAD SIMPLE	PROCESO ORDINARIO LABORAL	ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR	TOTAL
2016	10	23	1	1	0	0	35
2017	15	30	1	1	0	0	47
2018	25	34	1	1	1	0	62
2019	27	36	1	1	2	1	68

Fuente: Informe Defensa Judicial

VIGENCIA 2016¹: Se recibieron 35 procesos judiciales de conocimiento de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa distribuidos así:

- 10 procesos de nulidad y restablecimiento del derecho, de los cuales en 8 se solicitaba el reconocimiento de una relación laboral (contrato realidad); en 1 se solicitó la reliquidación de pensión; en 1 la ESE ISABU demandó al Ministerio del Trabajo por la sanción impuesta por tercerización de la prestación de servicios de salud.
- 23 procesos de reparación directa, de los cuales 22 solicitaban el pago de perjuicios por la presunta falla en la prestación del servicio médico de salud (Falla médica); en 1 la E.S.E. ISABU demandó al Departamento del Santander por el pago de cesantías que debió realizarse a varios trabajadores provenientes del Departamento.
- 1 acción de repetición contra exfuncionarios por la condena en el pago de prestaciones sociales.
- 1 acción de nulidad simple, propuesta por un ciudadano contra el acto administrativo que invitó a presentar propuestas para suscribir contrato de prestación de servicios contratar un operador externo que suministre el personal médico para prestar servicios en los centros de salud de la Entidad.

Durante este período se profirió sentencia de segunda instancia a favor de la entidad en el proceso por contrato realidad promovido por MARÍA CRISTINA HERRERA².

VIGENCIA 2017:³ la entidad actuó en 47 procesos judiciales, incluidos los 35 que recibió del período anterior, discriminados así:

- 15 procesos de nulidad y restablecimiento del derecho, de los cuales en 13 se solicitaba el reconocimiento de una relación laboral (contrato realidad); en 1 se solicitó la reliquidación de pensión; en 1 la ESE ISABU demandó al Ministerio del Trabajo por impuesta por tercerización de la prestación de servicios de salud.
- 30 procesos de reparación directa, de los cuales 29 solicitaban el pago de perjuicios por la presunta falla en la prestación del servicio médico de salud (Falla médica); en 1 la E.S.E. ISABU demandó al Departamento del Santander por el pago de cesantías que debió realizarse a varios trabajadores provenientes del Departamento.
- 1 proceso de repetición y 1 de nulidad simple, descritos en el numeral anterior.

¹ Según informe de procesos disponible en jurídica/GUSTAVOCHIA/2017/informe de procesos a 31 de diciembre de 2016.

² Ver sentencia en: procesosjudiciales/MARIACRISTINAHERRERA.

³ Según informe de procesos, disponible en: jurídica/GUSTAVOCHIA/2017/diciembre/informe de procesos.

Conforme lo expuesto, la Entidad atendió 5 procesos adicionales por contrato realidad, representando un incremento del 50% y 7 procesos adicionales por falla médica, lo que representó un incremento del 30%.

En el año 2017 hubo 1 sentencia de segunda instancia condenatoria por contrato realidad a favor de CARLOS EDUARDO PUERTA CAMPUZANO⁴. Dicha sentencia fue pagada.

1. En el curso del año **2018**⁵, la Entidad actuó en 62 procesos judiciales, incluidos los 47 del período anterior, discriminados así:

- 25 procesos de nulidad y restablecimiento del derecho, de los cuales en 23 se solicitaba el reconocimiento de una relación laboral (contrato realidad); en 1 se solicitó la reliquidación de pensión; en 1 la ESE ISABU demandó al Ministerio del Trabajo por impuesta por tercerización de la prestación de servicios de salud.
- 34 procesos de reparación directa, de los cuales 33 solicitaban el pago de perjuicios por la supuesta falla en la prestación del servicio médico de salud (Falla médica); en 1 la E.S.E. ISABU demandó al Departamento del Santander por el pago de cesantías que debió realizarse a varios trabajadores provenientes del Departamento.
- 1 proceso de repetición y 1 de nulidad simple, descritos en el numeral primero de este documento.
- 1 proceso ordinario laboral, propuesto por un médico por el no pago de prestaciones sociales por los servicios prestados a través de la empresa JAHSALUD.

Según lo comentado, la ESE ISABU atendió 10 procesos adicionales por contrato realidad, representando un incremento del 67% y 4 procesos adicionales por falla médica, lo que representó un incremento del 13% y 1 proceso laboral.

Durante 2018 se profirieron 2 sentencias a favor de la E.S.E. ISABU por contrato realidad cuyos demandantes fueron SEBASTIAN FERNANDO AMAYA y MANUEL ANTONIO SUÁREZ y un auto que declaró la caducidad de la acción dentro del medio de control de reparación directa promovido por MARTHA JIMENEZ AHOLIOS.

Los demás procesos cursan su trámite normal, incluido los recursos de apelación de autos y sentencias de primera instancia.

VIGENCIA 2019 :⁶ La Entidad ha actuado en 68 procesos judiciales, distribuidos así:

⁴ Ver sentencia en: procesosjudiciales/CARLOSCAMPUZANO.

⁵ Según informe de procesos, disponible en: jurídica/GUSTAVOCHIA/2018/diciembre/informe de procesos.

⁶ Según informe de procesos, disponible en: jurídica/GUSTAVOCHIA/2019/diciembre/informe de procesos.

- 27 procesos de nulidad y restablecimiento del derecho, de los cuales en 24 se solicitaba el reconocimiento de una relación laboral (contrato realidad); en 1 se solicitó la reliquidación de una pensión; en 1 la ESE ISABU demandó al Ministerio del Trabajo por la sanción impuesta por tercerización de la prestación de servicios de salud.
- 36 procesos de reparación directa, de los cuales 35 solicitaban el pago de perjuicios por la supuesta falla en la prestación del servicio médico de salud (Falla médica); en 1 la E.S.E. ISABU demandó al Departamento del Santander por el pago de cesantías que debió realizarse a varios trabajadores provenientes del Departamento.
- 1 proceso de repetición y 1 de nulidad simple, descritos en el numeral primero de este documento.
- 2 procesos ordinarios laborales, propuestos por dos médicos por el no pago de prestaciones sociales por los servicios prestados a través de la empresa JAH SALUD.
- 1 acción de protección al consumidor (P.C.) propuesto por la ESE ISABU contra el banco AV VILLAS, por fraude bancario.

De acuerdo a lo descrito, durante el 2019 la ESE ISABU atendió 2 procesos adicionales por falla médica; 1 proceso adicional laboral; 1 proceso nuevo de naturaleza civil y ninguno por contrato realidad.

En el año 2019, la ESE ISABU no pagó sentencias judiciales, porque no hubo fallo ejecutoriado en contra de la entidad.

VIGENCIA 2020: En lo corrido del presente año la ESE ISABU tiene los siguientes procesos judiciales:

- 31 procesos de nulidad y restablecimiento del derecho, de los cuales en 27 se solicitaba el reconocimiento de una relación laboral (contrato realidad); en 2 se solicita la reliquidación de una pensión; en 1 la ESE ISABU demandó al Ministerio del Trabajo por la sanción impuesta por tercerización de la prestación de servicios de salud y en 1 la ESE ISABU demandó a la Contraloría Municipal de Bucaramanga por el monto de la cuota de auditaje.
- 37 procesos de reparación directa, de los cuales 36 solicitaban el pago de perjuicios por la supuesta falla en la prestación del servicio médico de salud (Falla médica); en 1 la E.S.E. ISABU demandó al Departamento del Santander por el pago de cesantías que debió realizarse a varios trabajadores provenientes del Departamento.
- 1 proceso de repetición, descrito en la vigencia 2016.
- El proceso de nulidad simple se falló en segunda instancia a favor de la Entidad.
- 2 procesos ordinarios laborales.

- 1 acción de protección al consumidor (P.C.) propuesto por la ESE ISABU contra el banco AV VILLAS, por fraude bancario.

ACTUACIONES DESTACADAS EN LOS PROCESOS JUDICIALES.

De los procesos descritos, destaco las siguientes actuaciones que han redundado a favor de los intereses de la ESE ISABU.

- En el proceso de reparación directa promovido contra la Gobernación de Santander⁷, el Consejo de Estado, en sentencia de segunda instancia, ordenó la devolución a la ESE ISABU de lo pagado por cesantías definitivas y aportes a cesantías de las siguientes personas:

TABLA 475 PROCESOS DE REPARACIÓN DIRECTA CONTRA LA GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Alberto Ospina Giraldo,	Esperanza Perea Díaz,
Alicia Motta	Esther Serrano de García,
Álvaro Tirado Triana	Francisco Pabón Portilla,
Ana Francisca Arias	Gloría Cecilia Marconi,
Ana Mercedes Sandoval,	Ismenia Ramos,
Antonio Ruíz Ortiz,	Joaquín Humberto Flores,
Armando Aldana M.,	José Luis Tolosa Rojas
Beatriz Rangel de Zola,	Libia Villareal Camargo,
Blanca Albeny Pabón,	Luis Eduardo Poveda,
Carlos José Ortiz	Luz Alcira Pinto,
Carmen Cecilia Martínez,	Luz Amparo Hernández,
Consuelo Torres de Galán,	Luz Clemencia Caballero,
Elba Mercedes Cachón,	Matilde Mantilla de Acevedo,
Esperanza Campos,	Mercedes Pérez Sandoval,
Luz Edilia Celis,	Myriam Bohórquez,

⁷ Ver sentencia en: procesosjudiciales/CESANTÍAS.

Magdalena Hernández Arguello,	Nélida Albarracín Pabón,
María Luisa Ardila,	Nelly Moya Soto,
Mariana Piedrahita de Panzón,	Pedro Pablo Monoga,
Marina Díaz de Ballén,	Ramón Tolosa Pabón,
Marina Vesga de Ramírez,	Rosa Cecilia Hacedor,
Rosa Inés Mantilla,	Slendy Fletcher Suárez
Samuel Buitrago Galindo,	Telba Sofía Rojas
Sergio Arturo Rueda,	

Fuente. Oficina Jurídica ESE ISABU

Por lo anterior, se solicitó el inicio del incidente para liquidar la condena impuesta.

- Frente a los procesos por contrato realidad, en cada contestación de la demanda se solicitó, de manera subsidiaria, la declaración de la prescripción extintiva de las eventuales prestaciones económicas solicitadas por los demandantes; durante los procesos se demostró que hubo solución de continuidad y en las sentencias de primera instancia se reconoció el fenómeno extintivo, logrando la reducción de las eventuales condenas, sin embargo, las providencias fueron apeladas por la ESE ISABU y se espera la revocatoria de las mismas o se mantenga el reconocimiento de la prescripción.
- Frente los procesos de reparación directa sobre falla en el servicio médico, se informa que la mayoría de procesos obedecen a hechos ocurridos con anterioridad al inicio de nuestra administración y sólo 3 demandas, imputan fallas médicas a partir del segundo semestre de 2016.
- Frente a las sentencias ejecutoriadas en el año 2019, ninguna fue en contra de la entidad, por tanto, no fue necesario pagar suma alguna y aquellas sentencias proferidas en contra, se interpuso recurso de apelación y se espera el fallo de segunda instancia.

Además, en el último semestre de 2019 se fallaron 11 procesos de los cuales 3 en segunda instancia y uno en primera, que quedaron ejecutoriados a favor de la entidad; de los 8 restantes y que fueron sentenciados en primera instancia, 5 de ellos fueron a favor y 3 en contra. Éstos últimos están cursando la segunda instancia.

En el primer trimestre de 2020, se falló el proceso de nulidad simple a favor de la Entidad y un proceso de contrato realidad en contra, el cual fue oportunamente apelado.

PROVISIÓN PARA EL PAGO DE SENTENCIAS Y CONCILIACIONES.

De acuerdo al análisis de cada proceso donde la ESE ISABU actúa como demandado, trimestralmente se proyecta un cuadro donde se determinan los datos de los procesos, la probabilidad de perdida y el monto de la provisión para el pago de sentencias y conciliaciones con media y alta probabilidad de perdida:

TABLA 476 PROVISIÓN PARA EL PAGO DE SENTENCIAS Y CONCILIACIONES

PROBABILIDAD	MONTO
Media:	\$ 3.106.531.913
Alta:	\$ 1.453.256.818

Fuente: Formato Provisión de pago sentencias y conciliaciones.

RECOMENDACIONES:

Con el fin de mantener los resultados en los procesos que se adelantan en contra de la entidad, se recomienda lo siguiente:

- Frente a los procesos por contrato realidad, desde el Comité de Conciliación se ha solicitado a la Junta Directiva continuar con la formalización de la planta de personal.
- Frente a los procesos de pensiones y cesantías, seguir con el proceso judicial de cobro ante la jurisdicción contencioso administrativa y presentar las demandas del personal que en los últimos años se ha pensionado o está cercana la fecha de reconocimiento de la pensión, en contra del municipio de Bucaramanga y el Departamento de Santander.
- Frente a los procesos judiciales en general, se recomienda dar continuidad a las estrategias de defensa asumidas por los asesores externos de la oficina asesora jurídica, por cuanto han contestado cada demanda, han participado personalmente en las audiencias, por ende, conocen las debilidades y fortalezas en cada juicio.

4.2.4.2. DEFENSA JUDICIAL / ABOGADO EXTERNO JESÚS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ.

Teniendo en cuenta el tipo de acción las labores de defensa judicial con el profesional del derecho se adelantan en virtud de un contrato cuota Litis, en ese sentido se relacionan los procesos judiciales gestionados en defensa de los intereses de la Entidad donde la ESE ISABU actúa como demandante y son adelantados contra el Municipio de Bucaramanga y la Supersalud, donde se relacionan el número de procesos por años, notificados a la Entidad.

TABLA 477 RELACIÓN DE PROCESOS

AUTORIDAD	DEMANDANTE	DEMANDADO	CLASE DE PROCESO	PRETENSIÓN	FALLO Primera Instancia
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG RGS	ESE ISABU	SUPERSALUD - MIN SALUD	REPARACIÓN DIRECTA - DAÑO ESPECIAL	NULIDAD DE RESOLUCION QUE NEGÓ PAGO DE SERVICIOS	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG RGS	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // ELIZABETH LEAL JAIMES	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG RGS	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // MARIA PURIFICACION RINCON	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG RGS	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // MARTHA GARCIA DE BAUTISTA	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG RGS	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // JOSE MARIO LOZADA DIAZ	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG SBV	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS / EUFEMIA PARRA	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG SBV	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // MATILDE GALVIS ARGUELLO	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG SBV	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // JAIME DURAN QUINTERO (Fallecido)	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG MRQ	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // EUMELINA LOPEZ DE MARTINEZ	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	A FAVOR 16/05/2019 APELADA POR LA ESE ISABU Y COLPENSIONES
TRIBUNAL	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // VICTOR JULIO	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO	

ADTVO. DE SANTANDER MAG MRQ		ARCINIEGAS NOVOA		PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG MRQ	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // LUIS BARONIO INFANTE HIGUERA	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG MRQ	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // JUAN DE DIOS CAMPOS SEPULVEDA	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	A FAVOR 06/06/2019 APELADA POR ISABU, DEPTO DE SANTANDER Y COLPENSIONES
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG FPPP	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // MYRIAM ESTEBAN DE PABON	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG FPPP	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // LUIS FERNANDO BALLESTEROS	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG FPPP	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // ABIGAIL SANTOS DE RUIZ	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG JER	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // LUZ MARINA TORRES	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG JER	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // LUIS EDUARDO POVEDA	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	
TRIBUNAL ADTVO. DE SANTANDER MAG JER	ESE ISABU	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y OTROS // LUIS CAYETANO RODRIGUEZ	NULIDAD Y REST	NULIDAD DE RESOLUCION QUE RECONOCIO PENSION	

Fuente: Informe Defensa Judicial

4.2.4.3 DEFENSA JUDICIAL / ABOGADO EXTERNO GABRIEL BARRETO.

El abogado externo entre otras actividades contractuales adelanta la defensa judicial relacionada con la asesoría en la contestación de las acciones de tutela donde se vincula

a la ESE ISABU, teniendo en cuenta lo anterior se anexa en el Drive empalme el registro de dichas actuaciones en el periodo comprendido entre el año 2017 al 2020. (Anexo 10. Drive empalme jurídica)

4.2.5. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO.

En el año 2016 se suprimió la Oficina de Control Interno Disciplinario de la ESE ISABU y se profirió la Resolución 0290 del 18 de noviembre de 2016 *“Por la cual se organiza el Grupo Formal de Control Disciplinario Interno de la Empresa Social del Estado ESE ISABU”*, el cual se encuentra adscrito a la Oficina Asesora Jurídica.

El Grupo Formal de Control Disciplinario Interno es competente para adelantar tanto la indagación preliminar, como la investigación y el fallo de primera instancia, respecto de los servidores públicos del organismo con excepción del gerente y del coordinador del grupo.

El Grupo Formal de Control Disciplinario Interno está integrado por dos (02) representantes del nivel asesor y dos (02) profesionales del nivel directivo, tal y como se detalla a continuación:

Responsable o coordinador del grupo: Jefe de Oficina Asesora Jurídica.

Miembros del grupo: Subgerente Administrativo, Subgerente Científico y Jefe Oficina Asesora de Planeación.

A continuación, se relacionan los procesos disciplinarios adelantados por el Grupo Formal de Control Disciplinario Interno:

TABLA 478 PROCESOS DISCIPLINARIOS APERTURADOS AÑO 2016.

Nº RADICADO	HECHOS INVESTIGADOS	FECHA DE LOS HECHOS	ESTADO ACTUAL DEL PROCESO
OCID-001-2016	Presunta conducta de impedir a otro servidor público trabajos ajenos a sus funciones o impedirle el cumplimiento de sus deberes	28 al 31/03/2016	ARCHIVADO
OCID-002-2016	Por presuntamente recibir al mismo tiempo asignación salarial mensual como almacenista general de la E.S.E ISABU para la fecha de los hechos y mesada pensional vitalicia de invalidez, reconocida por COLPENSIONES	02/2016 - 04/2016	INVESTIGACION FORMAL
OCID-003-2016	Por presuntas irregularidades en el retraso de los horarios de atención a los pacientes	10/07/2016	INDAGACION PRELIMINAR

OCID-005-2016	Por presuntamente haber recibido doble erogación (Nomina- pensión de vejez reconocida por COLPENSIONES)	Entre noviembre y Diciembre de 2013	ARCHIVADO
OCID-006-2016	Por presuntamente haber recibido doble erogación (Nomina- pensión de vejez reconocida por COLPENSIONES)	Entre Diciembre de 2013 y Enero de 2014	INDAGACION PRELIMINAR
OCID-007-2016	Por presuntamente haber recibido doble erogación (Nomina- pensión de vejez reconocida por COLPENSIONES)	Entre noviembre y Diciembre de 2013	INVESTIGACION FORMAL

Fuente: Grupo Control Interno Disciplinario.

TABLA 479 PROCESOS DISCIPLINARIOS APERTURADOS AÑO 2017.

N° RADICADO	HECHOS INVESTIGADOS	FECHA DE LOS HECHOS	ESTADO ACTUAL DEL PROCESO
OCID-01-2017	Presuntas irregularidades en el contrato de personal de la ESE ISABU 2016	INDETERMINADO	INHIBICIÓN
OCID-02-2017	Presunto incumplimiento en la entrega del informe de gestión como gerente saliente de la entidad	INDETERMINADO	POR APERTURAR INDAGACIÓN PRELIMINAR
OCID-03-2017	Presuntas irregularidades en la atención de consulta externa a una usuaria	16/03/2017	ARCHIVADO
OCID-04-2017	Presuntas irregularidades en la atención de consulta externa a una usuaria	12/07/2017	INDAGACION PRELIMINAR
OCID-05-2017	Presunto incumplimiento o demora en la entrega del plan de mejora con ocasión de la auditoria interna	POR DETERMINAR	INVESTIGACION DISCIPLINARIA
OCID-06-2017	Presuntas irregularidades dentro de los contratos de prestación de servicios 1267-2016, 487-2017 y 507-2017	POR DETERMINAR	INVESTIGACION DISCIPLINARIA
OCID-07-2017	Pago de intereses de mora por el no pago oportuno del ARL al sistema general de seguridad social	03/02/2016 03/03/2016 03/05/2016 14/12/2016 30/11/2016 01/12/2016	ARCHIVADO

OCID-08-2017	Presuntas irregularidades en el contrato AO-02 de 2016	POR DETERMINAR	INVESTIGACION DISCIPLINARIA
--------------	--	----------------	-----------------------------

Fuente: Grupo Control Interno Disciplinario.

TABLA 480 PROCESOS DISCIPLINARIOS APERTURADOS AÑO 2018

Nº RADICADO	HECHOS INVESTIGADOS	FECHA DE LOS HECHOS	ESTADO ACTUAL DEL PROCESO
OCID-01-2018	Por contratos desaparecidos en la vigencia 2016 de la ESE ISABU	POR DETERMINAR	SE REMITE EL EXPEDIENTE POR FALTA DE COMPETENCIA
OCID-02-2018	Presuntas irregularidades en la expedición de actos administrativos (rln de vacaciones en que se encargó a la Dra. Tatiana)	DICIEMBRE DE 2017	SE REMITE EL EXPEDIENTE POR FALTA DE COMPETENCIA
OCID-03-2018	Por presuntas inconsistencias con la utilización del sistema CNT e indebida atención a pacientes en consulta	POR DETERMINAR	INVESTIGACION FORMAL

Fuente: Grupo Control Interno Disciplinario.

TABLA 481 PROCESOS DISCIPLINARIOS APERTURADOS AÑO 2019.

Nº RADICADO	HECHOS INVESTIGADOS	FECHA DE LOS HECHOS	ESTADO ACTUAL DEL PROCESO
OCID-01-2019	Presunto incumplimiento de horas mensuales obligatorias laborales dispuestas para los técnicos en radiología de la ESE ISABU	01/04/2018 - 31/12/2018	INVESTIGACION FORMAL
OCID-02-2019	Presunto incumplimiento o demora en la entrega del plan de mejora con ocasión de la auditoria regular N° 36 de 2018	POR DETERMINAR	INDAGACION PRELIMINAR
OCID-03-2019	Presuntas irregularidades en la supervisión del contrato 1313 de 2016	POR DETERMINAR	INDAGACION PRELIMINAR
OCID-04-2019	Presunto conflicto de intereses a causa de la relación familiar entre supervisora y contratista	POR DETERMINAR	INDAGACION PRELIMINAR

OCID-05-2019	Presunta expedición extemporánea de una adenda en el proceso contractual de aseo y presunta falta de publicación de una adenda en el proceso de lavandería	POR DETERMINAR	INDAGACION PRELIMINAR
--------------	--	----------------	-----------------------

Fuente: Grupo Control Interno Disciplinario

Para el año 2020 el Grupo de Control Interno Disciplinario de la ESE ISABU, tiene dispuesta la apertura de cuatro (04) indagaciones preliminares producto de quejas presentadas en el mes de Marzo, sin embargo producto del Estado de Emergencia con ocasión del COVID-19 se profirió la Resolución 0145 “Por la cual se suspenden términos en las actuaciones disciplinarias adelantadas por el Grupo de Control Disciplinario de la ESE ISABU”, se suspendió la suscripción de los respectivos autos y se está a la espera de que se reinicien términos o se adopten medidas electrónicas para adelantar las respectivas investigaciones.

Ruta soportes: T:/8.jurídica/empalme jurídica 2020/soportes empalme

4.2.6. DEFENSA DE LOS INTERESES INSTITUCIONALES

4.2.6.1. PENSIONES A CARGO DEL ISABU

La E.S.E. ISABU por concepto de mesadas pensionales correspondientes a veintinueve (29) ex trabajadores del sector salud (dependientes, en su momento de la Gobernación de Santander y de la Alcaldía de Bucaramanga y, solo de manera residual, de la E.S.E. ISABU), ha venido realizando pagos cuyo monto para el año 2019 se situó en quinientos diecinueve (\$519) millones de pesos y, acumulado a 31 de diciembre, pagos totales a cargo de esta entidad (desde el momento de la transformación institucional) por valores superiores a los nueve mil millones de pesos (\$9.000) millones de pesos.

No obstante y, en contra de lo dispuesto por la legislación principal y reglamentaria expedida, a la E.S.E. ISABU se le endilgo el pago de la totalidad de las mesadas pensionales antes referidas a través de actos administrativos proferidos por la Secretaria de Hacienda de la Alcaldía de Bucaramanga, como instancia de administración del Fondo Territorial de Pensiones, que ordenaron el pago de pensiones vitalicias a cargo de la E.S.E. ISABU, sin establecer los mecanismos para la financiación de las cuotas partes pensionales y/o la emisión de bonos pensionales a cargo de las entidades concurrentes, tal como lo reglamento el Decreto 1748 de 1995.

Relaciono a continuación el nombre de los ex funcionarios:

TABLA 482 RELACION DE EX FUNCIONARIOS DE LA ESE ISABU.

NOMBRES Y APELLIDOS		CEDULA
1	CRISTOBAL ACELAS GARCIA	91.235.271
2	TRINIDAD AVILA	37.806.871
3	LUIS FERNANDO BALLESTEROS GARZON	17.096.739
4	JUAN DE DIOS CAMPOS SEPULVEDA	2.136.695
5	LUIS EDUARDO POVEDA COLMENARES	5.623.993
	MARIA DE JESUS COLMENARES ALVAREZ	27.922.351
6	EDITA DIAZ BENITEZ	28.421.266
7	MYRIAM ESTEBAN DE PABON	28.330.256
8	LEONOR FERNANDEZ MEJIA	28.378.116
9	BLANCA INES GALVIS PEÑA	37.831.084
10	MATILDE GALVIS VDA DE MANTILLA	28.210.186
11	MARGARITA GAMBOA DE RESTREPO	32.075.282
12	MARTHA GARCIA DE BAUTISTA	131.666
13	LUIS BARONIO INFANTE HIGUERA	13.212.717
14	ELIZABETH LEAL JAIMES	37.829.171
15	EUMELINA LOPEZ DE MARTINEZ	28.410.123
16	JOSE MARIO LOZADA DIAZ	11.298.078
17	ANA DE DIOS LUNA LUNA	37.794.952
18	VICTOR JULIO ARCINIEGAS NOVOA (FALLECIDO)	5.566.108
	MARIA DEL CARMEN MOLANO RINCON	63.301.179
19	FRANCISCO PABON PORTILLA	3.987.231
20	EUFEMIA PARRA PINEDA	28.290.399
21	ARACELY PEREZ ORDOÑEZ	27.959.329
22	MARIA PURIFICACION RINCON CARVAJAL	27.925.404
23	LUIS CAYETANO RODRIGUEZ CHACON	2.012.156
24	PAULINA SANCHEZ DE SERRANO	27.941.419
25	ABIGAIL SANTOS DE RUIZ	37.794.893
26	JAIME DURAN QUINTERO	17.106.560
	ALEXANDRA SERRANO ROJAS	63.334.264
27	ALVARO TIRADO TRIANA	13.820.568
28	RAMON TOLOZA PABON	13.819.206
29	LUZ MARINA TORRES SUAREZ	63.295.087

Fuente. El programa de "Seguimiento y Actualización de los Cálculos Actuariales del Pasivo Pensional de las Entidades Territoriales"

Las obligaciones dinerarias a cargo de esta entidad corresponden solo al 25% del valor de la pensión de algunos de los beneficiarios, a quienes les fue reconocida teniendo en cuenta el 100% del salario devengado, con posterioridad a la transformación de la entidad en Empresa Social del Estado (E.S.E.), en razón de la convención colectiva en su momento suscrita con

las organizaciones sindicales, los demás valores deben ser asumidos por las entidades “cuotapartistas” –concurrentes en el pago de obligaciones pensionales (Gobernación de Santander, Alcaldía de Bucaramanga, Otras), teniendo en cuenta los tiempos de vinculación de los beneficiarios de las pensiones a cada una de las mismas, tal como lo establece la amplia normatividad vigente al respecto, siendo responsabilidad del Fondo de Pensiones de la Alcaldía de Bucaramanga el recaudo de los mismos.

Al respecto, debe tenerse en cuenta, que mediante Circular de fecha 29 de noviembre de 2016, emanada de la Dirección General de Regulación Económica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público se instituyó el PROCEDIMIENTO PARA RETIRAR RECURSOS DEL SECTOR SALUD DEL FONPET DESTINADOS A FINANCIAR EL PASIVO PENSIONAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES CON EL SECTOR SALUD, estableciendo que, para el caso específico de pago de “Otras Obligaciones Pensionales con el Sector Salud”, las cuales incluyen “mesadas pensionales, bonos pensionales, cuotas partes de bonos pensionales y cuotas partes de bonos pensionales” (fuera de texto), “serán estos pasivos pensionales los que se puedan pagar con los recursos acumulados en el Sector Salud del FONPET” (negrillas fuera de texto), debiendo, para el efecto, proferir y remitir, copia del Acto Administrativo mediante el cual la Administración Municipal las reconoce como propias y asume su pago, trámite que, de manera reiterada, hemos solicitado, ante la Administración del Fondo Territorial de Pensiones de la Alcaldía de Bucaramanga y que debe darse para continuar con el proceso en el año 2020.

De conformidad con el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), se han efectuado los siguientes pagos por concepto de mesadas pensionales, así:

TABLA 483 RELACIÓN DE PAGOS REALIZADOS DESDE 1995 A 2019

AÑO	VALOR
1995 a 2015	8.199.270.750
2016	582.963.731
2017	14.088.136
2018	443.023.769
2019	519.124.156
TOTAL	\$9.758.470.542

Fuente. Sistema de Información Hospitalaria (SIHO)

4.2.6.2. PROCESO DE CESANTIAS RETROACTIVAS

El 22 de diciembre de 1993, se suscribió entre el gobernador de Santander, el alcalde del municipio de Bucaramanga, el Secretario de Salud del departamento, el Director del Servicio Seccional de Salud de Santander y el Director del ISABU, un Acta de Traspaso de Personal y Bienes en la que se acordó que los trabajadores serían incorporados a la planta de personal del ISABU, en virtud del proceso de descentralización de la salud dispuesto por la Ley 10 de 1990, así como por las Leyes 100 y 60 de 1993, constituyéndose esta actuación en una sustitución patronal.

La Empresa Social del Estado ISABU realizó aportes de cesantías del personal que recibió del departamento a través del Instituto de Previsión Social de Santander durante las vigencias 1994 al 1995, pues los empleados y el departamento manifestaron que se encontraban afiliados a este fondo, además que, estos trabajadores pertenecían al régimen de cesantías con retroactividad por cuanto su ingreso fue anterior a la vigencia de la Ley 100 de 1993.

El 6 de junio de 2000, el ISABU profirió los actos administrativos de reconocimiento de cesantías definitivas con el último incremento salarial ordenado por la Corte Constitucional en Sentencia C-143 de 2000, con fundamento en las certificaciones de tiempo de servicios emitidas por la Secretaría de Salud Departamental para el periodo de labores de cada uno de los empleados y con corte hasta el 31 de diciembre de 1995, fecha última en la que se hicieron aportes de cesantías al Instituto de Previsión Social de Santander, pagos que fueron cancelados dentro de los 45 días siguientes.

De esta manera, el departamento de Santander y/o Secretaría de Salud de Santander, patronos hasta el 31 de enero de 1993, tenían la responsabilidad de presentar los estudios e informes y realizar las gestiones para que el Ministerio de Salud reconociera a la totalidad de los empleados departamentales del sector salud como beneficiarios del Fondo del Pasivo Prestacional del Ministerio de Salud, teniendo en consideración que este Ministerio por medio de la Resolución 02282 de 1999, reconoció como tales a 43 empleados de instituciones de salud, más no a la totalidad de los trabajadores de la Secretaría de Salud y/o el departamento de Santander.

La Empresa Social del Estado ISABU –antes Instituto de Salud de Bucaramanga-, no ha recuperado los aportes de cesantías pagados al Instituto de Previsión Social de Santander, entidad que fue liquidada en el año 1995. Por lo anterior, el día seis (6) de junio de dos mil dos (2002), instauró demanda de reparación directa en contra del **Departamento de Santander y Fondo de Cesantías de Santander –FONCESAN** reclamando la suma de \$479.328.497 que se dividen en (\$386.993.497), por concepto de cuota parte de cesantías desde el 6 de junio de 2000, y la suma adicional de (\$92.335.123), por concepto de aportes de cesantías pagados al Instituto de Previsión Social de Santander, entidad adscrita a este departamento, con la que pretendía que se declarara que ISABU tiene derecho a que se le reconozca y pague la suma antes mencionada, que corresponde al pago que la entidad realizó por concepto de cuotas partes de cesantías definitivas adeudadas por el departamento y aportes de cesantías consignados al Instituto de Previsión Social de Santander a favor de Alberto Ospina Giraldo, Alicia Motta, Álvaro Tirado Triana, Ana Francisca Arias, Ana Mercedes Sandoval, Antonio Ruíz Ortiz, Armando Aldana M., Beatriz Rangel de Zola, Blanca Albeny Pabón, Carlos José Ortiz, Carmen Cecilia Martínez, Consuelo Torres de Galán, Elba Mercedes Cachón, Esperanza Campos, Esperanza Perea Díaz, Esther Serrano de García, Francisco Pabón Portilla, Gloria Cecilia Marconi, Ismenia Ramos, Joaquín Humberto Flores, José Luis Tolosa Rojas, Libia Villareal Camargo, Luis Eduardo Poveda, Luz Alcira Pinto, Luz Amparo Hernández, Luz Clemencia Caballero, Luz Edilia Celis, Magdalena Hernández Arguello, María Luisa Ardila, Mariana Piedrahita de Panzón, Marina Díaz de Ballén, Marina Vesga de Ramírez, Martha Patricia Delgado,

Matilde Mantilla de Acevedo, Mercedes Pérez Sandoval, Myriam Bohórquez, Nelida Albarracín Pabón, Nelly Moya Soto, Pedro Pablo Monoga, Ramón Tolosa Pabón, Rosa Cecilia Hacedor, Rosa Inés Mantilla, Samuel Buitrago Galindo, Sergio Arturo Rueda, Slendy Fletcher Suárez y Telba Sofia Rojas,

Fue así, como el pasado mes de septiembre de 2019 el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, dicto fallo declarando administrativamente responsable al **DEPARTAMENTO DE SANTANDER** de los perjuicios causados a la ESE ISABU, por las razones señaladas anteriormente **CONDÉNANDO** a reembolsar el valor pagado por la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - E.S.E. ISABU**, por concepto de cesantías definitivas y aportes de cesantías hasta antes del 6 de junio de 2000, con la actualización económica o indexación de las sumas reconocidas correspondientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, la ESE ISABU realizo proyección de la liquidación a Diciembre de 2019, cuyo valor asciende a \$778.743.487 y que se espera recibir durante este trimestre para que sean transferidos directamente a COLFONDOS para el pago de las cesantías retroactivas. De este valor ya existen en el presupuesto de ingresos proyectados el valor de \$751.000.000, valor que estuvo calculado con corte al primer trimestre de 2019.

Es importante mencionar que el total de cesantías retroactivas a 31 de Diciembre de 2020 se estima en \$ 5.067.344.870 de los cuales ya se han realizado anticipos del orden de \$ 2.407.127.503 quedando un saldo para pago de cesantías retroactivas de \$ 2.660.217.366.

Teniendo en cuenta lo anterior la ESE ISABU viene realizando plan de egreso estimando año a año el valor a pagar, así las cosas, para el año 2020, se estima un pago se \$287.753.953, como se relaciona a continuación:

TABLA 484 RELACIÓN DE EGRESOS PARA LA VIGENCIA 2020

APELLIDOS Y NOMBRES	DEVENGADO	ANTICIPOS	NETO
LEON SANCHEZ MARIA NUBIA	\$ 143.714.174	\$ 34.400.000	\$ 109.314.174
PABON LIZARAZO ANA DELINA	\$ 187.810.019	\$ 149.159.838	\$ 38.650.181
GALVAN ESCOBAR CARMEN HELENA	\$ 89.436.533	\$ 43.734.750	\$ 45.701.783
MEJIA VARGAS SECUNDINA	\$ 115.740.424	\$ 69.466.011	\$ 46.274.413
SANABRIA MUJICA MERCEDES	\$ 78.713.402	\$ 30.900.000	\$ 47.813.402
	\$ 615.414.552	\$ 327.660.599	\$ 287.753.953

Fuente: Oficina Nomina

Con lo anterior y según estimaciones de pagos de cesantías retroactivas, se estima estos recursos alcancen hasta el año 2023, teniendo en cuenta que el fondo tienen una rentabilidad de aproximadamente el 5% anual.

TABLA 485 ESTIMATIVA PAGOS DE CESANTÍAS RETROACTIVAS.

AÑO	PERSONAS	PAGO RETROACTIVO	PRESUPUESTO	SALDO	RENTABILIDAD INTERES	SALDO ACUMULADO
2020	5	\$ 287.753.953	\$ 778.743.487	\$ 490.989.534	\$ 24.549.477	\$ 515.539.011
2021	3	\$ 153.000.000		\$ 362.539.011	\$ 18.126.951	\$ 380.665.961
2022	4	\$ 204.000.000		\$ 176.665.961	\$ 8.833.298	\$ 185.499.259
2023	3	\$ 161.000.000		\$ 24.499.259	\$ 1.224.963	\$ 25.724.222
2024	2	\$ 120.000.000		-\$ 94.275.778		

Fuente: Oficina Nomina

4.2.6.3. SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES

En desarrollo de esta labor se realizó depuración detallada desde 1994 a 2016 por cada uno de los funcionarios afiliados a salud pensión, cesantías y riegos profesionales, sobre los estados de cuenta real y deuda presunta que presentaron las entidades administradoras. En el inicio de nuestra administración la depuración fue bastante dispendioso por el alto volumen de inconsistencias presentadas por multifiliaciones, por pagos errados o aportes mal liquidados y sobre todo por las deudas presuntas que son las deudas que presentan los fondos de pensiones y cesantías al no tener un registro correcto de los pagos generados por el empleador. Una vez efectuada la conciliación se suscribieron actas entre las partes. Posteriormente y según las indicaciones del Ministerio de Protección Social se debía solicitar las aprobaciones necesarias para realizar los cruces de saldos entre administradoras.

Es de aclarar que al efectuar estas conciliaciones con las ARP Y EPS generan estados completos y detallados tanto de deuda real como presunta, con las cuales se debe efectuar el proceso de depuración para verificar cada una de estas novedades, y de esta forma solicitar a cada entidad administradora la corrección de esta información o de lo contrario aceptar la deuda indicada según el caso.

El proceso de saneamiento de aportes patronales a sido bastante demorado por la magnitud de la información que se maneja y por el mismo sistema de los fondos, por lo que el Ministerio ha venido sacando constantemente una serie de reglamentación que permita dar por terminado este proceso. Entre esta reglamentación se pueden citar las siguientes: Resolución 3815 de 2003, Decreto 1636 de 2006, Ley 1438 de 2011, Resolución 5281 de 2013, Resolución 0154 de 2013, Resolución 2464 de 2014, Resolución 3568 de 2014, Resolución 4906 de 2014, Resolución 2231 de 2015, Resolución 3459 de 2015, Resolución 2359 de 2016, Resolución 2360 de 2016, Resolución 2947 de 2016, Resolución 4669 de 2016, Resolución 5885 de 2016, Nota Externa 201732000178403, Resolución 1545 de 2019.

Es importante mencionar que antes del nacimiento de Colpensiones, se había depurado en su totalidad las deudas existentes con el anterior Instituto de Seguros Sociales ISS, sin embargo en el surgimiento de Colpensiones se frustró el trabajo realizado con el ISS, y antes por el contrario el trabajo con Colpensiones fue mucho mayor, toda vez que al

realizarse el traspaso de información entre estas entidades se perdió gran cantidad de la misma, lo que generó muchas más deudas que las contraídas con el ISS.

En la actualidad el estado de avance del proceso con las Empresas Prestadoras de Servicios, Fondos de Cesantías y las Administradoras de Riesgos Laborales, con corte a 31 de julio de 2019, se encuentran en un 100%, mientras que con las Administradoras de Fondos de Pensión se halla en un 83%. Este porcentaje se da, debido que, con la AFP Colpensiones, todavía estamos en proceso de depuración de deudas reales y presuntas, debido al volumen de la misma y a los inconvenientes presentados con esta administradora, la cual se vinculó tarde al proceso de conciliación.

En el siguiente cuadro se detalla el proceso con cada administradora

TABLA 486 RECURSOS SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES ESE ISABU

ENTIDAD ADMINISTRADORA	RECURSOS ASIGNADOS-S.G.P-APORTE PATRONALES	RECURSOS EJECUTADOS /PAGOS POR AUTOLIQUIDACION	ACTA FINAL		VIGENCIAS CONSOLIDADAS	RESULTADO VIG.2012-2016		SALDO DESPUES DE CRUCE
			SI	NO		2012 2016	SALDO A FAVOR	
CESANTIAS								
COLFONDOS	2,731,125,544	2,172,553,202	X		X	558,572,342	-	558,572,342
F.N.A	92,675,500	77,935,602	X		X	14,739,898		14,739,898
PORVENIR	171,416,618	97,532,687	X		X	73,883,931		73,883,931
PROTECCION	120,159,961	117,977,636	X		X	2,182,325		73,883,931
TOTAL, CESANTIAS	3,115,377,623	2,465,999,126			X	649,378,497	-	721,080,103
PENSION								
COLFONDOS	183,164,526	157,109,250	X		X	26,055,276	2,219,841	23,835,435
COLPENSIONES	903,061,321						-	
PORVENIR	301,137,960	259,861,166	X		X	41,276,794	1,102,468	40,174,326
Horizonte - Porvenir	107,688,961	107,553,360	X		X	135,601		
ING	15,513,285	14,377,800	X		X	1,135,485		1,135,485
PROTECCION	92,383,065	82,380,791	X		X	10,002,274	-	10,002,274
TOTAL PENSIONES	1,602,949,118	621,282,367				8,605,430	3,322,309	75,147,520

Fuente: Actas de conciliación entre la ESE ISABU y las diferentes administradoras

TABLA 487 RECURSOS SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES ESE ISABU

ENTIDAD ADMINISTRADORA	RECURSOS ASIGNADOS-S.G.P.-APORTE PATRONALES	RECURSOS EJECUTADOS /PAGOS POR AUTOLIQUIDACION	ACTA FINAL		VIGENCIAS CONSOLIDADAS	RESULTADO VIG.2012-2016		SALDO DESPUES DE CRUCE
			SI	NO		2012 2016	SALDO A FAVOR	
SALUD								
ALLIANSALUD	17,574,386	12,840,864	X		X	4,733,522	-	4,733,522
CAFESALUD	10,888,363	10,213,642	X		X	674,721		674,721
COMFENALCO	4,635,000	5,277,732	X		X		642,732	
COLPATRIA	8,326,427	6,394,343	X		X	1,932,084		1,932,084
COOMEVA	271,112,940	247,037,286	X		X	24,075,654	54,072	24,021,582
FAMISANAR	72,889,163	71,172,115	X		X	1,717,048	-	1,717,048
MEDIMAS	37,213,713	22,328,140	X		X	14,885,573		14,885,573
NUEVA EPS	186,049,636	167,990,386	X		X	18,059,250		18,059,250
SALUD TOTAL	171,491,221	157,493,485	X		X	13,997,736		13,997,736
SALUD VIDA	2,232,375	2,198,163	X		X	34,212		-
SALUDCOOP	97,577,795	93,528,042	X		X	4,049,753		4,049,753
SANITAS	142,319,364	132,810,001	X		X	9,509,363	3,940,337	9,803,439
SOLSALUD	45,117,432	39,315,653	X		X	5,801,779		5,801,779
SURA	13,426,037	8,637,140	X		X	4,788,897	91,512	4,697,385
TOTAL, SALUD	1,080,853,852	977,236,992				104,259,592	4,728,653	104,373,872
RIESGOS LABORALES								
COLMENA	211,881,467	175,821,262	X		X	36,060,205		36,060,205
COLPATRIA ARL	105,079,863	95,841,900	X		X	9,237,963		-
LIBERTY	60,833,334	66,325,800	X		X		5,492,466	-
TOTAL A.R.L.	377,794,664	337,988,962				45,298,168	5,492,466	36,060,205
TOTAL, GENERAL	6,176,975,257	4,402,507,448				77,541,687	13,543,428	936,661,700

Fuente: Actas de conciliación entre la ESE ISABU y las diferentes administradoras

4.3. GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

En materia de recursos físicos, lo primero que debe mencionarse es que, al inicio de la gestión, no se recibió información al respecto que permitiera establecer, con un mínimo de claridad, un punto de partida para la gestión de los mismos.

El sistema de información CNT pacientes inició con el módulo de Activos Fijos según las averiguaciones realizadas a partir del año 2015, razón por la cual todos los activos de la entidad aparecen grabados con el año 2015, fecha en la cual también inicio el reporte en base a NIFF que llevo a que muchos de los activos fueran grabados con valor cero pesos. Este sistema de información no permitía identificar responsables sino áreas generales, lo que aumentaba la dificultad para identificar sitio y responsable.

Fue así, como desde el área de almacén se trazó una ruta clave que permitiera identificar, diagnosticar el estado y cuantificar la totalidad de los bienes muebles de la entidad, con el único objetivo de garantizar la disponibilidad de los recursos físicos para la prestación de servicios de salud humanos y seguros, para los usuarios y sus trabajadores, ejercicio y ejecuto su labor misional de Recibir, Almacenar, Velar y Custodiar todos los bienes Muebles que ingresaron a la ESE ISABU, para el normal funcionamiento de todas las dependencias, para ello continuo realizando actividades, que permitieron proteger todos los bienes de propiedad de la institución.

Ruta soporte: Equipo/Temporal(T):1.GERENCIA/INFORME DE GESTION ENTREGADO DR DURAN

4.3.1 BIENES MUEBLES

Durante este cuatrienio se establecieron procedimientos claros que permitieron, registrar, identificar, verificar y ejercer control sobre el ingreso, las salidas y traslados reales de los bienes muebles adquiridos por la ESE ISABU y de los bienes muebles que se encuentran en uso, para su buen funcionamiento. Para las vigencias 2016- 2019 ingresaron a la institución un total de 14445 bienes que suman \$13.246.552.406, distribuidos así:

TABLA 488 RELACIÓN DE INGRESOS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LAS VIGENCIAS 2016 A 2019

INGRESOS	2016		2017		2018		2019		TOTAL	
	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR
COMPRAS	87	135.913.504	1065	334.796.028	1315	414.297.325	633	835.556.048	3100	1.720.562.905
COMPRAS X CONVENIOS	0	0	1	77.000.000	1416	956.571.430	7975	2.114.528.418	9392	3.148.099.848
DONACIONES	1603	7.797.385.827	59	381.931.237	6	339.000	285	198.233.586	1953	8.377.889.650
SUB TOTAL	1690	\$7.933.299.331	1125	\$793.727.265	2737	\$1.371.207.755	8893	\$3.148.318.055	14445	\$13.246.552.406

Fuente: Sistema CNT.

Se siguieron los procedimientos establecidos que permitieron, registrar, identificar, verificar y ejercer control sobre el ingreso, las salidas y traslados reales de los bienes muebles adquiridos por la ESE ISABU y de los bienes muebles que se encuentran en uso, para su buen funcionamiento. Para el primer trimestre del año 2020 ingresaron a la institución un total de 409 bienes, distribuidos así:

TABLA 489 INGRESO AL ALMACÉN EN EL I TRIMESTRE DE 2020

INGRESOS	2020	
	CANT.	VALOR
COMPRAS	338	128.990.415
COMPRAS X CONVENIOS	71	51.886.380
DONACIONES	0	0
SUB TOTAL	409	180.876.795

Fuente: Almacén General ESE ISABU

4.3.1.1 COMPRAS

Con recursos propios se lograron adquirir 3340 activos distribuidos así:

TABLA 490 RELACIÓN DE ACTIVOS – COMPRAS VIGENCIAS 2016-2020

AÑO	TOTAL ACTIVOS ADQUIRIDOS	CANTIDAD ACTIVOS ADQUIRIDOS	% DE DISTRIBUCION	DESTINO
2016	87	78	90,0%	Equipos para procesamiento de información
		1	1,0%	Dispositivo Biomédico
		7	8,0%	Mobiliario para Farmacia
		1	1,0%	Equipo de Comunicaciones
2017	1065	105	10,0%	Equipos para procesamiento de información
		754	70,8%	Odontología
		100	9,4%	Equipos y Dispositivos Biomédicos
		104	9,8%	Mobiliario Hospitalario
		1	0,1%	Mobiliario y Enseres
2018	1315	18	1,0%	Equipos y Dispositivos Biomédicos
		43	3,0%	Vacunación
		413	31,0%	Odontología
		330	25,0%	Equipos para procesamiento de información
		24	1,8%	Equipo de Comunicaciones
		3	0,2%	Equipo Industrial
		494	38,0%	Muebles y Enseres
2019	633	12	2%	Equipo de Comunicaciones
		13	2%	Equipo Industrial

		270	43%	Equipos para procesamiento de información
		181	29%	Muebles y Enseres
		157	25%	Equipos y Dispositivos Biomédicos
I TRIM 2020	338	338	100%	Equipos y Dispositivos Biomédicos

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

COMPRAS POR CONVENIOS

Gracias a los esfuerzos unificados realizados entre la ESE ISABU y la Alcaldía de Bucaramanga, se gestionaron proyectos que nos permitieron adquirir dotación con el fin de brindar una mejor atención a nuestros usuarios.

Ya en el año 2017 gracias a las gestiones realizadas en el mes de septiembre se logra firmar el convenio 299 con el cual se buscaba fortalecer al hospital local del norte y sus unidades de salud que forman parte de la ESE ISABU a través de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario hospitalario. Esta compra fue realizada en 2017 y los bienes muebles fueron entregados en el 2018.

Ver. [CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS](#)

El total de activos recibidos fue de 1417 compuestos por 1 Planta Eléctrica y el restante mobiliario y enseres, los cuales sirvieron para dotar completamente 10 unidades operativas, y adicionalmente ubicar en los demás centros de salud de acuerdo a las necesidades recibidas en el Almacén.

TABLA 491 RELACIÓN POR UBICACIÓN Y CANTIDADES DE LOS BIENES MUEBLES

CENTRO DE SALUD	CANTIDAD DE ACTIVOS UBICADOS	DESCRIPCION	CANTIDAD DE ACTIVOS RECIBIDOS
BODEGA HLN	37	ARCHIVADOR VERTICAL 4 CAJONES	46
BUCARAMANGA	5	BUTACO ALTO CONSULTORIO	38
CAFÉ MADRID	30	CAMBIADOR BEBES	7
CAMPO HERMOSO	4	ESCALERILLAS	171
COLORADOS	6	ESCRITORIO EN L CON ARCHIVADOR	120
COMUNEROS	9	MESA AUXILIAR	43
CONCORDIA	41	MESA AUXILIAR CONSULTORIO	94
CRISTAL ALTO	3	MESA DE CENTRO	5
GAITAN	73	MESA INFANTIL	20
GIRARDOT	14	POLTRONA PARA REUNIONES	24
HLN	461	POLTRONA RECLINABLE	70
IPC	88	SILLA ERGONOMICA	177
LA JOYA	5	SILLA INFANTIL	80
LIBERTAD	12	SILLA INTERLOCUTORA	210
MORRORICO	8	SILLA TOMA DE MUESTRAS	15
MUTIS	14	SOFA 3 PUESTOS	53

PABLO VI	71
REGADEROS	46
ROSARIO	130
SAN RAFAEL	6
SANTANDER	45
TOLEDO PLATA	97
UIMIST	125
VILLAROSA	87

TANDEM ESPERA 4 PUESTOS	225
VITRINA MEDICAMENTOS	18
PLANTA ELECTRICA	1

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

Ahora bien con el pleno objetivo de poder abrir atención odontológica en todos centros de salud, y atender a nuestros usuarios hospitalizados en un igual de condiciones que cualquier clínica prestigiosa del área metropolitana de Bucaramanga, se gestiona un nuevo proyecto, que se firma en 17 de Octubre de 2018 el convenio 268 con el cual aunaron esfuerzos entre el municipio de Bucaramanga y la ESE ISABU para adquirir la dotación de equipos biomédicos para la ESE ISABU, con el fin de fortalecer la atención integral de la salud de la población del régimen subsidiado que habita el municipio de Bucaramanga.

TABLA 492 CANTIDADES Y TIPO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS RECIBIDOS Y DISPUESTOS POR CENTRO DE SALUD

DESCRIPCION	CANTIDAD DE ACTIVOS RECIBIDOS
AMBU ADULTO	30
AMBU NEONATAL	13
AMBU PEDIATRICO	14
APLICADOR DE DYCAL	200
AUTOCLAVE ODONTOLOGICA	15
BRUÑIDOR DE BOLA Y ORQUETA	48
CAMA ELECTRICA	75
CAMILLA TRANSPORTE Y RECUPERACION	30
CARRO DE PARO	10
CAVITRON	20
COLCHONETAS CAMAS	75
COLCHONETAS CUNAS	15
COMPRESOR	14
CUCHARILLA	1000
CUNA	15
CURETA DE GRACEY (PERIODONTAL)	50
CURETA DE LUCAS	50
ELECTROCARDIOGRAFO	5
ELEVADOR RECTO DELGADO	50
ELEVADOR RECTO GRUESO	50

CENTRO DE SALUD	CANTIDAD DE ACTIVOS UBICADOS
ALMACEN	1876
CAFÉ MADRID	397
COLORADOS	202
COMUNEROS	205
CONCORDIA	147
CRISTAL ALTO	214
GAITAN	149
IPC	196
MORRORICO	161
MUTIS	356
PABLO VI	148
ROSARIO	372
SANTANDER	155
TOLEDO PLATA	331
VILLA ROSA	203
UIMIST	69
HLN	583
EXTRAMURAL	993
TOTAL	6757

ELEVADOR RECTO MEDIANO	50
ELEVADOR RECTO PEDIATRICO	25
ESPATULA FP3	400
ESPATULA PARA CEMENTO	200
ESPEJO BUCAL	1000
EXPLORADOR	1000
EXPLORADOR ENDODONCIA (CONDUCTOS)	24
FORCEP 150	70
FORCEP 150 S	70
FORCEP 151	70
FORCEP 151 S	70
FORCEP 69	70
LAMPARA DE FOTOCURADO	5
LARINGOSCOPIO PEDIATRICO	10
MANGO PARA BISTURI	500
PERIOSTOTOMO	36
PIEZA DE MANO ALTA	50
PIEZA DE MANO BAJA (MICROMOTOR, CONTRAANGULO, PUNTA RECTA)	50
PINZA ALGODONERA	1000
PORTA MATRIZ	23
RAYOS X PERIAPICAL	4
SCALER	20
SILLAS DE RUEDAS	50
SONDA PERIODONTAL	100
TALLADOR DISCOIDE	48
UNIDAD ODONTOLOGICA	20
UNIDAD ODONTOLOGICA PORTATIL	12
VIDEO COLPOSCOPIO	1
TOTAL	6757

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

Esta dotación llego durante la vigencia 2019 y lo que aparece como bodega Almacén es lo que se encuentra destinado a ubicar en los 7 centros de salud que se encuentran actualmente en remodelación.

El total de activos recibidos fue de 6757 de los cuales el 95% fue para cubrir necesidades odontológicas de las 23 unidades operativas, el 1% Equipos Biomédicos y el 4% mobiliariohospitalario, que nos permitió realizar el cambio de todas las camas y cunas que se encontraban en deterioro avanzado y habilitar nuevas camas ampliando la capacidad instalada para la atención.

Igualmente, en la vigencia 2019 se realizan dos convenios más, con los cuales el ISABU SIGUE AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS, uno de ellos se suscribió con la Alcaldía de Bucramanga con el fin de adecuar la cocina del Hospital Local del Norte con el que se

logró realizar el mantenimiento y dotación de la misma, quedando en excelentes condiciones para prestar el servicio de suministro de alimentación.

TABLA 493 ÍTEMS RELEVANTES RECIBIDOS MEDIANTE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 129 DE 2019

DESCRIPCION	CANTIDAD DE ACTIVOS RECIBIDOS
BAÑO MARIA	1
COCINA INDUSTRIAL	1
CUARTO FRIO	1
ESTANTERIA	4
HORNO	1
MESON	7
REFRIGERADOR	1
TRAMPA DE GRASA	3
TOTAL	19

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

Por otra parte, también en este mismo año se suscribe el convenio interadministrativo 230 de 2019, con el Municipio de Bucaramanga con el objetivo de adquirir el mobiliario hospitalario necesario para los siete centros de salud que se encuentra actualmente en remodelación (Kennedy, San Rafael, Girardot, La Joya, Campo Hermoso, Bucaramanga, Libertad). De este convenio se ha recibido el 100% de los productos y en este momento se encuentran en proceso de verificación.

TABLA 494 ÍTEMS RECIBIDOS EN RAZÓN AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 230 DE 2019

PRODUCTO	CANTIDAD CONTRATADA	PRODUCTO	CANTIDAD CONTRATADA
ESCRITORIO EN L CON ARCHIVADOR 150 X 150	46	CARRITO PORTATIL PARA PESA BEBE	32
ESCRITORIO LINEAL CON ARCHIVADOR 120 X 60	64	SILLAS CON BRASALETE PARA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO O NEBULIZACIONES	17
SILLA ERGONOMICA CON MECANISMO NEUMATICO	197	ESCALERILLA DE 2 PASOS	178
SILLA INTERLOCUTORA	200	GABINETE PARA INSTRUMENTAL DE ODONTOLOGIA	30
BUTACO ALTO PARA CONSULTORIO	26	CAMILLA GINECOLOGICA	14

MESA AUXILIAR PARA CONSULTORIO	95	DIVAN	60
ARCHIVADOR VERTICAL DE 4 CAJONES	44	DIVAN PARA VACUNACION PEDIATRICO	7
VITRINA MEDICAMENTOS	32	MESA DE MAYO	17
TANDEM DE ESPERA DE 4 PUESTOS	139	TOTAL	355
MESA INFANTIL	33		
SILLA INFANTIL	68		
MESA DE CENTRO	2		
SOFA 3 PUESTOS SIN BRAZOS	2		
TOTAL	948		

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

4.3.1.2 DONACIONES

Por este concepto se recibieron un total de 1953 activos durante la vigencia 2016-2019 con un valor total de adquisición de \$8.377.889.650, de la siguiente forma.

En Julio de 2016 cuando inicio nuestra administración, recibimos en comodato por parte de la Alcaldía de Bucaramanga 1435 activos de los cuales el 932 (64,9%) corresponde a Equipos y Dispositivos Biomédicos, 501 (34,9%) a Muebles y Enseres y 2 (0,2%) ambulancias de transporte asistencial medicalizado (TAM), los cuales fueron distribuidos en 15 unidades operativas de la siguiente forma:

TABLA 495 DISTRIBUCIÓN DE ACTIVOS DADOS EN DONACIÓN O COMODATO POR CENTRO DE SALUD.

CENTRO DE SALUD	CANTIDAD DE ACTIVOS UBICADOS
COLORADOS	111
GAITAN	70
LIBERTAD	108
TOLEDO	96
GIRARDOT	109
ROSARIO	223
JOYA	66
MUTIS	203
SAN RAFAEL	52
KENNEDY	89
COMUNEROS	82
REGADEROS	2
IPC	7
UIMIST	83
HLN	134

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

Las ambulancias se reciben con la dotación biomédica necesaria representada en 31 activos. En diciembre de este mismo año todos los activos recibidos en el comodato 57 y 59, el Municipio los transfiere a título de gratuidad a la ESE ISABU, por lo que queda registrado automáticamente en nuestro inventario como una donación.

Para los siguientes años recibimos donaciones por contraprestación de convenios existente con las diferentes Universidades, Escuelas de Salud los siguientes, Bancos, Proveedores, entre otros, los siguientes activos:

TABLA 496 CLASIFICACIÓN DE ACTIVOS VIGENCIAS 2016 A 2019

CLASIFICACION ACTIVO \ AÑO	2016	2017	2018	2019
Equipo y Dispositivos Biomédicos	21	37	6	38
Muebles y Enseres	84	18	0	239
Equipo de Comunicaciones	1	1	0	7
Equipos para procesamiento de información	28	3	0	1
Equipo Industrial	3	0	0	0
TOTAL	137	59	6	285

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

4.3.1.3 MOBILIARIO Y ENSERES

Gracias a los esfuerzos mancomunados realizados entre la Alcaldía de Bucaramanga y la ESE ISABU, por fortalecer la atención integral en salud de la población, se logró cambiar la imagen institucional con el cambio de mobiliario, quedando todas las unidades operativas renovadas con mobiliario totalmente nuevo a marzo de 2020, es decir, el 100% quedo completamente dotado de muebles y enseres.

Esto fue posible de la siguiente forma:

1. Con la donación recibidas en 2016 y actualmente reubicada quedaron dotados los centros de salud Colorados, Comuneros, Morrórico, Mutis y Cristal Alto.

Fotografía 40. Donación vigencia 2016



2. Con el convenio firmado en 2017 y recibido en el 2018 quedaron dotados los centros de salud Villa Rosa, Regaderos, IPC, Gaitán, Santander, Toledo, Concordia, Pablo VI, Rosario y las 2 unidades hospitalarias UIMIST Y HLN.

Fotografía 41. Dotación convenio interadministrativo 2017



3. Con la compra de 2019 para la apertura del nuevo centro de salud Café Madrid, queda dotado completamente el Centro de Salud.

Fotografía 42. Donación comprada para Café Madrid por la ESE ISABU



4. Con el convenio firmado en 2019 y entregado en 2020 quedan renovados los centros de salud Kennedy, San Rafael, Girardot, Joya, campo Hermoso, Bucaramanga y Libertad

Fotografía 43. Dotación convenio interadministrativo 230 año 2019





4.3.1.4 EQUIPOS PARA PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Contamos con una amplia gama de tecnología que nos permite llegar a nuestros usuarios de diferentes formas y con diferentes programas, eliminando barreras de accesibilidad y filas interminables para acceder a nuestros servicios. Hoy gracias a todos los esfuerzos realizados, contamos con los siguientes equipos tecnológicos:

TABLA 497 RELACIÓN DE EQUIPOS TECNOLÓGICOS VIGENCIA 2015 A 2019

ACTIVO \ AÑO	31/12/2015	2016	2017	2018	2019
COMPUTADOR ESCRITORIO	517	8	12	53	231
COMPUTADOR PORTÁTIL	10	3	12		25
DISCO DURO EXTRAÍBLE	3				5
ESTACIÓN TELECONSULTA-EQUIPO TODO EN UNO		26			
ESTACIÓN DE TELECITAS - EQUIPO TÁCTIL	22				
IMPRESORA	267	7	2		
RACK	2			2	
SCANNER	55	6			
SERVIDOR	4	11			
SWITCH	25	4		8	1
TABLET	63			14	
TELEVISOR	59			2	7

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

Teniendo en cuenta que la institución migro del software CNT PACIENTES a PANACEA se realizó un plan de renovación de equipos de cómputo desde el año 2016 y hasta el 2019 que garantizan mayor rendimiento y rapidez en los procesos asistenciales y administrativos.

En la actualidad existen 774 computadores de los cuales 278 fueron ingresados a la entidad en el año 2014 producto del convenio suscrito entre Alcaldía de Bucaramanga, Ministerio de las TICs y CODENCO en el año 2014, para la ejecución del fallido proyecto llamado Vive digital que integra (telecitas, tele consulta y SIOS sistema de información para hospitales), que permitiría que los usuarios accedieran a citas en línea desde internet, mediante mensaje de texto y app y permitiendo el intercambio de información especializada entre médicos y/o especialistas sobre opiniones o conocimientos de un determinado tema. Sin embargo, pese a que el propósito del proyecto nunca se cumplió los equipos que se lograron identificar y que fueron ingresados a través de dicho proyecto, si están en funcionamiento y hoy son usados para la asignación de citas web en los centros de salud de Café Madrid, Rosario, Comuneros, Toledo Plata, Mutis, UIMIST y HLN, punto extramural de la plaza de mercado del Kennedy y algunas áreas administrativas de la entidad.

Es de suma importancia dejar claro que los equipos que pertenecen al convenio de TELECITAS y TELECONSULTAS o también conocido como VIVE DIGITAL, no pueden ser objeto de bajas por parte de la ESE ISABU, y deben ser custodiados y asegurados, dado que es un convenio que actualmente cursa una investigación en la FISCALIA, CONTRALORIA y PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN, entidades que constantemente verifican la ubicación actual, serial y placa de inventario de estos equipos

4.3.1.5 EQUIPO BIOMÉDICO

En el año 2016, no se contaba con un inventario real de los equipos biomédicos, así mismo, no se tenía claridad del estado de los mismos, por lo cual se presentaba falencias e insuficiencia de la dotación biomédica en toda la institución. En base a lo anterior no se contaba con una organización en la gestión de la tecnología biomédica, dado que la información se encontraba descentralizada y incumplimiento de la Resolución 2003 del 2014, estándar 3 de "DOTACION" por falta de la información mínima requerida para los equipos biomédicos, tales como Hojas de vida de los equipos, Historial de Mantenimiento, Guías Rápidas de Manejo, garantías y la falta del programa de TECNOVIGILANCIA, entre otros.

En este mismo año ingresa a la ESE ISABU, inicialmente por comodato y posteriormente se transfiere a título de gratuidad, por la Alcaldía de Bucaramanga, equipos biomédicos, que además de permitirnos ampliar la cobertura en la prestación del servicio de salud, requerían por norma un plan de mantenimiento preventivo que prolongara su vida útil.

Fue así, como desde el área de mantenimiento del almacén general de la ESE ISABU, se trazó una ruta clave que permitiera identificar, diagnosticar el estado y cuantificar la totalidad de los equipos biomédicos de la entidad, con el único objetivo de garantizar su buen y óptimo funcionamiento, para la generación adecuada del diagnóstico y/o tratamiento del paciente.

Finalizando este año y una vez lanzado el programa bandera y galardonado “Maternidad Segura la Magia del Amor”, se dotó de tecnología de ultrasonido móvil, doppler, etc a fin de fortalecer el programa y ampliar la cobertura obteniendo una mayor adherencia al programa desde las primeras semanas de gestación. Tecnología que requiere un óptimo y oportuno seguimiento para prolongar la vida útil de estos equipos.

Por otra parte, al evaluar el servicio de odontología prestado por la institución, el valor y la modalidad contratada para este servicio, las glosas formuladas y aceptadas por incumplimiento de metas de PYP, hizo que esta gerencia, se comprometiera en incrementar el número de centros de salud con el servicio de odontología, ya que solo 9 de ellos contaban con dicho servicio. Fue así, como para el año 2018, gracias a la gestión realizada, se logra la firma del convenio 268, con el cual se adquirió la dotación de equipos y dispositivos biomédicos necesarios para aperturar 21 de los 22 centros de salud, ya que esta permitió la adquisición de las unidades odontológicas e instrumental requerido para garantizar un servicio de calidad y óptimo a los usuarios.

Fotografía 44. Dotación equipo biomédico



Ya para el año 2019 se adquirió todo el equipo y dispositivo biomédico necesario para la apertura del nuevo centro de salud café Madrid, y se dejó planteado y radicado el proyecto

de equipo biomédico necesario para dotar completamente los 7 centros de salud que están en remodelación.

4.3.1.6 VEHÍCULOS

En vista de que no se tuvo entrega de inventario, ni se comprobó la existencia de tarjetas de propiedad, ni fue entregada documentación guardada como archivo que nos diera claridad sobre cómo estaba conformado el parque automotor de la institución, los servicios que prestaba, los responsables, las funciones asignadas a los vehículos, etc. Fue así como se inició la gestión necesaria para verificar la propiedad de los vehículos para ser entregados o chatarrizados y/o continuar con su uso dentro de la institución.

En razón a lo anterior el almacén general de a ESE ISABU, asume la responsabilidad de verificar, acudir ante los organismos necesarios para identificar existencia de comparendos, impuestos y documentación entre otros, y en un trabajo en equipo en el año 2018 se logra realizar el peritaje de 11 vehículos, dentro de los cuales unos se encontraban sin uso dentro de la institución, y otros que por su antigüedad se debía esclarecer si aun eran aptos para el servicio.

Con base en toda la gestión realizada hoy podemos tener la plena certeza que la ESE ISABU cuenta con un parque automotor que permite prestar el servicio de transporte de pacientes y personal vinculado a la entidad en ejercicio de sus funciones, el cual está integrado por los siguientes vehículos:

TABLA 498 RELACIÓN DE VEHÍCULOS Y ESTADO

PLACA	MARCA	MOD	CILINDRAJE	CLASE	CARROCERIA	VALOR ADQUISICION	VALOR LIBROS	CONCEPTO PERITAJE	VALOR DEUDA
OSA - 836	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON	23.324.958	-	EN USO	
OSA - 837	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON	32.316.545	-	EN USO	
OSA - 838	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON	32.293.076	-	EN USO	
OSB - 161	NISSAN	2015	2488	CAMIONETA	AMBULANCIA	97.980.000	55.525.000	EN USO	
OKZ - 214	CHEVROLET DMAX	2016	2500	CAMIONETA	AMBULANCIA	247.994.950	175.663.092	EN USO	
OKZ - 215	CHEVROLET DMAX	2016	2500	CAMIONETA	AMBULANCIA	247.994.950	175.663.092	EN USO	
OSA - 343	CHEVROLET	1991	3200	TROOPER	CABINADO	2.740.976	-	VENDER O DONAR	EXCENTO
OSA - 453	MISUBICHI	1992	3200	MICROBUS	CERRADO	2.621.667	-	VENDER O DONAR	EXCENTO

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

Igualmente contamos con los vehículos relacionados a continuación, los cuales actualmente están en proceso de bajas.

TABLA 499 RELACIÓN DE VEHÍCULOS A CARGO DE LA ESE ISABU CON DESTINO CHATARRIZACIÓN

PLACA	MARCA	MOD	CILINDRAJE	CLASE	CARROCERIA	VALOR ADQUISICION	VALOR LIBROS	CONCEPTO PERITAJE	VALOR DEUDA
ZAY45	SUZUKI	1993	AX-100	MOTO		-	-		634.300
ZAY47	SUZUKI	1993	AX-100	MOTO		-	-		634.300
ZAY48	SUZUKI	1993	AX-100	MOTO		-	-	CHATARRIZAR	39.300
OS-1095	TOYOTA	1984	4200	AUTOMOVIL	SEDAN	7.029.143	-	CHATARRIZAR	EXCENTO
PEN30	SUZUKI	1987	RF-80	MOTO		-	1	CHATARRIZAR	EXCENTO
OJG-258	TOYOTA	1999	4500	CAMIONETA	AMBULANCIA	1	1	CHATARRIZAR	
OSA-438	MAZDA	1993	2600	CAMIONETA	AMBULANCIA	1	1	CHATARRIZAR	EXCENTO
OSA-632	TOYOTA	1996	2400	CAMIONETA	AMBULANCIA	1	1	CHATARRIZAR	EXCENTO
OS -0815	MAZDA	1983	2600	CAMIONETA	ESTACA	458.333	-	VENDER O DONAR	EXCENTO
OSA - 660	TOYOTA	1991	3200	MICROBUS	CERRADO	7.029.143	-	VENDER O DONAR	
OSA - 942	MAZDA	2010	2600	CAMIONETA	AMBULANCIA	106.088.500	25.401.473	SIN CONCEPTO	
OSA - 944	MAZDA	2010	2200	CAMIONETA	AMBULANCIA	83.895.000	20.087.536	VENDER O DONAR	EXCENTO

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

Durante el año 2018 comprometidos con la depuración de los inventarios, se contrató con la empresa CNT - Certificado Nacional Técnico Mecánico, el peritaje de 11 vehículos que se encontraban en la ESE ISABU, en uso o desuso pero que por su modelo se requería un concepto técnico de un experto para iniciar con el proceso de bajas de acuerdo con el procedimiento existente. Una vez realizado y entregado el peritaje de los vehículos, se procedió a realizar todos los trámites pertinentes a resolver los procesos y deudas que tiene cada vehículo para continuar con el respectivo proceso de baja de activos, según la recomendación dada en el peritaje.

- Los vehículos que en las direcciones de tránsito y transporte figuran a nombre de la ESE ISABU son ZAY48, OJG258, OSA438, PEN30, OSA632, OSA660 y OSA343.
- Los vehículos que en las direcciones de tránsito y transporte figuran a nombre de la Alcaldía de Bucaramanga son la OS1095, OS0815, OSA453 y OSA944

La gestión realizada por cada vehículo es la siguiente:

- De las 2 motos a chatarrizar
 - ZAY 48: Se solicitó el estado de cuenta ante tránsito de Floridablanca, se realizó el pago respectivo, se sacó el certificado de la SIJIN, se organizaron todos los documentos requeridos por GERAU DIACO Empresa avalada por la dirección de tránsito y transporte para la realización de la desintegración o chatarrización de los vehículos; GERAU DIACO expidió el certificado y esta pendiente realizar la cancelación de la matrícula, por deuda de otros vehículos y comparendos en tránsito de Floridablanca.

- PEN 30: Se realizó desintegración del vehículo por parte de GERAU DIACO, se recibe en el mes de febrero de 2020 el respectivo certificado de desintegración del vehículo y al realizar el trámite de cancelación de la matrícula, el mismo no se puede realizar por deuda registrada en el RUNT a nombre del Instituto de Salud de Bucaramanga, por concepto de fotomulta del municipio de Bucaramanga.
- De los 4 vehículos a chatarrizar
 - OJG 258: se lograron levantar los pendientes en Tránsito de Bucaramanga, pendiente 130, fecha 08/02/08, radicación 80035, y pendiente 356309, de fecha 01/02/08 inspecciones hoja de campo 356309, se envió oficio a la dirección de tránsito y transporte de Cajica, Cundinamarca solicitando el estado de cuenta y el trámite necesario para chatarrizar el vehículo desde otra ciudad, respuesta no satisfactoria por parte del ente territorial, por lo que se realizó trámite personal de documentación y se pudo realizar la desintegración del vehículo por parte de GERAU DIACO, del cual, se recibe en el mes de febrero de 2020 el respectivo certificado de desintegración del vehículo y esta pendiente realizar la debida cancelación de la matrícula.
 - OSA 438: se levantaron ante tránsito de Bucaramanga el pendiente 547, de fecha 20/04/1995, inspecciones INSP. 6 tránsito de B/manga RAD. 4948, el pendiente 8944, de fecha 17/09/1997, inspecciones INSP. 6 tránsito de B/manga RAD. 7219, el pendiente 87420, de fecha 25/09/1994, inspecciones INSP. 7 tránsito de B/manga RAD. 2674, y el pendiente 9613, de fecha 17/06/1997, radicado 4342 inspecciones, igualmente se logró que nos dieran el certificado de estado de cuenta como vehículo exento, y finalmente se realizó desintegración del vehículo por parte de GERAU DIACO, se recibe en el mes de febrero de 2020 el respectivo certificado de desintegración del vehículo y al realizar el trámite de cancelación de la matrícula, el mismo no se puede realizar por deuda registrada en el RUNT a nombre del Instituto de Salud de Bucaramanga, por concepto de fotomulta del municipio de Bucaramanga.
 - OSA 632: se logró directamente en tránsito de Bucaramanga levantar el pendiente 13, de fecha 27/01/2011, radicación 80057 y el pendiente 862729, de fecha 24/01/2011, inspecciones hoja de campo 862729, sin embargo se ofició a la oficina jurídica para revisar el Deposito Juzgado 10 Penal de garantáis de Bucaramanga y se logró que nos dieran el certificado de estado de cuenta como vehículo exento, estamos pendiente de resolver el proceso de juzgado para posteriormente realizar todo el proceso de desintegración del vehículo. Este proceso ya fue informado a la oficina jurídica desde el 16 de octubre del año 2019 y posteriormente recordado en comité CIGD del 19 de diciembre de mismo año. Estamos a la espera de la respuesta positiva por parte de la oficina jurídica de la ESE ISABU y de esta forma continuar con los trámites respectivos de acuerdo a lo estipulado en el procedimiento.

- OSA 1095: Directamente en tránsito de Bucaramanga nos informan que el vehículo posee el pendiente 1456, de fecha 31/03/2004, radicación 214621, pero el mismo no puede ser levantado ya que este vehículo tiene un proceso abierto en la Fiscalía General de la Nación F9 Bucaramanga. Se procedió a ir a la fiscalía para revisar el caso, pero el expediente estaba archivado, por lo que se pasó un oficio para desarchivar el expediente y se solicitó en el mismo levantamiento de las medidas cautelares. La fiscalía nos da respuesta el 4 de septiembre que paso oficios 050 a la dirección de tránsito levantando la medida de depósito sobre este vehículo. Igualmente se logró que nos dieran el certificado de estado de cuenta como vehículo exento. Este vehículo es propiedad de la Alcaldía de Bucaramanga, de manera que se realizó reunión con almacén e inventarios de la alcaldía para determinar a donde les dejamos el vehículo para su respectiva baja.
- De los 5 carros que fueron conceptuados para la venta
 - OS 0815: Cuando se reunieron los documentos para la venta el mismo salió a nombre de la S.S. Municipal, se realizó el respectivo oficio de entrega, reuniendo nuevamente los documentos y al sacar el certificado de vehículo exento de impuesto, Este vehículo es propiedad de la Alcaldía de Bucaramanga, de manera que se realizó reunión con almacén e inventarios de la alcaldía para determinar a donde les dejamos el vehículo para su respectiva baja. También se han pasado 2 oficios a la alcaldía entregando el vehículo. Estamos a la espera del cumplimiento por parte de la alcaldía al compromiso de reunión con la oficina jurídica de la alcaldía para poder terminar de esclarecer lo que para e ISABU esta completamente claro.
 - OSA453: Se pasó el caso a la oficina jurídica con el objetivo de revisar cobro coactivo de parqueadero que está realizando la dirección de tránsito y transporte de Bucaramanga.
 - OSA944: posee proceso con radicado 21581033 del juzgado 13 penal municipal, el cual ya está a cargo de la oficina jurídica de la ESE ISABU para que el mismo sea terminado lo antes posible.
 - OSA343: Estaba en Uso hasta el 31 de enero de 2020, día en cual presenta falla en el arranque y se determina su no reparación por lo que debe presentarse nuevamente a comité de bajas para que sea este quien decida que acción tomar con respecto de este vehículo.

- OSA660: posee proceso jurídico de Deposito Juzgado 20 Penal Municipal de Bucaramanga radicado 201281776-00 el cual ya está a cargo de la oficina jurídica de la ESE ISABU para que el mismo sea terminado lo antes posible.

Ahora bien, de las 2 motos que aparecieron en tránsito de Floridablanca a nombre de la ESE ISABU, y de las cuales tuvimos conocimiento cuando la dirección de tránsito y transporte de Floridablanca embargó las cuentas de la institución en diciembre de 2018, se logró fotocopia de las tarjetas de propiedad, la oficina jurídica realizó derecho de petición a la fiscalía solicitando si existía alguna denuncia y ya se obtuvo respuesta donde argumentan que no es posible verificar por placa ese tipo de información, de manera que la oficina jurídica de la ESE ISABU interpondrá la respectiva denuncia. Está pendiente definir el tema de pago de impuestos ya que las mismas por ser de una institución pública están exentas de pago de impuestos.

Cabe resaltar que estos vehículos ya surtieron el debido proceso de bajas y que fueron presentados y aprobados en comité de bajas CIGD, del 19 de Diciembre de 2019 y posteriormente ratificada la decisión de disposición final en la resolución 534 del 23 de diciembre de 2019.

Por otra parte de acuerdo a la auditoría regular No. 17 realizada por la contraloría municipal de Bucaramanga en el año 2019, se estableció por parte de la contraloría hallazgo administrativo número 24 y disciplinario por no haber realizado las gestiones pertinentes concretas que permitieran la baja de los vehículos que se encontraban a la vista en las instalaciones del sótano del HLN. En razón a esto se suscribió el siguiente plan de mejora, del cual se debe estar muy pendiente de las fechas de vencimiento de los compromisos adquiridos ante este ente de control. (VER PLANES DE MEJORA CONTRALORIA – OFICINA DE CALIDAD)

Durante los meses de enero a marzo de 2020 se realizaron las gestiones necesarias que nos permitieron cumplir con el objetivo de chatarrizar los vehículos de placas PEN30, OJG28 y OSA432, quedando pendiente la cancelación de la matrícula de las mismas, ya que existe un comparendo que no permite realizar este trámite.

Con lo anterior podemos concluir que de los 6 carros cuyo concepto fue chatarrizar hemos logrado realizar este proceso con 4 vehículos, teniendo 1 que no es propiedad de la ESE ISABU y 1 con un proceso jurídico abierto en juzgado que aún no permite realizar este proceso.

Cabe recordar que ya todos los vehículos cuentan con la resolución de bajas por lo que solo es gestionar la disposición final de acuerdo a lo resultado en ella.

Ahora bien con respecto a los hallazgos de la auditoría regular No. 17 realizada por la contraloría municipal de Bucaramanga en el año 2019, logramos cumplir con lo propuesto en varios ítem del plan de mejora del hallazgo 24, ya que en el resto tenían algún tipo de proceso externo que no depende de la ESE ISABU, sin embargo toda esta gestión quedó detallada en el oficio anexo al presente informe, enviado el 27 de marzo de 2020.

RECOMENDACIONES BIENES MUEBLES

- Cumplir con las actividades del plan de mejora de la contraloría en las fechas establecidas para cada actividad, de no poder cumplirse deberá soportar toda la gestión realizada y demostrar que la actividad depende de factores externos que imposibilitan su cumplimiento en la fecha acordada.
- Continuar con el registro completo, es decir, Entrada, hoja de vida con el lleno de los requisitos y plan de mantenimiento en el sistema de información al ingreso de los bienes a la ESE ISABU.
- Continuar con el procedimiento establecido de entradas de los activos de la institución.

4.3.2 INVENTARIOS

En el sistema de inventarios del software PANACEA se encuentran registrados todos los movimientos de almacén a 30 de enero de 2020, acorde con las disposiciones y políticas existentes para tal efecto.

En desarrollo de ellas, se adelantan periódicamente inventarios de bienes devolutivos y de consumo, garantizando con ello la integridad y destinación adecuada de los bienes, y adicionalmente, se mantienen debidamente asegurados.

Dentro de los datos más relevantes que se encuentran en la base de datos de inventarios es que 4546 activos aparecen con fecha de adquisición 01 de Enero de 2015 y no aparece ningún activo con fecha de adquisición anterior a esta. Como se mencionó anteriormente cuando esta administración asume su liderazgo, no fueron entregados los inventarios de la institución, por lo que no hay certeza de las fechas de adquisiciones de los estos activos, sin embargo dentro de las investigaciones realizadas se encontró que la ESE ISABU en su sistema de información no contaba con el módulo de activos fijos, el cual fue adquirido y puesto en funcionamiento a partir del 01 de enero del año 2015, igualmente para esta vigencia entra en funcionamiento las nuevas normas contables NIIF, razones por las cuales todos los activos existentes a 31 de diciembre de 2014 inician en el sistema con esta fecha 01/01/2015.

De otra parte se llevó a cabo toma de inventarios físicos en los diferentes Centros de Salud y Hospital del Norte que fueron visitados entre el 23 de Noviembre de 2016 al 30 de Abril de 2017, fecha la cual se finalizó dando como resultado 6.126 activos encontrados y 1.100 activos por identificar.

Durante el primer semestre del año 2018, se realiza la apertura de los centros de salud remodelados Gaitán, Santander, Villa Rosa, Toledo Plata, Pablo VI, Regaderos, Concordia y Morrórico en los cuales brindamos el apoyo necesario en la organización de los activos en sus respectivos lugares.

Dentro de los objetivos propuestos durante la vigencia 2018 para tener el control de los activos se encontraba la verificación de la Identificación de los bienes muebles teniendo en cuenta su ubicación, serial, stickers, estado y responsable del bien, labor que fue llevada a cabo en el periodo comprendido de octubre a diciembre de 2018. La meta propuesta era lograr realizar el levantamiento físico en las 24 unidades operativas y la administración, quedando totalmente identificado 22 unidades operativas correspondientes a los centros de salud distribuidos en tres zonas.

TABLA 500 RELACIÓN DE CANTIDADES DE ACTIVOS POR ZONAS DE LA CIUDAD.

ZONA 1	TOTAL ACTIVOS	ZONA 2	TOTAL ACTIVOS	ZONA 3	TOTAL ACTIVOS
CAFÉ MADRID	285	COMUNEROS	233	BUCARAMANGA	191
COLORADOS	211	GAITAN	201	CAMPO HERMOSO	208
IPC	390	GIRARDOT	404	CONCORDIA	312
KENNEDY	13	MORRORICO	207	CRISTAL ALTO	101
REGADEROS	137	ROSARIO	672	LA JOYA	263
SAN RAFAEL	176	SANTANDER	155	LIBERTAD	361
VILLA ROSA	292			MUTIS	501
				PABLO VI	249
				TOLEDO PLATA	359
Total general	1504	Total general	1872	Total general	2545

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos

En este proceso logramos la identificación de 5921 activos, de los cuales aproximadamente 3400 se etiquetaron ya que se encontraban sin su respectivo sticker de identificación, se entregaron actas de asignación de activos, se brindó la capacitación en centros de salud sobre manejo de los activos y sus responsabilidades.

Durante la vigencia 2019 iniciamos el levantamiento físico del inventario de la UIMIST, HLN y la Administración, con el fin de lograr la depuración total de los activos para cumplir con nuestro objetivo,

Durante el primer semestre tuvimos la apertura del centro de salud nuevo Café Madrid, el cual fue completamente organizado por el área de recursos físicos y entregado debidamente etiquetado, inventariado a cada funcionario o contratista responsable, y los activos en sus respectivos lugares.

Ya en el segundo semestre se da inicio al plan de contingencia para la remodelación de 7 centros de salud para lo cual los colaboradores del área de recursos físicos realizan el traslado de los bienes muebles, equipos biomédicos, equipo industrial de uso hospitalario, no solo a los lugares donde se atendería la población sino también a bodegas destinadas

para clasificar, guardar y posteriormente reubicar todo lo que se requería en los centros de salud para la atención de nuestra población.

Todos los activos fueron clasificados, y continuamos realizando el proceso de baja de activos a fin de liberar espacio con todos aquellos bienes que no servían, igualmente se realizaron recorridos por los centros de salud que no fueron activados en plan de contingencia y se cambiaron los bienes en mal estado por los bienes que habían sido clasificados como para reubicar

Se realizó la toma física anual de inventarios en los centros de salud Colorados, Regaderos, Café Madrid, Pablo VI, Toledo Plata, Cristal Alto, Concordia, toda la parte Administrativa, Partos y Cirugía del HLN, el compromiso durante el 2020 es continuar con la toma del inventario anual, y continuar realizando los controles necesarios para evitar con esto cualquier riesgo de corrupción que se pudiere presentar.

Con corte a 30 de enero de 2020 la entidad cuenta con un total de 20.593 activos, distribuidos de la siguiente manera:

TABLA 501 DISTRIBUCIÓN DE ACTIVOS POR ZONAS (CENTROS DE SALUD) CON CORTE 30 DE ENERO DE 2020

ZONA 1	TOTAL ACTIVOS	ZONA 2	TOTAL ACTIVOS	ZONA 3	TOTAL ACTIVOS	OTROS	TOTAL ACTIVOS
CAFÉ MADRID	901	COMUNEROS	367	BUCARAMANGA	21	HLN	5005
COLORADOS	417	GAITAN	317	CAMPO HERMOSO	15	PARTOS	241
IPC	477	GIRARDOT	112	CONCORDIA	446	CIRUGIA	477
KENNEDY	2	MORRORICO	314	CRISTAL ALTO	318	4 PISO	251
REGADEROS	141	ROSARIO	799	LA JOYA	76	3 PISO	394
SAN RAFAEL	48	SANTANDER	292	LIBERTAD	159	COCINA	19
VILLA ROSA	434			MUTIS	705	ADMINISTRACION	122
				PABLO VI	418	UIMIST ASISTENCIAL	1786
				TOLEDO PLATA	977	UIMIST BODEGA	855
						UIMIST ADMINISTRACION	385
						CHIMITA	137
						BODEGA	3165
Total general	2420	Total general	2201	Total general	3135	Total general	12837

Fuente: Almacén General – Inventario Activos Fijos Información tomada con corte 30 de enero de 2020

Por contingencia covid-19 y siguiendo las recomendaciones del ministerio de la protección social, parte de estos activos se tiene autorizados en el mes de marzo los siguientes bienes para labores de teletrabajo.

RECOMENDACIONES INVENTARIOS

- Entregar Inventariado los centros de salud que están en remodelación, una vez se organicen para su apertura.
- Cumplir el cronograma establecido para la toma física de inventarios, que debe realizarse una vez al año como actividad del plan anticorrupción.
- Informar y registrar en el sistema de información de manera permanente todos los traslados que se realicen dentro y fuera de las unidades operativas y administrativas de la ESE ISABU.
- Continuar con el procedimiento establecido para la toma física de inventarios, las salidas y los traslados de los activos de la institución.
- Capacitar constantemente al personal existente y al nuevo que ingrese sobre el manejo y responsabilidad de los activos.

4.3.3 BAJA DE ACTIVOS

Para este caso se tienen en cuenta los bienes muebles que por su estado de desgaste total, deterioro, mal estado físico originado por su uso, obsolescencia física o tecnológica, que ya han cumplido su ciclo de vida útil, no le sirven o no son útiles para el servicio que deben prestar y tampoco es posible el uso.

Durante el año 2016 se realizó recorrido por todos los centros de salud identificando todo lo dejado en las bodegas improvisadas de los diferentes centros de salud.

Fotografía 45. Baja de vigencia 2016



Bodega C.S. Bucaramanga



Bodega Sótano UIMIST

Una vez identificado y revisando los documentos en la entrega, no fue posible identificar un procedimiento de baja de activos, es por esto que en el 2017 se realiza procedimiento de baja de activos aprobado por parte del comité de calidad del procedimiento P-3200-04 de baja de activos.

Igualmente se crea el comité de bajas el día 29 de noviembre de 2017 avalado mediante la resolución 0317 de la misma fecha. Una vez creado, se procede a citar a la primera reunión del comité el día 4 de diciembre de 2017, en la cual se les presenta como quedo establecido el procedimiento P-3200-04 de baja de activos, y las actas de los diferentes conceptos técnicos correspondientes al listado de activos identificados para dar de baja.

Estos bienes entregados por las diferentes dependencias fueron acopiados en el HLN durante el primer semestre del 2018. El proceso de baja de activos es iniciado en diciembre de 2017 y en marzo de 2018 mediante acuerdo 005 la junta directiva aprueba la baja y faculta al gerente para seguir realizando los procesos de bajas de activos que sean necesarios hasta el 31 de diciembre del año 2018.

De acuerdo a lo guiado por la autoridad ambiental del municipio y a lo aprobado por el comité de bajas, se realiza convocatoria y se adjudica a la empresa EDEPSA E.S.P., el tema de la disposición final de los activos dados de baja por destrucción.

En resumen, se realizan 5 procesos de bajas durante el segundo semestre del año 2018 y se dan de baja 1280 activos 307 de los cuales no se encontró registro en el software de activos fijos, probablemente porque ya habían surtido el proceso de bajas pero no se había dado la disposición final de los mismos.

TABLA 502 BAJAS DE ACTIVOS REALIZADOS EN LA VIGENCIA 2018

PROCESOS	RESOLUCIÓN	TIPO DE ACTIVO	CANTIDAD DE ACTIVOS	MES DE ENTREGA
1	174/2018 274/2018	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	333	AGOSTO
		EQUIPOS BIOMÉDICOS	25	
		EQUIPOS Y MAQ. PARA COMUNICACIÓN, PROCESA. DE INFORMACIÓN Y PARA OFICINA	163	
2	312/2018	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	117	SEPTIEMBRE
3	343/2018	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	157	OCTUBRE
4	429/2018	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	248	DICIEMBRE
5	478/2018	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	237	
TOTAL ACTIVOS DADOS DE BAJA			1280	AÑO 2018

Fuente: Almacén General

El costo del total de la disposición final de los activos fue de \$17.345.100 pesos correspondientes a 19.560 kilogramos de peso.

Fotografía 46. Baja de Activos vigencia 2018



Resumen fotográfico del proceso de bajas año 2018.

En la vigencia 2019 se realizaron 5 procesos, donde se dieron de baja 627 activos bienes muebles los cuales fueron aprobados para dar de baja modalidad destrucción, de acuerdo a cada resolución.

Para éste mismo año se logró realizar un convenio con la empresa LITO S.A.S, la cual cumple con todos los requisitos ambientales para esta labor y con la ventaja que esta empresa no cobra por el servicio.

TABLA 503 BAJAS DE ACTIVOS REALIZADOS EN LA VIGENCIA 2019

PROCESO	No. RESOLUCION	TIPO DE ACTIVO	CANTIDAD DE ACTIVOS	MES DE ENTREGA
1	172/2019	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	131	MAYO
2	283/2019	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	128	JULIO
3	429/2019	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	192	NOVIEMBRE
		EQUIPOS Y MAQ. PARA COMUNICACIÓN, PROCESA. DE INFORMACIÓN Y PARA OFICINA		
4	487/2019	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	121	DICIEMBRE
5	533/2019	ACTIVOS MOBILIARIO Y ENSERES	10	
		EQUIPOS BIOMÉDICOS	45	
TOTAL ACTIVOS DADOS DE BAJA			627	AÑO 2019

Fuente: Almacén General

Fotografía 47. Baja de activos vigencia 2019



RECOMENDACIONES BAJA DE ACTIVOS

- Tramitar ante la Junta Directiva nuevamente, facultades al gerente, para dar de baja los bienes muebles inservibles que conforman los activos y la destinación de los mismos conforme al procedimiento establecido para ello.
- Priorizar el proceso de baja de los equipos biomédicos que cuentan con un concepto técnico ya emitido por las empresas encargadas del mantenimiento biomédico de la institución.
- Identificar los activos que por sus condiciones de obsoleto, inservible, dañado, etc., deben iniciar el proceso de bajas respectivo establecido en procedimiento de baja de activos fijos.

4.3.4 MANTENIMIENTO

4.3.4.1 MANTENIMIENTO EQUIPO BIOMEDICO

Para el año 2016, el mantenimiento de equipo biomédico, no contaba con una metodología preventiva, era solo reactiva, por lo que se presentaba una imagen negativa ante los usuarios internos y externos de la ESE ISABU, resultado de las continuas quejas por la falta de mantenimiento preventivo de los equipos, lo que generaba continuas fallas en los equipos biomédicos y mayor número de mantenimientos correctivos.

Fue así como en el año 2017, se modificó el proceso de Mantenimiento Biomédico, paso a ser liderado por un profesional en el área Biomédica, quien supervisaba las actividades de

mantenimiento biomédico, la gestión de la tecnología, el control de los equipos y el uso de estos mismos, dando en adelante cumplimiento al plan de mantenimiento de equipos biomédicos, inscripción a la Red Nacional de Tecnovigilancia e inició de proceso de capacitación continua al personal asistencial en manejo y uso de equipos biomédicos, con el fin de evitar fallas en los equipos por el mal uso de los mismo.

En el año 2018, en cumplimiento de la resolución 2003 de 2014, estándar de dotación, en el cual se solicita realizar calibración de equipos, se inicia el proceso de calibración y/o verificación metrológica de Equipos Biomédicos y Dispositivo médico para uso humano; con el fin de contar con un alto grado de confiabilidad para garantizar el óptimo funcionamiento y disponibilidad de los equipos de acuerdo a las necesidades del servicio.

Se realizó capacitación del programa de Tecnovigilancia en todas las unidades operativas y centros de salud, con el propósito de generar la cultura del reporte, fortaleciendo así el programa.

Se continúa fortaleciendo el mantenimiento preventivo y realizando el mantenimiento correctivo dando así total cumplimiento al plan de mantenimiento de la vigencia, con el fin de garantizar la operación segura, máximas prestaciones de todos los equipos biomédicos en uso, mediante el mantenimiento orientado a riesgos, con el propósito de proporcionar un entorno seguro y funcional de los equipos y espacios.

Con el fin de contribuir al mejoramiento de la gestión de mantenimiento, se desarrolla el procedimiento de mantenimiento de equipo biomédico con el objetivo de prever posibles fallas, para mantener y conservar en correcta operación y servicio los equipos biomédicos del hospital, garantizando seguridad al paciente en la prestación de servicios asistenciales, en el cual se describe cada una de las actividades realizadas en función al buen desempeño de los equipos biomédicos para preservar y prolongar el periodo de vida útil, teniendo como apoyo la normatividad y los manuales de servicio o usuario.

- Verificación del inventario de los equipos biomédicos: Se verifica inventario de equipos biomédicos antes de cronograma anual
- Revisión de la hoja de vida de los equipos biomédicos: que incluye información del fabricante y del proveedor, la ficha técnica, los reportes de mantenimiento, los informes de mantenimiento, los manuales de los equipos.
- Elaboración de cronograma y plan de mantenimiento: Una vez verificado el inventario se procede a proyectar el cronograma de mantenimiento y plan de mantenimiento preventivo ajustado a las normas y recomendaciones del fabricante de cada uno de los equipos. Este plan incluye la periodicidad, fecha de mantenimiento, actividades a realizar y la frecuencia de los mismos
- Se realiza verificación de disponibilidad de los equipos a los cuales se les hará el mantenimiento preventivo. En caso que el equipo esté siendo utilizado y no se pueda realizar el mantenimiento, se dispondrá de un equipo de apoyo para hacer el intercambio y ejecutar las actividades de mantenimiento programadas para el equipo. En caso de

requerirse, se hace el traslado del equipo al área de mantenimiento biomédico para su revisión y mantenimiento, de lo contrario, se realiza el mantenimiento en el área donde se encuentre el equipo

- Se revisa el estado físico y funcional del equipo y sus accesorios, se hace limpieza general con aditivos y/o productos recomendados por el fabricante. Se realizan el mantenimiento según protocolo del mismo
- Se realizan las pruebas de funcionamiento del equipo y se diligencia el formato de reporte técnico. Se tendrá en cuenta que el diligenciamiento de los soportes se hará de manera completa y legible, con firma de quien realiza el mantenimiento del equipo.
- Previo a la entrega del equipo el personal de mantenimiento hace la respectiva limpieza y desinfección del equipo, teniendo en cuenta el protocolo de limpieza y desinfección de equipos.
- Se realiza entrega al Jefe de enfermería encargado del área, se hacen las respectivas pruebas de funcionamiento acordes con el equipo al que se le hizo el mantenimiento. Se hacen recomendaciones generales de uso.
- Una vez es entregado el equipo en correcto estado y en funcionamiento, se legaliza el servicio a satisfacción del usuario en el formato de reporte, teniendo en cuenta que este debe llevar el nombre (legible) y la firma de la Enfermera que recibe el equipo. Se anexa copia y se actualiza la hoja de vida del equipo.

Por otra parte, la red de gases medicinales de la ESE ISABU, está compuesta por la red de oxígeno, aire y vacío, por las tomas de pared ubicadas en servicio de hospitalización, Cirugía, Partos y Urgencias, cajas de corte y las alarmas.

LA RED DE VACIO, cuenta con un equipo de central de vacío (placa de inventario 0552-HLN) con su respectivo tanque de reserva (placa de inventario 0451-HLN) de marca nacional y modelo CFV-20, ubicado en el cuarto de máquinas del sótano del Hospital local del Norte. Con fecha de ingreso al almacén de 03 de agosto de 2010 por valor de \$117.748.938, según contrato 066 de 2010 suscrito entre Unión temporal la MUELA REMH-LTDA y la ESE ISABU en modo de compra.

Considerando que los equipos llevaban en la institución más de cinco (5) años sin entrar en funcionamiento, se suscribió en el año 2018 contrato para el diagnóstico a la red de vacío y central dúplex de vacío del Hospital Local del Norte, con la empresa TODO GAS S.A., por el valor de \$3.213.000, que permitirá determinar la viabilidad de poner en funcionamiento el equipo, mejorar su operación, ampliar su vida útil y aprovechar la tecnología disponible en la entidad a su mayor capacidad, con el diagnóstico se concluyó que el equipo era apto para el funcionamiento de la capacidad instalada con la que cuenta el hospital, así mismo, las fugas que se presentaban en las toma o salidas de gas y en las alarmas, requerían mantenimiento correctivo y a su vez se recomendaba mantenimiento de la central de vacío.

En el año 2019, en base al diagnóstico de la central y ductería de vacío y según reporte de la empresa INBIOMECS con fecha 26 de julio de 2019, se realiza mantenimiento preventivo y correctivo a la bomba de vacío a las alarmas las cuales presentaban corto en la tarjeta electrónica, fallas en los transductores, lo cual generaba fugas. Quedando el sistema de vacío en funcionamiento. En cabeza de la oficina planeación se realizó en cerramiento de la central de vacío, dado que se encuentra muy próximo a la caldera y teniendo en cuenta la recomendación realizada por la empresa que realizo el diagnostico en el cual solicitaba el cierre perimetral del equipo, ésta se realizó en estructura metálica con lamina de superboard recubierta en estuco y pintura, se instalaron tomas en pared y se adecuo la puerta para seguridad del equipo. Para habilitar el servicio para todas las habitaciones de hospitalización, partos, cirugía y urgencias, se recomienda para el año 2020, la adquisición de 35 vacutrones o reguladores de vacío, los cuales permiten entregar de manera constante vacío para los procedimientos generales de succión, permitiendo al profesional ajustar el nivel de vacío entre 0 y 300 mmHg.

Fotografía 48. Bomba de vacio



RED DE OXÍGENO, entre los servicios de salud prestados por parte de ESE ISABU, está incluida la atención a pacientes con complicaciones respiratorias que son atendidas en Sala ERA, realización de Cirugía, Sala de Partos, Pediatría, Ginecología, Urgencias, hospitalización, etc., cuyo tratamiento requiere el suministro de oxígeno, dado las patologías de nuestros pacientes.

La red de oxígeno, presentaba fugas generando alto consumo en oxígeno medicinal por escape del producto y una alta rotación de balas en los diferentes servicios, generando peligro de fuego y explosión en el transporte de las balas, los manifold eran demasiado pequeños para la cada instalada del Hospital Local del Norte, generando cambios constantes de las balas y riesgo en el suministro constante de los gases.

Con base en lo anterior en el año 2019, en conjunto con la empresa OXÍGENOS DE COLOMBIA Y LA ESE ISABU, se suscribió contrato de comodato coligado de equipos N°0201-2019-BUC, suscrito entre la esta empresa y LA ESE ISABU, cuyo objeto es "SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE

LA ESE ISABU”, por medio del cual se realizó mantenimiento preventivo y correctivo a la red de gases medicinales el cual consto de 3 etapas, la primera se realizó el mantenimiento de las alarmas y cambio de tomas unificando las tomas a marca chemetron el cual tuvo una intervención en infraestructura instalando 77 nuevas tomas de oxígeno a pared, 17 tomas de aire y 59 tomas de vacío, instalación de manifold de 2*8 de oxígeno y 2*6 de aire y mantenimiento de Red de gases medicinales. dicha actividad fue realizada en el mes de marzo de 2019, la segunda etapa fue la construcción de base para tanque criogénica, realizada en cemento reforzada de 5000psi, esta estructura resistirá peso aproximado de 16 toneladas, encargado de soportar tanque de almacenamiento criogénico. se realiza en terreno pleno en cual se hacen variables de nivelación dejando como nivel máximo de estructura -1,50mtr y máximo nivel ,20 cm, este se realiza con estructura confinada y fundida con equipo de mezcla certificado, realizada según por la empresa INVERCOLLING SAS de acuerdo al contrato ceb-57 de la ESE ISABU, cuyo objeto fue “construcción de base en concreto reforzada, cerramiento general y adecuación de instalaciones eléctricas, para instalación de tanque criogénico para hospital local del norte”, por el valor de \$19.913.191. La tercera y última etapa se realizó en el mes de septiembre de 2019 y consistió la instalación de tanque criogénico de 1.500Gl.

Con las adecuaciones y mantenimiento se logró con esto mejorar la disponibilidad, seguridad y oportunidad de un ambiente físico humanizado para los pacientes al tiempo que se disminuyó el riesgo asociado al transporte de cilindros de oxígeno, toda vez que la adecuación incluyó el cambio de tomas de la red de gases medicinales (aire y oxígeno), logrando así, que el suministro de oxígeno se realizara por medio del tanque criogénico, para lo cual se suministró 59 flujo metros en los servicios de Cirugía, Sala de Partos, Urgencias, hospitalización (pediátrica, ginecología, medicina interna) para el suministro de oxígeno, dispositivo que permite controlar la cantidad de litros por minuto (flujo) de oxígeno, permitiendo la dosificación de oxígeno que se le entrega a cada paciente. Logrando así con el mantenimiento de la red de gases medicinales, una disminución en el año 2019 entre el mes de marzo a mayo el del 16% en el consumo de oxígeno equivalente a \$5.218.880, lo que nos genera un ahorro significativo para la institución.

De acuerdo a los últimos tres años, se evidencia que el consumo del oxígeno del año 2018 frente el año 2017 aumento el consumo en un 16%, y el año 2019 frente al año 2018 aumento un 10%, es de resaltar que el último año el Hospital Local del Norte, presenta un índice de ocupación del 98%.

Fotografía 49. Mantenimiento de red de gases HLN



Fotografía 50. Construcción de Base E Instalacion del Tanque Criogénico



Con base en todo lo anterior podemos afirmar con satisfacción que se logró brindar el 100% de soporte a todas las solicitudes de mantenimiento de los equipos biomédicos de la institución, el cual en años anteriores se encontraba por debajo del 85%.

Se realizaron 2.236 mantenimientos preventivos, así mismo a partir de este año, se empezó a contar con una herramienta ágil y versátil que es el software de mantenimiento, el cual permite visualizar, el plan de mantenimiento, las hojas de vida de los equipos, las guías rápidas de manejo, los reportes de mantenimiento, reporte trimestral de tecno vigilancia, manual de tecno vigilancia, capacitaciones realizadas y hoja de vida del personal responsable del mantenimiento.

Desde el año 2019 se ha garantizado que las empresas que realicen el mantenimiento dispongan de una plataforma que permita que la información esté disponible en tiempo real. En la plataforma se puede descargar el cronograma de mantenimiento, el inventario, el protocolo de uso correcto de uso, hojas de vida de los ingenieros y técnicos que manipulan el equipo, guía rápida de manejo, protocolos de mantenimiento, registro sanitario INVIMA, descarga de protocolos de limpieza y desinfección.

Se continúa fortaleciendo el mantenimiento preventivo y realizando el mantenimiento correctivo dando así total cumplimiento al plan de mantenimiento de la vigencia, con el fin de garantizar la operación segura, máximas prestaciones de todos los equipos biomédicos en uso, mediante el mantenimiento orientado a riesgos, con el propósito de proporcionar un entorno seguro y funcional de los equipos y espacios.

TABLA 504 MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS BIOMÉDICOS ISABU 2020

CENTRO DE SALUD	TOTAL EQUIPOS		TOTAL PROGRAMADO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
	EJECUTADOS	NO EJECUTADOS		
C.SCAFE MADRID	3	0	3	100%
CIRUGIA HLN	48	7	55	87%
ESTERILIZACION HLN	3	0	3	100%
CONSULTA EXTERNA UIMIST	28	2	30	93%
SALA DE PARTOS UIMIST	22	0	22	100%
ODONTOLOGIA UIMIST	7	3	10	70%
C.S VILA ROSA	27	9	36	75%
C.S COLORADOS	44	5	49	90%
CS REGADEROS	21	0	21	100%
CS IPC	46	8	54	85%
CS ROSARIO	71	21	92	77%
HOSPITALIZACION UIMIST	11	4	15	73%
HOPSITALIZACION HLN	38	7	45	84%
ODONTOLOGIA HLN	30	6	36	83%
SALA DE PARTOS HLN	46	5	51	90%
TOTAL	445	77	522	85%

Fuente: Almacén General – Mantenimiento

TABLA 505 MANTENIMIENTO CORRECTIVO EQUIPOS BIOMÉDICOS ISABU 2020

CENTRO DE SALUD	TOTAL DE INTERVENCIONES	% CUMPLIMIENTO
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	18	100%
UIMITS	12	100%
C.S COMUNEROS	7	100%
C.S PABLO VI	2	100%
C.S GAITAN	3	100%
C.S COLORADOS	3	100%
C.S TOLEDO PLATA	4	100%
C.S IPC	4	100%
C. S SANTANDER	4	100%
C.S VILLA ROSA	2	100%
C.S MUTIS	5	100%
C.S CONCORDIA	5	100%
C.S MORRORICO	6	100%
C.S CAFÉ MADRID	4	100%
C.S REGADEROS	3	100%

C.S ROSARIO	3	100%
C.S CRISTAL ALTO	2	100%
TOTAL DEL TRIMESTRE	87	100%

Fuente: Almacén General – Mantenimiento

Durante este primer trimestre se realizaron 445 mantenimientos preventivos, así mismo este año continuamos con una herramienta ágil y versátil que es el software de mantenimiento, el cual permite visualizar, el plan de mantenimiento, las hojas de vida de los equipos, las guías rápidas de manejo, los reportes de mantenimiento, reporte trimestral de tecno vigilancia, manual de tecno vigilancia, capacitaciones realizadas y hoja de vida del personal responsable del mantenimiento.

La ruta para ingresar a la plataforma del Software de mantenimiento de equipo biomédico se mantiene ingresando a www.inbiomecs.com

RECOMENDACIONES MANTENIMIENTO EQUIPO BIOMEDICO

- Continuar gestionando los proyectos inscritos ante la alcaldía municipal de Bucaramanga y la Secretaria de Salud departamental.

4.3.4.2 MANTENIMIENTO EQUIPO INDUSTRIAL

Dentro del equipo industrial del INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA se encuentran los ascensores, aires acondicionados, transformadores, condensadores, neveras, motobombas, plantas eléctricas y redes contraincendios, los cuales han recibido el mantenimiento adecuado acorde con el plan de mantenimiento hospitalario anual, dando cumplimiento a la circular externa 0029 de 1996.

El mantenimiento de equipo industrial ha sido un área crítica, dado la antigüedad de los equipos, ya que a pesar de que se realiza todo el mantenimiento preventivo propuesto, siempre recaemos en un mayor número de mantenimiento correctivos.

En este trimestre se evaluó y se emitió concepto técnico para dar de baja los siguientes aires acondicionados.

TABLA 506 RELACIÓN DE EQUIPO INDUSTRIAL PARA DAR DE BAJA

EQUIPO	MARCA	SERVICIO O AREA
Aire Acondicionado de 15Ton	YORK	Cirugía del Hospital Local del Norte
Aire Acondicionado de 10Ton	York	Administración del Hospital Local del Norte
Aire Acondicionado de 36000 BTU	York	Laboratorio Uimist

Fuente: Almacén General – Mantenimiento

4.3.4.3 MANTENIMIENTO DE ASCENSORES

En el año 2016, el mantenimiento de equipo industrial, no contaba con mantenimiento preventivo solo correctivo, motivo por el cual, las paradas o bloqueos de los ascensores eran atendidas por el personal de mantenimiento. En el año 2017 se realizó Reparación, adecuación y modernización de los dos (2) ascensores del Hospital Local del Norte.

Este mismo año se implementó y ejecuto el plan de mantenimiento preventivo de todos los ascensores con los que cuenta la institución, ubicados dos ascensores en el Hospital Local del Norte, uno en el centro de salud Mutis y uno en el centro de salud Comuneros.

En el año 2018 y 2019 se ejecutó a cabalidad el plan de mantenimiento preventivo de los ascensores de la ESE ISABU. Sin embargo, se evidencian, fallas continuas, bloqueos de las puertas de los equipos, provocando incidentes con los pacientes o poniendo en riesgo su seguridad, es de resaltar que la vida útil de un ascensor y su máximo nivel de eficiencia es de alrededor de 15 a 20 años, por lo cual es recomendable pensar en el cambio de los ascensores en el HLN dado que ya se cumplió este periodo, y más cuando los equipos actualmente no cuentan con el nivel desempeño óptimo, y las fallas son constantes.

En cuanto a los ascensores de los centros de salud Mutis y Comuneros, que fueron entregados en el año 2015, presentan constantemente continuas paradas, bloqueos de la puerta y paradas muy fuertes, lo que genera en los usuarios pánico al usarlo, tan es así, que en muchos casos prefieren usar las escaleras. A raíz de estos eventos, se han acondicionado consultorios en el primer piso, con el fin de evitar que los pacientes tengan que usar los ascensores. Por lo anterior, se solicitó a la empresa Mitsubishi que nos cotizara el cambio de los ascensores, manifestando a finales del año 2019 que los ascensores no cumplen con las dimensiones dadas bajo la resolución 4445 de 1996, específicamente en profundidad, dado que lo mínimo requerido es 150cm, y los ascensores miden, C.S. Mutis 130cm y C.S. comuneros 140cm. por lo cual no cumplen con la normatividad vigente para acceso a personas en condición de discapacidad.

Así mismo, basados en el acuerdo 048 de 2018, del consejo del Municipio de Bucaramanga, “por medio del cual se implementan disposiciones normativas en el municipio de Bucaramanga para prevenir accidentes en los sistemas de transporte vertical en edificaciones y puertas eléctricas y se dictan otras disposiciones”, con el fin de minimizar los riesgos, garantizar la seguridad de los usuarios y de los sistemas de transporte vertical – ascensores, se recomienda para el 2020 realizar la revisión técnica mecánica de los cuatro ascensores, con los que cuenta institución, con el fin de comprobar las condiciones de los mismos y la posibilidad considerar un posible cambio de los ascensores que brinden mayor seguridad tanto al cliente interno como externo.

4.3.4.4 MANTENIMIENTO DE PLANTAS ELECTRICAS

En el año 2016, el soporte técnico de las plantas de la institución se realiza por medio del personal de mantenimiento.

En el año 2017, se logra mediante convenio interadministrativo con la alcaldía de Bucaramanga, la adquisición de una planta eléctrica de 175KVA para la Unidad Materno Infantil Santa Teresita y se implementa el plan de mantenimiento, cumpliendo con todas las actividades propuestas con el personal de mantenimiento de la ESE ISABU.

En el año 2018, continuando con la ejecución y cumplimiento del plan de mantenimiento, se evidencio que la planta eléctrica del Hospital Local del Norte, había perdido capacidad de trabajo, y estaba generando **90KVA**, lo cual era insuficiente para el consumo del hospital poniendo en riesgo su total operación, teniendo en cuenta que la carga actual del hospital que es de 1.100 Amperios (A), y el transformador o capacidad instalada es de **500KVA**. Por lo anterior se toma la decisión de realizar una sectorización a la planta eléctrica, con el fin de priorizar las áreas susceptible, quedando la planta para funcionamiento con todos los servicios excepto un ascensor, y el área del sótano del hospital, con esto garantizamos el suministro del fluido eléctrico en las áreas críticas del Hospital, en caso que falle el suministro de energía por la ESSA. Este mismo año, se realiza mantenimiento al banco de condensadores del Hospital Local del Norte.

En el año 2019, se presentaban continuamente cortes de energía eléctrica en el Hospital Local del Norte, pero los mismos solo se presentaban en el HLN, ya que todo el barrio y los alrededores contaban con el suministro normal de fluido eléctrico. Estos cortes de energía fueron reportados uno a uno a la electrificadora de Santander, empresa encargada de vender el suministro de energía y ellos manifestaron en su momento, que el problema era interno. Dado lo anterior, el servicio de suministro de fluido eléctrico del Hospital Local del Norte, se prestaba por medio de la planta eléctrica de 165KVA a 220V, debido a que la transferencia no permitía hacer el cambio para que entrara la luz de la electrificadora, cuando se intentaba hacer el cambio manual, ya que la transferencia no respondía, la planta empieza a presentar recalentamiento debido a las largas horas continuas de funcionamiento. Después de varios intentos se lograba que la luz de la electrificadora entrara normal y estabilizara el funcionamiento del Hospital Local del Norte.

Debido a los continuos inconvenientes presentados, se contrata a la empresa ELECTROINDUSTRIAL, el cual determina que debido a las fallas frecuentes del disparo del totalizador de red de la transferencia se presenta el corte de suministro de energía por parte de la red ESSA.

Lo anterior dado a que el totalizador presenta deficiencia en el controlador de protección termomagnética, adicional a esto, la parte de control presentaba fallas en su funcionamiento, automático. Con base en lo anterior, se realizó el cambio de la transferencia tanto de potencia como control.

Para realizar este cambio, se implementó el día 1ro de mayo de 2019 *Plan de Contingencia-Corte de fluido eléctrico programado en el Hospital Local del norte*, dadas las condiciones que conllevaba realizar el cambio de la transferencia y que las actividades de intervención en la infraestructura hospitalaria requieren la suspensión temporal de servicios o líneas vitales como lo es el fluido eléctrico, se determinó plantear un plan de contingencia con el que se de atención a todas las situaciones propias del servicio que se puedan presentar durante la ejecución de dichas actividades.

Es así como la subestación eléctrica de 220V. del Hospital Local del Norte, que presentaba fallas frecuentes en el totalizador de red de la transferencia ocasionando suspensión continua del suministro de energía se cambia, para su correcto funcionamiento.

Anexo 11. Plan de contingencia - Corte de fluido eléctrico programado en el Hospital

Fotografía 51. Mantenimiento Planta Eléctrica Hospital Local del Norte



Antigua Transferencia



Nueva transferencia



Fuente: Registro Fotográfico de Mantenimiento

Por otra parte, este mismo año, en la Uimist, de acuerdo a visita de inspección por la ESSA, en la cual se evidencio que el equipo de medida no cumplía con el requerimiento de la Norma CREG 038. Se realizó la gestión necesaria, para ejecutar los trabajos de adecuaciones eléctricas del conjunto de medida para dar cumplimiento de la norma.

Para ello se instaló conjunto de medida de acuerdo a la norma (medidor Elster clase 0.5S, bornera y 3 CT'S de 300/5 interior clase 0.5s), así mismo, la ESSA verifico conexiones, se realizaron pruebas con equipo patrón ZERA al equipo de medida clase 0.5s y CT's de 300/5 arrojando un porcentaje de error de 0.09% el cual se encontraba dentro del rango permitido dando aprobación al equipo.

Fotografía 52. Mantenimiento Parte eléctrica UIMIST



Desinstalación equipo de medida marca Elster clase 1.0 y tres CT's de 300/5 obsoletos e Instalación de conjunto de medida de acuerdo a la norma. Fuente: Registro Fotográfico de Mantenimiento

Actualmente la institución cuenta con las siguientes plantas:

TABLA 507 RELACIÓN DE PLANTAS ELÉCTRICAS EN USO

ITEM	EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	UBICACIÓN
1	PLANTA ELECTRICA	PERKINS	P150E	E7842B-004	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
2	PLANTA ELECTRICA	PERKINS	1103A-33TG1	DK51278 B503784X	CENTRO DE SALUD MUTIS
3	PLANTA ELECTRICA	HONDA	GX270	G5000ETG	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
4	PLANTA ELECTRICA	HONDA	GX270	G5000ETG	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
5	PLANTA ELECTRICA	HONDA	GX270	G5000ETG	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
6	PLANTA ELECTRICA	HONDA	GX270	G5000ETG	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
7	PLANTA ELECTRICA	HONDA	GX270	G5000ETG	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Fuente: Inventario - Almacén

Es de aclarar que las plantas eléctricas, marca Honda, se encuentran actualmente en el Hospital Local del norte, en mantenimiento, para ser asignadas a los centros de salud.

Adicionalmente, existe un planta eléctrica marca Cummins Onam modelo 80DGDA serie H940551298 la cual se encuentra ubicada en el CS ROSARIO sin funcionamiento y cuyo generador fue regresado por la empresa TRIENERGY en Octubre de 2019, el cual se encuentra ubicado en el sótano del HLN. Está pendiente de realizarle el mantenimiento correctivo al generador para la puesta en funcionamiento. Este proceso se encuentra en investigación en la procuraduría.

La institución también cuenta con transformadores y banco de condensadores que permiten aumentar o disminuir la tensión en un circuito eléctrico de corriente alterna, manteniendo la potencia necesaria para la operación de los equipos de la entidad.

TABLA 508 RELACIÓN EQUIPOS INDUSTRIALES Y SU UBICACIÓN

ITEM	EQUIPO INDUSTRIAL	CANT	UBICACIÓN
1	Transformador 500KVA	1	Hospital Local del Norte
2	Transformador de 75KVA	1	Hospital Local del Norte
3	Transformador 112 KVA	1	UIMIST
4	Banco de condensadores	1	Hospital Local del Norte

Fuente: Inventario – Almacén

4.3.4.5 MANTENIMIENTO ELECTROBOMBAS Y SISTEMA CONTRAINCENDIOS

En el año 2016, el soporte técnico de las electrobombas y sistema contraincendios de la institución se realiza por medio del personal de mantenimiento.

En el año 2017 y 2018, se implementa el plan de mantenimiento y se cumplen las actividades por medio del personal de mantenimiento, sin embargo en el año 2019, dadas la normatividad vigente en cuanto a gestión y minimización de riesgo en emergencias y desastres, se ve la necesidad de contratar el mantenimiento de tan importante sistema como lo es el de contraincendios, ya que el buen y óptimo funcionamiento hará que en caso de algún incidente se reduzcan las pérdidas materiales y humanas, con una empresa que cuenta con la experiencia para ejecutar dichas labores.

Dentro del sistema de contraincendios es importante e indispensable, hablar de motobombas, ya que son las que genera la presión de agua para que llegue a todos los rincones de la edificación, por esto decimos que las motobombas son indispensables y su daño ocasionaría que todos el Hospital Local del Norte o Centro de Salud, se quedaran sin agua potable, lo que conllevaría al cierre en la prestación de los servicios a los usuarios.

Actualmente la institución cuenta con las siguientes motobombas y sistemas contraincendios.

TABLA 509 RELACIÓN DE MOTOBOMBAS Y SISTEMAS CONTRA INCENDIOS EN EL CENTRO DE SALUD MUTIS.

CENTRO DE SALUD MUTIS						
SISTEMA	EQUIPO	POTENCIA	TENSION DE ALIMENTACIÓN	FACTOR DE POTENCIA	MARCA	REFERENCIA
CONTRA INCENDIO	BOMBA PRINCIPAL	15 HP	(3Ø) 60 Hz 220/380/440 VAC	0,88	WEG	TE1BFOXO
	BOMBA AUXILIAR	1.5 HP	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	0,84	-	Y2-80M2-2
BOMBEO DE AGUA POTABLE	ELECTROBOMBA	3 HP	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	0,88	Hidromac/Voges	AZ25-160
	ELECTROBOMBA	3 HP	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	0,88	Hidromac/Voges	AZ25-160
	TANQUE HORIZONTAL HIDROFLOW	100 Lts	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	-	Hidromac	-

Fuente: Inventario – Almacén

En el año 2019, se realizó a las electrobombas del centro de salud Mutis, mantenimiento del Motor de 3Hp, y cambio del tanque hidroflew. Así mismo al sistema contra incendios, se le realizó cambio de presostato y cambio al sistema de alimentación en la red, para que quedará trabajando con red y no solo con la planta cómo funcionaba anteriormente.

Fotografía 53. Electrobombas del CS Mutis



Tanque hidroflew nuevo
Fuente: Registro Fotografico de Mantenimiento



Mantenimiento y pintura de carcasa de electrobombas

TABLA 510 RELACIÓN DE EQUIPOS INDUSTRIALES EN HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

HOSPITAL LOCAL DEL NORTE						
SISTEMA	EQUIPO	POTENCIA	TENSION DE ALIMENTACIÓN	FACTOR DE POTENCIA	MARCA	REFERENCIA

CONTRAINCENDIO	BOMBA PRINCIPAL	18HP	(3Ø) 60 Hz 220/380/440 VAC	0,87	IHM/SIEMENS	2YB79
	TANQUE VERTICAL HIDROFLOW	100LT	(3Ø) 60 Hz 220/380/440 VAC	-	IHM/SIEMENS	
BOMBEO DE AGUA POTABLE	ELECTROBOMBA	9 HP	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	0,87	IHM/SIEMENS	2YB79
	ELECTROBOMBA	3 HP	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	0,88	IHM/SIEMENS	2YB69
	TANQUE VERTICAL HIDROFLOW	300L	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	-	HIDROFLO	LA300H
BOMBEO DE AGUA POTABLE	ELECTROBOMBA	9 HP	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	0,87	SIEMENS	2YB79
	ELECTROBOMBA	3 HP	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	0,88	IHM/SIEMENS	2YB69
	TANQUE VERTICAL HIDROFLOW	300L	(3Ø) 60 Hz 220/440 VAC	-	HIDROFLO	L300H

Fuente: Inventario – Almacén

En el año 2019 se realizó a las electrobombas del Hospital Local del Norte, Cambio cheque de retención, contador y tanque hidroflo de 300L. Así mismo al sistema contra incendios, se le realizó, cambio de temporizador, cambio de tanque y cambio de presostato.

Fotografía 54. Electrobombas Hospital Local del Norte



Con base en lo anteriormente expuesto manifestamos que dimos estricto cumplimiento al plan de mantenimiento propuesto para la vigencia 2019.

4.3.4.6 MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS Y NEVERAS

Es resaltar que por la antigüedad de los equipos y pese a que contamos con una plan de mantenimiento preventivo el cual se ejecuta, siempre se termina realizando mayor número de mantenimiento correctivo, es por esta razón, que el mantenimiento de aires acondicionados, ha sido un punto crítico en la ejecución del mismo.

Actualmente la entidad cuenta con los siguientes equipos a los cuales se les ha venido realizando mantenimiento preventivo y correctivo anualmente.

TABLA 511 CANTIDADES DE EQUIPOS RED DE FRÍO- AIRES ACONDICIONADOS.

DESCRIPCIÓN	TOTAL EQUIPOS
AIRES ACONDICIONADOS TIPO SPLIT	82
AIRES ACONDICIONADOS TIPO SCHILLER DE 15,20	2
AIRES ACONDICIONADOS TIPO PAQUETES	4
CONGELADOR	9
ENFRIADOR	8
NEVERA	73

Fuente: Inventario – Almacén

Es importante resaltar, que el Hospital Local del Norte, cuenta con un área construida de 7.468 m² distribuido en seis (6) pisos que albergan la prestación de los servicios de hospitalización, Hospitalización general adulto, hospitalización general pediátrica, hospitalización obstétrica, Cirugía, Partos, Consulta Externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, cafetería, oficinas administrativas, y cocina. Así mismo en los servicios de cirugía, partos, laboratorio clínico, administración y auditorio, se cuenta con aires centralizados que datan desde el año 1997, año en el que se inauguró en el Hospital. Por lo cual, la ESE ISABU ha contado con un programa permanente de mantenimiento preventivo y correctivo de los aires acondicionados del Hospital Local del Norte, evidenciado con el mantenimiento el alto grado de deterioro ocasionado por el cumplimiento del ciclo de vida útil de los equipos, aumentando los riesgos de contaminación cruzada en las áreas asistenciales, los cuales a la postre resultan más costosos en términos de tiempo y recursos.

El Hospital Local del Norte para el año 2019 ha alcanzado su máximo porcentaje de ocupación que para el tercer trimestre del año se sitúa en 91.3%, así mismo se evidencia un crecimiento de productividad durante los últimos cuatro (4) años en todos sus servicios Hospitalización general adulto, hospitalización general pediátrica, hospitalización obstétrica, Cirugía, Partos, Consulta Externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, por lo cual se debe garantizar las condiciones mínimas ambientales para la prestación de servicios de salud seguros y con calidad.

Por lo anterior, se sugiere, realizar los diseños del sistema de aires acondicionados, teniendo como objetivo la prevención de incidentes, eventos adversos y riesgos potencialmente laborales, mediante una ventilación adecuada, dando cumplimiento a la Resolución 4445 de 1996, Título IV. Saneamiento de Edificaciones. NTC 2050 - Esta norma establece requisitos para aires acondicionados para recintos y destinados a la instalación según el código eléctrico nacional. NTC 5183- Rige la ventilación para una calidad aceptable del aire en espacios interiores. NTC 5852- Norma de seguridad para sistemas de refrigeración. Normativa americana, principalmente de ASHRAE (*American Society of Heating Refrigeration and Air Conditioning Engineers*), que a su vez ha trabajado en conjunto con el AIA (*American Institute of Architects*) y la ASHE (*American Society of Health Care Engineers*), y propende por la instalación de sistemas óptimos de aire acondicionado

para las áreas que requieren un nivel de asepsia mayor, como los servicios de cirugía, partos, urgencias, cuartos de aislados.

Por lo anterior expuesto, la ESE ISABU, para garantizar su normal funcionamiento institucional, se recomienda adelantar los estudios y diseños del sistema de aires acondicionados para el Hospital Local del Norte, con miras de mejorar la calidad del aire en el hospital, dado que es un asunto que cobra importancia cuando se trata del bienestar y recuperación satisfactoria de los pacientes, evitando así, la transferencia bacterias y microorganismos que puedan ser perjudiciales para la salud. Dicho estudio, será soporte para el posible cambio de los aires acondicionados del Hospital Local del Norte.

Fotografía 55. Aire Acondicionado Hospital Local del Norte



Aire del servicio de laboratorio del Hospital

Fuente: Registro Fotográfico de Mantenimiento



Aire del servicio de partos del Hospital

Fuente: Registro Fotográfico de Mantenimiento

4.3.4.7 MANTENIMIENTO DE PARQUE AUTOMOTOR

En el cuatrienio se ha venido realizando mantenimiento a los vehículos que hacen parte del parque automotor. Actualmente la institución tiene en uso los siguientes vehículos:

TABLA 512 VEHÍCULOS EN USO CON SEGUROS Y REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA VIGENTE.

PLACA	MARCA	MOD	CILINDRAJE	CLASE	CARROCERIA
OSA - 836	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON
OSA - 837	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON
OSA - 838	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON
OSB - 161	NISSAN	2015	2488	CAMIONETA	AMBULANCIA
OKZ - 214	CHEVROLET DMAX	2016	2500	CAMIONETA	AMBULANCIA
OKZ - 215	CHEVROLET DMAX	2016	2500	CAMIONETA	AMBULANCIA
OSA - 942	MAZDA	2010	2600	CAMIONETA	CERRADO

Fuente: Inventario – Almacén

En el año 2018, desde la gerencia se toma la decisión, de realizar un peritaje a los vehículos que hacían parte del parque automotor de la institución, con el fin de determinar el estado de los carros, e identificar las condiciones mecánicas, eléctricas y estructurales de los mismos.

Durante lo corriendo de esta vigencia, en el momento de iniciar labores con el carro de placa OSA343 se presenta falla en el arranque, por lo cual se solicita cotización al taller con quienes tenemos actualmente contrato de mantenimiento del parque automotor, dicha cotización estaba por el valor de \$583.100. Teniendo en cuenta el peritaje realizado en el año 2018, en el cual el avalúo del carro estaba por el valor de \$5.500.0000, así mismo en dicho informe se recomendaba subastar el carro, por consiguiente teniendo en cuenta el monto de la cotización del mantenimiento y los mantenimientos realizados en el año 2019 por el valor de \$9.239.280. Se toma la decisión que no es viable continuar con el funcionamiento del vehículo. Por lo anterior se determina poner en funcionamiento el vehículo de placas OSA942, teniendo en cuenta que dicho no cuenta no peritaje.

Se relaciona la inversión realizada en mantenimiento de cada uno de los vehículos que hacen parte del parque automotor de la institución.

TABLA 513 MANTENIMIENTO (PREVENTIVO – CORRECTIVO) A VEHÍCULOS PARA LAS VIGENCIAS 2016 A 2019

PLACA	MODELO	VEHICULO	2016	2017	2018	2019	TOTAL
OSA 836	2008	TOYOTA HILUX	753.000	20.033.660	9.816.835	23.615.764	54.219.259
OSA 837	2008	TOYOTA HILUX	3.197.000	1.470.858	1.564.840	10.132.292	16.364.990
OSA 838	2008	TOYOTA HILUX	1.191.000	2.239.799	4.194.390	6.692.170	14.317.359
OKZ 214	2016	D'MAX		1.630.300	3.498.142	14.128.289	19.256.731
OKZ 215	2016	D'MAX		6.211.080	2.386.080	10.689.430	19.286.590
OSB 161	2015	NISSAN FRONTIER	743.000	13.026.248	10.956.410	14.223.909	38.949.567
OSA 660	1991	MICROBUS	5.162.000	14.860.090	2.353.136	8.585.850	30.961.076
OSA 343	1991	TROOPER	622.000	5.815.780	2.399.651	9.239.280	18.076.711
OSA942	2010	MAZDA	288.000	17.966.017	284.280		18.538.297
OSA944		MAZDA	288.000				288.000
OSO815	1983	MAZDA	4.808.000	8.723.810	104.279		13.636.089
OSA453	1992	MITSUBISHI		5.928.210	166.600		6.094.810

Fuente: Inventario – Almacén

Se relaciona, la ruta o recorrido de cada uno de los vehículos de la institución, sin embargo cabe aclarar que cuando se requieren para otras actividades, deben estar prestos a colaborar.

TABLA 514 RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE RUTA DE VEHÍCULO CON CONDUCTOR

FUNCIONES DE CADA VEHICULO				
PLACA	MODELO	VEHICULO	CONDUCTOR	ASIGNACION DE RUTA
OSA 836	2008	TOYOTA HILUX	PABLO EMILIO CONTRERAS	C.S. MORRORICO, COLARDOS, CAFÉ MADRID, IPC, REGADEROS, VILLADORA, SAN RAFAEL, KENEDY, HOSPITAL LOCAL DEL NORTE EXTRAMURAL
OSA 837	2008	TOYOTA HILUX	ERNESTO PEDRAZA GOMEZ	C.S. MORRORICO, ROSARIO, COMUNEROS, UIMIST, GIRADOT, SANTANDER, GAITAN
OSA 838	2008	TOYOTA HILUX	JOSUE GUERRERO GARCIA	C.S.LAJOYA, CAMPO HERMOSO, BUCARAMANGA, PABLO VI, TOLEDO PLATA, CRISTAL ALTO, CONCORDIA
OKZ 214	2016	D'MAX	VICTOR BERNAL, VICTOR ERRANO, ORLANDO AGON, SAUL QUIROGA, ABEIRO FAJARDO, GUSTAVO REY	De acuerdo a la demanda de urgencias.
OKZ 215	2016	D'MAX		
OSB 161	2015	NISSAN FRONTIER		
OSA942	2010	MAZDA	ALEJANDRO AFANADOR	ALMACEN

Fuente: Almacén General

Se relaciona la documentación reglamentaria por cada uno de los vehículos de la institución.

TABLA 515 RELACIÓN DOCUMENTAL REGLAMENTARIA Y SU VIGENCIA POR VEHÍCULO.

DOCUMENTACION REGLAMENTARIA						
MARCA	PLACA	FECHA DE REVISION TECNO MECANICA	FECHA PROX. REV. TECNOMECANICA	FECHA SOAT	VENCIMIENTO DEL SOAT	VEHICULO ASEGURADO
TOYOTA HILUX	OSA836	24/11/2019	23/11/2020	17/11/2018	16/11/2020	POLIZA LIBERTY SEGUROS AUTOMOVILE S 324987
TOYOTA HILUX	OSA837	19/11/2019	16/11/2020	17/11/2018	16/11/2020	POLIZA LIBERTY SEGUROS AUTOMOVILE S 324987
TOYOTA HILUX	OSA838	17/11/2019	16/11/2020	17/11/2018	16/11/2020	POLIZA LIBERTY SEGUROS

						AUTOMOVILE S 324987
MAZDA	OSA942	14/02/2020	13/02/2021	16/05/2018	13/02/2021	POLIZA LIBERTY SEGUROS AUTOMOVILE S 324987
NISSAN	OSB161	01/10/2019	01/10/2020	13/01/2019	12/01/2021	POLIZA LIBERTY SEGUROS AUTOMOVILE S 324987
CHEVRO LET DMAX	OKZ214	02/10/2019	02/10/2020	20/12/2018	19/12/2020	POLIZA LIBERTY SEGUROS AUTOMOVILE S 324987
CHEVRO LET DMAX	OKZ215	03/10/2019	03/10/2020	20/12/2018	19/12/2020	POLIZA LIBERTY SEGUROS AUTOMOVILE S 324987

Fuente. Plan de mantenimiento

Para el año 2020 se cuenta con el taller de Mantenimiento automotriz TODO CAMPEROS LTDA, con el cual se ha venido realizando mantenimiento a los vehículos que hacen parte del parque automotor. Para este año la institución tiene en uso los siguientes vehículos:

TABLA 516 CARROS EN USO PARA LA VIGENCIA 2020

PLACA	MARCA	MOD	CILINDRAJE	CLASE	CARROCERIA
OSA - 836	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON
OSA - 837	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON
OSA - 838	TOYOTA	2008	2700	CAMIONETA	DC PLATON
OSB - 161	NISSAN	2015	2488	CAMIONETA	AMBULANCIA
OKZ - 214	CHEVROLET DMAX	2016	2500	CAMIONETA	AMBULANCIA
OKZ - 215	CHEVROLET DMAX	2016	2500	CAMIONETA	AMBULANCIA
OSA - 942	MAZDA	2010	2600	CAMIONETA	

Fuente: Almacén General

Se relaciona la inversión realizada en mantenimiento de cada uno de los vehículos que hacen parte del parque automotor de la institución.

TABLA 517 RELACIÓN DE INVERSIÓN EN MANTENIMIENTO AL PARQUE AUTOMOTOR I TRIMESTRE DE 2020

PLACA	MODELO	VEHICULO	2020
OSA 836	2008	TOYOTA HILUX	420.000
OSA 837	2008	TOYOTA HILUX	3.051.500
OSA 838	2008	TOYOTA HILUX	245.000
OKZ 214	2016	D'MAX	1.127.000
OKZ 215	2016	D'MAX	200.000
OSB 161	2015	NISSAN FRONTIER	1.722.000
OSA942	2010	MAZDA	4.041.000

Fuente: Almacén General

RECOMENDACIONES MANTENIMIENTO DE EQUIPO INDUSTRIAL

- Evaluar la posibilidad de realizar cambios de algunos equipos que generan un sobrecosto en mantenimiento.
- Adquisición de una planta eléctrica que soporte solo la carga que genera los servidores de la ESE ISABU.

4.3.4.8 MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

En Gestión del Ambiente Físico uno de los grandes avances en los últimos meses ha sido la consolidación de nuevos ambientes para la atención de nuestros usuarios pensado siempre en temas como la seguridad, humanización y satisfacción del ser humano.

Uno de los grandes retos para esta administración fue darle otra cara a la salud no solo por lo agradable, confortable y segura de sus sedes sino por la humanización que encontrarían al llegar a ellas.

Por esta razón esta administración se ha enfocado en hacer no solo el trato al paciente más amable sino hacer las instalaciones de su mayor agrado, estas teniendo algunos cambios al pasar de los años, cambios que son elementales para no solo su buen aspecto físico, sino también por una excelente planta física que pueda brindar a los usuarios el agrado de llegar a cualquier zona de la ciudad donde se encuentre la **ESE ISABU**.

Los centros de salud y unidades hospitalarias de la **ESE ISABU**, no solo dieron a conocer por un gran apoyo social sino por la innovación de las mismas, dejando como premisa las intervenciones en área física de sus instalaciones, los mantenimientos generados han sido gracias al apoyo de la nueva administración, a continuación, daremos un recorrido por los años en administración del mantenimiento de la infraestructura **2016 - 2019**

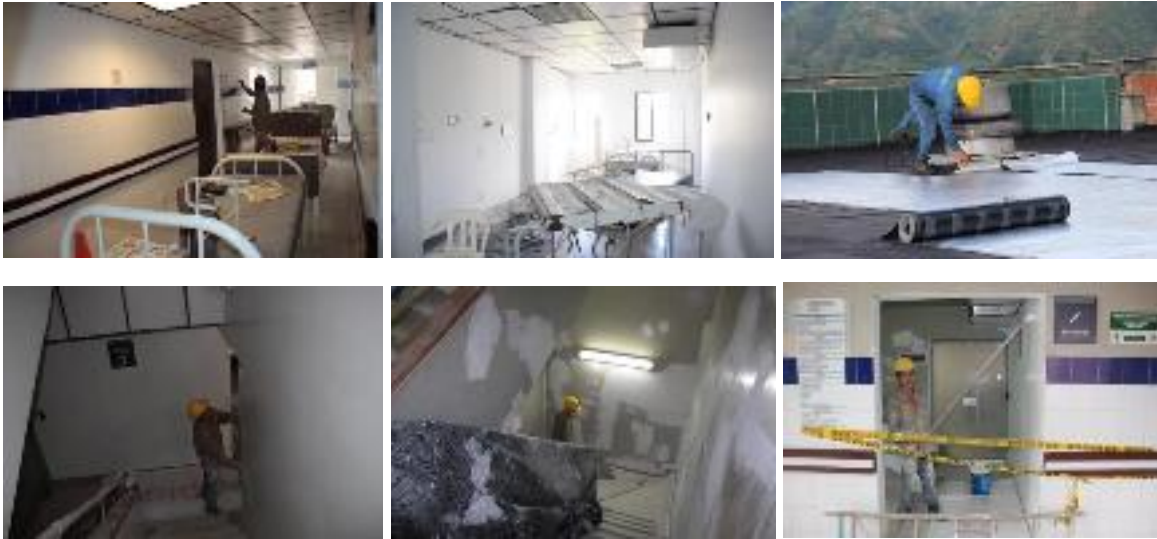
4.3.4.8.1 HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

MANTENIMIENTO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE VIGENCIA AÑO 2016. La nueva administración **encuentra falencias de infraestructura tales como tuberías, sistemas eléctricos, mantenimientos de pintura, adaptaciones generales de equipos.** Debido a las continuas fallas en el servicio se hace una gran apuesta a mejorar el sistema de gases del Hospital Local del Norte, generando un contrato AO 02 **2016** teniendo como objeto **(SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TUBERÍA Y ACCESORIOS PARA LA RED DE GASES MEDICINALES DEL CUARTO PISO DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE)** por parte de la ESE ISABU con la empresa **S.E.R. HOSPITALARIA SAS**, firmado el 26 de septiembre del 2016. Con una inversión de \$7.628.820, se apuesta a la intervención del sistema interno de gases, para ello se ve de la mano mantenimiento ISABU con el contratista para darle solución y renovar el sistema del hospital local del norte, esto haciendo actividades tales como: resanes, empalmes de tuberías y aplicaciones de acabados para ello. Adicional a ello actividades tales de el diario vivir de respuestas inmediatas como tuberías taponadas, sistemas eléctricos modificaciones y reparaciones y suspensiones de aguas.

Otro claro ejemplo de liderazgo fue la realización intervención a cerramiento exterior del **HOSPITAL LOCAL DEL NORTE AO 05 2016** firmado el 27 de octubre del 2016(**MANTENIMIENTO GENERAL AL CERRAMIENTO METÁLICO DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE**), por un valor de \$19.312.779, con un adicional de \$3.955.294.00, para un valor total de \$23.268.073.00, esto teniendo como principal interés darle una cara, más amable al hospital local del norte, dejando como principio la seguridad en la zona.

MANTENIMIENTO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE VIGENCIA AÑO 2017. Se realiza plan mejora para ello de adjudica el contrato 1207-2017 cuyo objeto (MANTENIMIENTO Y ADECUACION DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE), con una inversión total de \$742.500.000, esto con el fin de mejorar las instalaciones y tener como prioridad el usuario dando una mejor cara e infraestructura al hospital local del norte, dejando en alto la gran apuesta de la administración de hacer un mejor entorno para el hospital local del norte, se realizan actividades tales como mantenimientos de redes hidráulicas, sanitarias, eléctricas, revisiones de pintura y mantenimientos de acometidas para el buen uso del HLN.

Fotografía 56. Adecuaciones Hospital Local del Norte vigencia 2017



MANTENIMIENTO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE VIGENCIA AÑO 2018. Se cuenta con personal de apoyo para el servicio de mantenimiento de la infraestructura de los centros de salud y unidades hospitalarias, los cuales estaban a próximo de respuesta de calamidades, tales como: tuberías taponadas, reparaciones de tuberías hidráulicas, reparación de tuberías sanitarias, recuperación de sistema de iluminación según calamidad, mantenimiento y vigilancia de plantas para subestación eléctricas, mantenimiento general de canales, purgas de tuberías primarias, limpieza de canales y tuberías externas principales, mantenimiento general de resanes y daños de primera instancia.

Fotografía 57. Mantenimiento Hospital Local del Norte vigencia 2018



MANTENIMIENTO HOSPITAL LOCAL DEL NORTE VIGENCIA AÑO 2019

En la Vigencia 2019 la ESE ISABU teniendo en cuenta las facultades otorgadas por la resolución 322 de 2018 artículo 5 párrafo 4 que mediante la cual otorga la facultad de contratar a la oficina de planeación los temas” atinentes a la adecuación, remodelación o construcción de los centros de salud, así como el mantenimiento de la infraestructura física de la entidad” ha diseñado un modelo de Mantenimiento de infraestructura de la siguiente forma:

1. Un esquema de Mantenimiento Preventivo y Correctivo: Este esquema consiste en realizar intervenciones a la infraestructura con empresas especializadas en infraestructura hospitalaria.

Mediante este modelo se busca impactar la infraestructura locativa mejorando los aspectos sanitarios, seguridad y calidad de la atención de cada centro de salud y las Unidades Hospitalarias permitiendo realizar acciones puntuales y su cuantificación. Es por ello que la ESE ISABU optó para el año 2019 iniciar dando cumplimiento al plan de mantenimiento de infraestructura el cual se proyectó en dos grupos así:

GRUPO 2: HOSPITAL LOCAL DEL NORTE y UIMIST, el mantenimiento correctivo y preventivo se realizó con la empresa DCRV CIA SAS DCRV CIA S.A.S para el Mantenimiento integral de infraestructura física, redes hidráulicas, eléctricas, sanitarias y mantenimiento general del hospital local del norte y la UIMIST, con una inversión para las dos unidades hospitalarias de \$281.973.779.

De estos \$281.973.779 se invirtió en el HLN en mantenimiento la suma de \$169.184.267, donde se realizó actividades tales como: pintura en vinilo, pintura antibacterial, resanes generales en fachadas, pinturas de fachadas, pintura de cerramiento general de HLN, mantenimiento de tuberías principales, revisiones de instalaciones eléctricas y mejoras en sistema de redes, adecuaciones de cubiertas y mantenimientos de canales.

BASE DE CONCRETO PARA UBICACIÓN TANQUE OXÍGENO HLN

En la vigencia 2019 en el HLN se realizó por parte de la oficina de Planenación la construcción de la base de concreto para la ubicación del tanque de oxígeno y poner en marcha la red de oxígeno en el Hospital, ver EQUIPO BIOMÉDICO RED DE OXÍGENO, con una inversión de \$19.913.191; dicha construcción se realizó con la empresa INVERCOLINS, esto con la finalidad de resolver la problemática social en salud del área beneficiada, se amplía con la misma celeridad de los avances tecnológicos en todas las áreas; en la actualidad son exitosamente manejados todos los retos que se han presentado gracias al uso de tecnologías de punta y ampliación de servicios que permiten dar una cobertura óptima.

Entre los servicios de salud prestados por parte de ESE ISABU, está incluida la atención a pacientes con complicaciones respiratorias agudas (Sala ERA), Cirugía, Sala de Partos,

Pediatría, Ginecología, Urgencias y Medicina Interna, cuyo tratamiento requiere el suministro de oxígeno, elementos que la ESE ISABU, no está en capacidad de producir, no obstante dicho gas se requiere de forma permanente para la adecuada prestación de servicio.

Lo anterior, teniendo en cuenta el contrato de comodato de equipos N°0201-2019-BUC, suscrito entre la empresa **OXIGENOS DE COLOMBIA Y LA ESE ISABU**, cuyo objeto es **“SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE LA ESE ISABU”**, Se realizó construcción de base para tanque criogénica, realizada en cemento reforzada de 5000psi, esta estructura resistirá peso aproximado de 16 toneladas, encargado de soportar tanque de almacenamiento criogénico. Se realiza en terreno pleno en cual se hacen variables de nivelación dejando como nivel máximo de estructura -1,50mtr y máximo nivel ,20 cm, este se realiza con estructura confinada y fundida con equipo de mezcla certificado.

Fotografía 57. Construcción base de Concreto para el Tanque de Oxígeno



Uno de las grandes problemáticas que presentaba el Hospital Local de Norte era la cocina por sus condiciones, se evidenciaba que ya había cumpldo con el ciclo de vida y sus requisitos no se ajustan a la reglamentación según la ley, requisitos sanitarios establecidos por la norma vigente, para la fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, distribución de alimento, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas, exigida en la normatividad actual (resolución 2674 de 2013).

Actualmente el área de cocina central, ubicada en el sótano del hospital, seguida de los puntos fijos para mejor movilidad del personal, presenta una serie de problemas de bioseguridad teniendo como principal foco el deterioro del piso y paredes, convirtiéndose

en un foco infeccioso, poniendo en riesgo el proceso de cocción y preparación de los alimentos allí, también La tubería de agua potable, sanitaria y contra incendios pasan por la parte superior del sótano, así como las bandejas de luz y datos del centro hospitalario, tuberías auxiliares y canaletas de red (lugar donde se encuentra la cocina), lo cual es un problema latente por las condiciones de presión y temperaturas del ambiente de cocina, esto se convierte en un riesgo no solo de contaminaciones sino un problema civil ante una rotura de alguna tubería o desprendimiento de algún sistema o cableado.

Así mismo, la ESE ISABU ante la necesidad y debido a los continuos hallazgos presentados en las auditorías realizadas por los diferentes entes de vigilancia y control respecto a la infraestructura y saneamiento de la cocina se inició gestión con el Municipio de Bucaramanga para aunar recursos, a fin de realizar el mantenimiento de la cocina del Hospital Local del Norte; para ello se llevó a cabo un convenio fue prioridad el mantenimiento de la cocina para su buen uso en el hospital local del norte, dejando como premisa la recuperación y mejoramiento de paredes, redes sanitarias, redes hidráulicas, sistemas eléctricos, mejoramiento de materiales internos, instalación de cielo raso para minimizar vectores de contaminación, reparación de ventanearías, implementación de pintura antibacteriana en toda el área, ya que antes contaba con enchape y generaba suciedad en las brechas existentes.

Adicional a ello se hizo cambio general a todo el equipamiento de la cocina del hospital local del norte, con equipos tales como: estufa, mesones de preparación, mesones de lavado, cambio completo de cuarto frío, muebles de estanterías generales, reparación de trampas de grasas externas y mejoramiento en cámara extractora.

A través del convenio interadministrativo #129 de 2019 suscrito entre el Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU y Municipio de Bucaramanga, con una inversión final de \$141.889.266, Ver Convenio Interadministrativo 129/2019.

Fotografía 58. Cocina Hospital Local del Norte





CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES NO DOMÉSTICAS DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Otro de los retos trazados en la vigencia 2019 fue la construcción del Sistema de Tratamiento de aguas residuales no domésticas del Hospital Local del Norte, siendo el Hospital la sede principal para prestar los servicios de atención en salud de primer y segundo nivel de complejidad a toda la población de Bucaramanga y área rural y de segundo nivel de acuerdo al modelo de red departamental a la zona Soto Norte, en el desarrollo de sus actividades genera agua residual no doméstica para lo cual debe cumplir con los parámetros establecidos en la Resolución 631 de 2015; la cual establece los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de aguas superficiales y a los sistemas de alcantarillado público y se dictan otras disposiciones. Según la caracterización físico química realizada en el año 2016 al vertimiento del Hospital Local del Norte arrojó cumplimiento parcial debido a que los parámetros como la demanda química de oxígeno (DQO), la demanda bioquímica de oxígeno (DBO5), sólidos suspendidos totales (SST), grasas y aceites (G&A), superaban los valores máximos permisibles.

Según “AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR LINEA FINANCIERA Y DE GESTIÓN INSTITUTO DE SALUD BUCARMANGA ESE ISABU (VIGENCIA 2017-2018), realizada por la Contraloría Municipal de Bucaramanga surge el hallazgo No. 14 denominado vertimiento, señala que no se evidencian acciones adelantadas en la vigencia 2017 para el control, mitigación y disminución de la carga contaminante generada en el Hospital Local del Norte, considerando que los vertimientos de agua residual se descargan a la red municipal del alcantarillado y los resultados físico químicos realizados para la vigencia 2016 cumplían parcialmente los parámetros de la Resolución No. 631 de 2015. De lo anterior se elaboró un plan de mejora el cual uno de ellos consiste en la “construcción de la trampa de grasas”, para dar cumplimiento total a la normatividad ambiental aplicable.

Ante esta situación la institución toma medidas correctivas con el objetivo de cumplir con los parámetros que se encuentran en incumplimiento respecto de los puntos críticos causantes de esta alteración al vertimiento; uno de ellos fue la contratación del servicio de lavandería, otro que los líquidos provenientes de los equipos de laboratorio clínico fueran enviados a disposición final con la empresa gestora autorizada de residuos peligrosos, posteriormente se contrató el servicio de alimentación con el fin de realizar adecuaciones de infraestructura en la cocina, a través del contrato AO-09 de 2019 en el cual se contempló trampa de grasas para cada uno de los lavaplatos, con el fin de disminuir la carga contaminante, pese a los esfuerzos anudados por la institución, los parámetros presentan disminución pero no alcanzan para dar cumplimiento total a lo establecido en la Resolución 631 de 2015.

Es menester mencionar que en la vigencia 2018 se iniciaron trabajos para la construcción de la trampa de grasas realizando la excavación a 2.4 metros de profundidad, no obstante se evidenció que el tubo madre no se encontraba a 2.3 metros como está establecido en el plano aprobado por la Corporación Autónoma Regional para la Defensa de la Meseta de Bucaramanga (CDMB) situación que conllevó a generar un nuevo replanteo del diseño y de las cantidades de obra a realizar para la trampa de grasas, conforme a las actas del 16 y 23 de octubre de 2018.

Razón por la cual la ESE ISABU teniendo en cuenta que se requería hacer un nuevo diseño, se determinó por la parte técnica que se incluyera además de la trampa de grasa, un sedimentador y dos filtros granulares, para dar cumplimiento total a la resolución 631 de 2015, por lo cual se realizó la construcción de un sistema de tratamiento de agua residuales no domésticas que contribuya a la disminución y cumplimiento de los parámetros demanda química de oxígeno (DQO), la demanda bioquímica de oxígeno (DBO5), sólidos suspendidos totales (SST), grasas y aceites (G&A), para dar cumplimiento total a lo establecido en la Resolución 631 de 2015. Una vez se cuenta con los diseños y se realiza nuevo levantamiento de cantidades de obra se pudo determinar un presupuesto oficial para establecer la disponibilidad presupuestal que requiere la obra.

El sistema de tratamiento de agua residual no doméstica (ARND), consiste en conducir por medio de una tubería a un Sistema de tratamiento de aguas residuales con concentraciones de sustancias orgánicas e inorgánicas con diferentes grados de contaminación y son conducidas mediante tubería de 4" a un sistema de tratamiento convencional que llamaremos Primera Fase. Dicho sistema de tratamiento Fase 1, fue diseñado buscando una remoción de la demanda química de oxígeno (DQO), la demanda bioquímica de oxígeno (DBO5), sólidos suspendidos totales y las grasas y aceites (parámetros por fuera de los límites permisibles según resultados de Laboratorio año 2019). Cada una de las estructuras diseñadas cuenta con los tiempos de retención mínimos requeridos. Esta parte del sistema de tratamiento de agua residual no doméstica es completamente autónoma, cuenta con 4 estructuras de tratamiento, por las cuales hace recorrido el agua a tratar, iniciando desde un tanque sedimentador, a continuación, pasa a la Trampa de Grasas y Aceites (G&A), enseguida a un primer Filtro Granular Ascendente y finalmente a un segundo Filtro Granular Ascendente. Esta etapa se realiza completamente por gravedad, por medio de gradientes de desnivel que permiten el paso, de un tanque a otro. Luego de terminar la Fase 1 mediante el Filtro granular 2, este se comunica con un tanque donde se inicia la fase 2 del proceso, la cual incluye un proceso de aireación y ozonización del agua

(Tanque de Aireación Con Ozono), mediante equipos que requieren de la energía eléctrica para su trabajo. Esta fase utiliza un Blower (aireador) que emite el aire hacia un equipo Ozonizador, para conducir la mezcla de aire y ozono hacia dos (2) difusores de burbuja fina, los cuales permiten difundir este gas con el agua residual en el Tanque de Aireación Con Ozono; tanque se encuentra una bomba sumergible, la cual conduce el agua mediante una tubería externa hacia un filtro de Carbón Activado, y luego sucesivamente hacia un serpentín, en donde se inyecta de nuevo Ozono, para darle una desinfección total antes de su vertimiento final.

Este sistema con ozono es el más ideal para el tratamiento de las aguas con contenidos de materia orgánica, las cuales contienen múltiples sustancias que sólo el ozono podría oxidarlas y a su vez solo el carbón activado podría atraparlas y de esta manera entregar al alcantarillado público un agua residual no doméstica que cumple con lo establecido en la Resolución 631 de 2015 artículo 14 sector: actividades asociadas con servicios y otras actividades – actividades de atención en salud humana-atención medica con y sin internación de vertimientos puntuales de aguas residuales no domesticas – ARND al alcantarillado público, al plan de mejora presentado a la Contraloría Municipal de Bucaramanga en cumplimiento al hallazgo número 14 y mitigar los impactos ambientales negativos para contribuir con el cuidado del medio ambiente.

La construcción del sistema de trataiento se realizó con la empresa IMPROM LTDA, la cual se realizó actividades tales como: apisonamiento de talud de tierra, reforzamiento de niveles de piso, construcción de cajas de paso para vertientes, cajas trampas, pozos de llenado, equipos de cambio de clima y ozonizadores generales, con una inversión total de \$108.213.827

Fotografía 59. Construcción del sistema de tratamiento de aguas residuales no domésticas



4.3.4.8.2 UIMIST

MANTENIMIENTO UIMIST VIGENCIA AÑO 2016

INICIAMOS MANOS A LA OBRA EN 2016 arreglando la **UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA - UIMIST**, y aunado esfuerzo con la alcaldía, la gerencia y la oficina de Planeación logran conseguir convenios interadministrativos que nos permitieron realizar obras de remodelación.

Fotografía 60. Fachada de la UIMSIT



Se analiza la situación de la **UIMIST** en ese momento que se encontraba cerrada por el mal estado de la infraestructura, dejando maternas de percibir, pacientes y congestionando el Hospital Local del Norte, se decide intervenir a la UIMIST, adjudicando el contrato AO 08 el 8 de noviembre del año 2016 (mantenimiento preventivo y correctivo de la UIMIST de la **ESE ISABU**) teniendo como contratista la empresa **DCRV** por un valor inicial de \$170.583.848, con un adicional de \$42.766.406, generando un valor ejecutado de \$ 213.350.254, dejando un valor a la ESE ISABU a favor de \$1 peso.

La UIMIST en la vigencia 2016 se encontraba con el servicio de esterilización cerrado, sala de partos por encontrarse en precarias condiciones de su infraestructura, con grandes problemas de humedades, goteras, cielo raso totalmente deteriorado, baños cerrados, pintura general deteriorada, las áreas de procedimiento sin pintura antibacteriana, es por ello

se se tomó la medida de recuperarla y poder dar vida a la Historia de la UMIST siendo icono de la ciudad de Bucaramanga como atención a martenas y niños.

MANTENIMIENTO UIMIST VIGENCIA AÑO 2017 – 2018

Se realiza mantenimiento operativo por personal de la ESE ISABU, teniendo como premisa el buen manejo general de la planta física, brindando los servicios en el momento exacto para el buen funcionamiento de la UIMIST, por esta razón se realizan actividades tales como (mantenimiento de canales, mantenimiento de luminarias, pintura en zonas de urgencia, resanes y trabajos de tubería expuestas en pasillos, reparación tanque elevado por filtraciones, mantenimiento preventivo de bajantes y canales externos, limpieza de sistemas hidráulicos, revisión de sistemas eléctricos y mantenimiento preventivos a los circuitos .

MANTENIMIENTO UIMIST VIGENCIA AÑO 2019

Para esta vigencia el mantenimiento correctivo y preventivo se realizó con la empresa DCRV CIA SAS DCRV CIA S.A.S para el Mantenimiento integral de infraestructura física, redes hidráulicas, eléctricas, sanitarias y mantenimiento general del hospital local del norte y la UIMIST, con una inversión para las dos unidades hospitalarias de \$281.973.779.

De estos \$281.973.779 se invirtió en la UIMSIT en mantenimiento la suma de \$112.789.512, donde se realizó actividades tales como: pintura en vinilo, pintura antibacterial, resanes generales en fachadas, pinturas de fachadas, mantenimiento de tuberías principales, revisiones de instalaciones eléctricas y mejoras en sistema de redes, adecuaciones de cubiertas y mantenimientos de canales, impermeabilización de placa, instalación de puertas, cambio de laminas del cielo raso, entre otras.

Fotografía 61. Mantenimiento UIMIST vigencia 2019





4.3.4.8.3 CENTROS DE SALUD ESE ISABU

MANTENIMIENTO CENTROS DE SALUD VIGENCIA AÑO 2016. En el 2016 la imagen de la **ESE ISABU** se veía altamente impactada por el deterioro generalizado de la planta física de los 23 centros de salud de la época, toda vez que, por el paso del tiempo y la falta de mantenimiento continuo, presentaba un estado lamentable que atentaba contra la salubridad pública, poniendo en riesgo la salud tanto de funcionarios como de los usuarios del servicio de salud que allí se ofrecía.

Uno de los grandes retos para esta administración fue darle otra cara a la salud no solo por lo agradable, confortable y segura de sus sedes sino por la humanización que encontrarían al llegar a ellas y es por ello que en el Plan de Desarrollo se estableció la recuperación de la red hospitalaria en su totalidad.

Es por esta razón que se diseñó un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la Planta Física que eliminara por completo esa gran falencia, garantizando la calidad en la prestación del servicio.

MANTENIMIENTO CENTROS DE SALUD VIGENCIA AÑO 2017.

La vigencia 2017 se inicia con la reubicación de la sede de Café Madrid, la cual venía funcionando por muchos años en la casa del Señor Luis Contreras, es por ello que junto con la Alcaldía se buscó un lugar y la alcaldía facilitó a través la sede de Vivi Digital ubicada en el Barrio Café Madrid, donde la ESE ISABU realizó las adecuaciones mínimas para el funcionamiento del centro de salud en el cual se realizó con personal de mantenimiento de la ESE ISABU y materias de ferretería a través del almacén, donde se realizó adecuación de baños para usuarios y funcionarios, adecuación de área de vacuación, odontología, consultorios, pintura general, pintura antibacteriana para las áreas donde se realizan procedimientos, instalación de comunicaciones, puestas, adecuación de cuartos de residuos, entre otras actividades, con una inversión de \$35.000.000 pesos.

Para estas vigencias en los centros de salud hemos elaborado plan de mantenimiento que no solo incluyen el mantenimiento de la infraestructura física, sino que se engranó también el mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario tales como plantas, aires, etc.

Así mismo, iniciamos a tener control de los mantenimientos realizados por cada uno de los centros de salud y unidades operativas, logrando tener mejor oportunidad en respuesta a eventualidades adversas, mejoramos la disponibilidad y oportunidad de un ambiente físico humanizado para los pacientes.

Dado la complejidad de distribución de los centros de salud se vio la necesidad de tener una persona más experta en la materia que nos diera un mejor soporte y nos evaluara y adecuara siempre para mejorar el mantenimiento preventivo y correctivo de los centros de salud que no están siendo intervenidos, coordinando de esta forma todas las actividades que sean necesarias a fin de mantener la cara amable de todos nuestros centros de salud.

Se continua con las mejoras en centros de salud por parte de la administración, en este caso de adjudica (**ELABORACION DE DOS AVALUOS COMERCIAL PARTE DOTACIONAL PREDIO IDENTIFICADO CON NUMERO CATASTRAL 6800101040237 Y CORPORATIVO DE RENTA CONSTRUCCION Y PARTE MEJORADA DEL PREDIO DENOMINADO EL CORCOVADO DE BUCARAMANGA**) con el contrato AO 72-2017 por parte de la **ESE ISABU** y Corporación lonja inmobiliaria de Santander.

Lo anterior con el fin de analizar riesgos para priorizar el centro de salud de MORRORICO que tanto se requería. Apuestan a una buena intervención a un excelente manejo en personal y en respuestas rápidas a la comunidad.

Las actividades se continúan manejando por parte de personal de apoyo de la **ESE ISABU**, teniendo como principio la rápida respuesta de correctivos en momento de las necesidades que se lleven a diario, la rapidez de las respuestas da excelente señal a la alianza de usuarios ya que el servicio va mejorando cada vez más y la **ESE ISABU** sigue creciendo.

Se avanza en los trabajos de mantenimiento por lo cual se adjudica el contrato AO34-2017 cuyo objeto es **MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FISICA DEL CENTRO DE SALUD IPC DEL INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA**, con una inversión total de \$163.432.174, mantenimiento que se realizó con la empresa DCRV, Teniendo este como principio mejorar los servicios del sector y hacer crecer más el buen nombre de la **ESE ISABU**.

Siguiendo con la buena administración y mejoramiento de las instalaciones de la **ESE ISABU** se adjudica el contrato AO58-2017 cuyo objeto (**MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FISICA EL CENTRO DE SALUD DE LA CONCORDIA DEL INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA**) con una inversión total final de \$87.907.075, realizado con la empresa DCRV.

Fotografía 62. Mantenimiento Centro de Salud Concordia vigencia 2017



Otro proyecto insignia por parte de la administración es la ejecución del contrato AO16-2017, cuyo **objeto MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FISICA DEL CENTRO DE SALUD ROSARIO DEL INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA** con un valor final \$79.242.279 pesos, dejando en un excelente estado el mejoramiento de la infraestructura con ítems tales como, pintura, adecuación general de la pintura, tuberías, recuperación de cubiertas, mantenimiento de canales, pintura antibacterias para las áreas de realización de procedimientos, adecuación de baño para usuarios en condiciones de discapacidad, realización de los cuartos de residuos hospitalarios, fachada, letrero exterior, impermeabilización de placas, entre otros.

MANTENIMIENTO CENTROS DE SALUD VIGENCIA AÑO 2018.

Para la vigencia 2018 se plantea plan de mantenimiento, contando con personal de apoyo para el servicio de mantenimiento de la infraestructura de los centros de salud, los cuales están a próximo de respuesta de calamidades, adicional a ello se efectúa el contrato AO16-2018 cuyo objeto es **ADECUACION, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FISICA DEL CENTRO DE SALUD DE MORRORICO DEL INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA EN EL ANTIGUO RESTAURANTE EL CORCOVADO** con una inversión total de \$48.374.274, adecuación realizado con la empresa COASCON, es así que el 28 de mayo de 2018 el centro de salud Morrórico abre sus puertas nuevamente después de un año y dos meses de haber cerrado su cede por riesgo de desplome de la sede.

Avanzando con las mejoras a las instalaciones se efectúa el contrato 1208-2017 cuyo objeto es **MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LOS CENTROS DE SALUD PABLO VI, TOLEDO PLATA, GAITAN, VILLAROSA, REGADEROS, SANTANDER**, con una inversión total de \$982.919.699, lo anterior qu estos centros de salud se encontraban en un avanzado estado de deterioro; debido a la falta de mantenimiento rutinario, algunos centros de salud se han visto obligados a cerrar áreas que son necesarias para la prestación de los servicios de salud, lo que ha generado que un gran número de habitantes tengan que desplazarse a otros barrios en busca de atención, incrementando los costos de vida de la población y deteriorando así su calidad de vida.

Fotografía 63. Centro de Salud Gaitán y Pablo VI vigencia 2018



CENTRO DE SALUD GAITAN



CENTRO DE SALUD PABLO VI

De igual forma se realiza **AO – 26** del 2018 teniendo como objeto el contrato **MANTENIMIENTO DE LA PLATA FÍSICA DE LOS CENTROS DE SALUD CAMPO HERMOSO, GIRARDOT, BUCARAMANGA, LA JOYA, LA LIBERTAD Y SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA** valor total de \$134.582.820, donde se realizó adecuación general de pintura, limpieza de canales, mitigación de goteras, humedades, garantizando un lugar digno para nuestros funcionarios y la atención de nuestra comunidad.

MANTENIMIENTO CENTROS DE SALUD VIGENCIA AÑO 2019

Para el 2019 la ESE ISABU se proyectó ejecutar su plan de Mantenimiento de infraestructura preventivo y correctivo de los centros de salud VILLA ROSA, IPC, COLORADOS, GAITÁN, COMUNEROS, MUTIS, CRISTAL ALTO, REGADEROS, SANTANDER, MORRORICO, TOLEDO PLATA, PABLO VI Y CONCORDIA, a través de una empresa que nos garantizara un mantenimiento continuo y oportuno, garantizando la calidad y continuidad en la prestación de los servicios.

Esta decisión se tomó teniendo en cuenta que la ausencia de un adecuado plan de Mantenimiento Preventivo conlleva al deterioro de la Planta Física y como consecuencia daños mayores en la infraestructura cuyo costo de reposición sería muy alta; daño de los equipos, así como riesgo a funcionarios y usuarios y cierre de servicios.

Los años anteriores el Mantenimiento de la infraestructura se realizaba contratando de manera directa, personal por la ESE ISABU, mediante el cual se conformaba una cuadrilla compuesta por cinco personas, que realizan labores de mantenimiento correctivo en el Hospital Local del Norte, la unidad intermedia materno infantil santa Teresita "UIMIST" y los 22 centros de salud que conforma la red de

la E.S.E ISABU” ante daños que se presentaban en la infraestructura (reposición de bombillos, reposición de tomas eléctricas, resanes pequeños, reparaciones hidrosanitarias, etc.) como reparaciones menores, que tienen impacto en el mejoramiento de la misma.

Ese modelo era insuficiente para garantizar el adecuado mantenimiento y respuesta oportuna a las necesidades e impactando realmente en la infraestructura, mejorando su aspecto, sus condiciones sanitarias, de seguridad y evitando el deterioro, ya que el mismo sólo es posible mediante un mantenimiento continuo y ejecución de actividades de preservación, mediante la realización de revisión y reparación que garanticen su buen funcionamiento y fiabilidad, mediante un equipo calificado con experiencia en mantenimiento hospitalario, técnicos y personal auxiliar calificado, obedeciendo a un plan de mantenimiento de infraestructura.

El Mantenimiento de la plata física de instituciones hospitalarias difiere de cualquier otro tipo de mantenimiento de edificios, pues se deben cumplir las estrictas normas de Calidad y Habilitación en salud como la Resolución 5158 de 2015 Circular 0036 de 2015 Resolución 226 de 2015 Resolución 3678 de 2014 Resolución 2003 de 2014 Decreto 1011 de 2006, Circular 0029 de 1997 y en especial la Resolución 4445 de 1996, teniendo en cuenta materiales, pinturas especiales, acabados especiales entre otros, que no todo profesional de la ingeniería o empresa de ingeniería civil o arquitectónica conoce por lo que requiere un mínimo de experiencia.

Así las cosas es preciso aclarar que dentro de la planta física que conforma la red de servicios de salud de la ESE ISABU encontramos que los Centros de salud la LIBERTAD, LA JOYA, CAMPO HERMOSO, SAN RAFAEL, ROSARIO, GIRARDOT Y BUCARAMANGA no se incluyeron en el mantenimiento debido a que en esta vigencia fueron intervenidos para su proceso de adecuación y remodelación, de acuerdo al PLAN BIENAL DE INVERSIONES y El Centro de Salud CAFÉ MADRID, sede intervenida como obra nueva por la alcaldía de Bucaramanga y entregada a la EsE ISABU y entró en funcionamiento el 4 de julio de 2019.

Mediante este modelo se impactó la infraestructura locativa mejorando los aspectos sanitarios, seguridad y calidad de la atención de cada centro de salud, permitiendo realizar acciones puntuales y su cuantificación.

Las actividades generales realizadas fueron:

- Mantenimiento general a toda la estructura para su correcto funcionamiento y prestación de servicio al público.
- Mantenimiento de la pintura del interior del centro de salud, cambio de chapas, polarización, cambio de luminarias, reparaciones hidrosanitarias, limpieza de canales, derivaciones de plantas, iluminaciones, mantenimientos generales, impermeabilización de placa, entre otros.

Se realizó una inversión total para estos 13 centros de salud de \$358.010.100 pesos.

CRISTAL ALTO

Se realizó cambio de tubería para adecuación de unidad odontológica, intervención cuarto de desecho, área de toma de muestra, consultorio médico, enfermería, citología, Pintura general antibacterial.

Fotografía 64. CS Cristal Alto



COLORADOS

Se realizó actividades de pintura interior vinilo tipo 1 y exterior coraza, recuperación de cubierta y cambio de cielo raso afectado por problemas de murciélagos, reparación de interior de los cuartos de desechos, entre otros.

Fotografía 65. CS Colorados



MUTIS

Se realizó Pintura interior vinilo tipo 1 a todos los consultorio, pasillos, pintura exterior en coraza, impermeabilización de cubierta, limpieza de canales, pintura de carpintería metálica.

Fotografía 66. CS Mutis



COMUNEROS

Pintura interior vinilo tipo 1, pintura exterior en coraza, arreglo de goteras, reparación chapas, mantenimiento de tanque de agua, arreglo de puertas de cuarto de residuos hospitalarios, reparación de cielo raso por daño de fugas de agua.

Fotografía 67. CS Comuneros



REGADEROS

Se hizo el mantenimiento del cielo raso fracturado por el calor, mantenimiento de fachada, Pintura interior vinilo tipo 1 de todas las áreas, pintura exterior en coraza, pintura de carpintería metálica, pintura puertas de madera.

Fotografía 68. CS Regaderos



CONCORDIA

Se realizó actividades de pintura tipo 1 interior en todas las áreas, adicional a ello pintura antibacteriana en los siguientes sitios: toma de muestras, procedimientos, vacunación, odontología, se realizó separación de la tubería de bajantes de aguas lluvias a tubería principal.

Fotografía 69. CS Concordia



GAITAN

Se realizó actividades de pintura tipo 1 interior de todas las áreas, adicional a ello pintura antibacteriana en los siguientes sitios: toma de muestras, procedimientos, vacunación, odontología, polarización de vidrios con pintura en coraza, arreglo de humedades e intervención de flanche en cubierta de cuarto de residuos.

Fotografía 70. CS Gaitán



MORRORICO

Se realizó mantenimiento de vinilo tipo 1 en el interior del centro de salud en todas las áreas, pintura antibacteriana en consultorio de odontología, procedimientos y se hizo cubierta a un agua a estructura metálica para corredor de acceso, arreglo de humedades, polarizado de vidrios.

Fotografía 71. CS Morrорico



VILLA ROSA

Se realizó actividades de pintura tipo 1 interior de todas las áreas, adicional a ello pintura antibacterial en los siguientes sitios: toma de muestras, procedimientos, vacunación, odontología, polarización de vidrios con pintura en coraza.

Fotografía 72. CS Villa Rosa



IPC

Se realizan actividades propias de mantenimiento tales como, limpieza de canales, pintura interior y consultorios, pintura antibacterial general, impermeabilización de placa, polarizados en ventanearía

Fotografía 73. CS IPC



TOLEDO PLATA

Se realizó actividades de pintura tipo 1 interior de todas las áreas, adicional a ello pintura antibacteriana en los siguientes sitios: toma de muestras, procedimientos, vacunación, odontología, polarización de vidrios con pintura en coraza.

Fotografía 74. CS Toledo Plata



PABLO VI

Se realizó actividades de pintura tipo 1 interior de todas las áreas, adicional a ello pintura antibacteriana en los siguientes sitios: toma de muestras, procedimientos, vacunación, odontología, se realiza pintura y recuperación general en fachada posterior, reparación de tubería rota en fachada trasera de centro de salud, debido a canales en deterioro, se realizan mantenimiento preventivos de canales principales, mejorando el sistema caída de agua en lluvias, el polarizado se aplica general a ventanerías necesarias teniendo como principal fachada principal.

Fotografía 75. CS Pablo VI



SANTANDER

Se realizó actividades de pintura tipo 1 al interior de consultorios y remates de filos, carpintería metálica exterior a pasamanos, mantenimiento preventivo de pintura a la fachada principal, adicional mantenimiento general de pintura antibacteriana a consultorios tales como, odontología, vacunación, debido a plan de contingencia se adecuan facturación

de centro de salud, haciendo reparaciones de tomas eléctricas y reparaciones de ventanería en punto de pago.

Fotografía 76. CS Santander



La ESE ISABU durante la gestión en apoyo mancomunado con la Alcaldía realizaron una gran tarea de recuperación del 100% de la infraestructura de la red de ISABU entregando sedes dignas para nuestros funcionarios y nuestros usuarios que son la razón de ser de nuestra institución, dando cumplimiento a nuestro plan de Desarrollo y realizando una inversión importante de \$13.044.759.461,60 pesos, en donde la ESE ISABU realice una inversión de \$2.230.372.746, 22 pesos correspondientes al 17,10% de la inversión total y la alcaldía con una inversión de \$10.814.386.715,38 pesos, a continuación se relaciona tabla con la inversión realizada a la infraestructura de 2016 – 2019.

TABLA 518 INVERSIÓN DE MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA VIGENCIAS 2016-2019

VIGENCIAS	RECURSOS MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	RECURSOS ISABU	INVERSIÓN TOTAL POR VIGENCIAS	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN ISABU	SEDES INTERVENIDAS
2016	\$ -	\$ 213.350.253,00	\$ 213.350.253,00	100%	UIMIST
	\$ -	\$ 23.268.073,00	\$ 23.268.073,00	100%	CERRAMIENTO DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE
2017-2018	\$ -	\$ 35.000.000,00	\$ 35.000.000,00	100%	CAFÉ MADRID SEDE VIVE DIGITAL
	\$ -	\$ 79.242.279,00	\$ 79.242.279,00	100%	C.S. ROSARIO
	\$ -	\$ 163.432.175,00	\$ 163.432.175,00	100%	C.S. IPC
	\$ -	\$ 87.907.075,00	\$ 87.907.075,00	100%	C.S. CONCORDIA
	\$ 1.263.654.146,38	\$ 588.926.253,22	\$ 1.852.580.399,60	32%	HLN, PABLO VI, TOLEDO PLATA, GAITÁN , VILLA ROSA, REGADEROS , SANTANDER
	\$ -	\$ 47.343.274,00	\$ 47.343.274,00	100%	C.S. MORRORICO (CORCOVADO)
	\$ -	\$ 133.330.726,00	\$ 133.330.726,00	100%	CENTROS DE SALUD DE CAMPO HERMOSO, GIRARDOT, BUCARAMANGA, LA JOYA, LA LIBERTAD, SAN RAFAEL
2019	\$ -	\$ 281.973.779,00	\$ 281.973.779,00	100%	MANTENIMIENTO GENERAL HLN Y UIMIST
	\$ -	\$ 358.010.100,00	\$ 358.010.100,00	100%	MANTENIMIENTO GENERAL CRISTAL ALTO- COLORADOS - MUTIS- REGADEROS- COMUNEROS- MORRORICO – CONCORDIA- GAITAN. VILLA ROSA- IPC- PABLO SEXTO TOLEDO PLATA- SANTANDER
	\$ 139.889.266,00	\$ 2.000.000,00	\$ 141.889.266,00	1,41%	COCINA HLN
	\$ -	\$ 19.913.191,00	\$ 19.913.191,00	100%	BASE DE CONCRETO PARA OXÍGENO
	\$ -	\$ 108.213.827,00	\$ 108.213.827,00	100%	SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES NO DOMÉSTICAS
	\$ 2.388.000.000,00	\$ 3.945.533,00	\$ 2.391.945.533,00	0,16%	CENTRO DE SALUD CAFÉ MADRID - NUEVO
	\$ -	\$ 4.516.208,00	\$ 4.516.208,00	100%	ALCALNTARILLADO UIMIST
\$ 7.022.843.303,00	\$ 80.000.000,00	\$ 7.102.843.303,00	1,13%	CENTROS DE SALUD EN REMODELACIÓN KENNEDY, SAN RAFAEL, GIRARDOT, LA JOYA, CAMPO HERMOSO, BUCARAMANGA Y LA LIBERTAD	
TOTAL	\$10.814.386.715,38	\$ 2.230.372.746,22	\$13.044.759.461,60	17,10%	

Fuente: Contratos ejecutados vigencia 2016-2019

MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA 2020

Para vigencia 2020 se continuó con el modelo de mantenimiento de la vigencia 2019 y adicional a ello se conformó se contrató dos personas para cubrir necesidades de luminaria, destape de cañeroas, limpieza de canales, arreglo de chapas, estas actividades no estan contempladas en el contrato de mantenimiento preventivo realizado para esta vigencia; esto mermitirá continuar con el mantenimiento permanente de la infraestructura evitando el deterioro de la misma, bajo la proyección de un ahorro a futuro adecuado y cumpliendo siempre con la norma de habilitación correspondiente.

Una de las apuestas mas grandes en el mantenimiento de la infraestructura para este año es poder implementar pintura antibacterial en las paredes de las salas de esapera y pasillos generalizando un solo material para todo el centro de salud, esto traerá un ahorro en futuras adecuaciones al mismo, se realizó cambio de vidrios para instalación de película 3m en polarizados, adicional se llevará a cabo el retiro de la totalidad de coorniza para evitar posibles focos de contaminacion en el centros de salud.

Este año se contrató con la empresa PROCUIMA para el MANTENIMIENTO INTEGRAL DE INFRAESTRUCTURA FISICA, REDES HIDRAULICAS, ELECTRICAS, SANITARIAS Y MANTENIMIENTO GENERAL DE LA ESE ISABU DE LOS CENTROS DE VILLA ROSA, IPC, COLORADOS, CAFÉ MADRID, SAN RAFAEL, KENNEDY, REGADEROS, GAITÁN, COMUNEROS, MORRORICO, GIRARDOT, SANTANDER, ROSARIO, MUTIS, CRISTAL ALTO, TOLEDO PLATA, PABLO VI, CONCORDIA, LA JOYA, CAMPO HERMOSO, BUCARAMANGA Y LIBERTAD DE LA ESE ISABU DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.”

En este primer trimestre se ha realizado mantenimiento preventivo a los centros de salud Cristal Alto, Colorados e intervención en el HLN donde se realizó las siguientes actividades de mantenimiento:

CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO 2020

Se realizó mantenimiento de pintura realizando la aplicación de pintura tipo I vinilo a 2 manos a 100 m2, Aplicación pintura epóxica a 2 manos en 150 m2, Aplicación pintura en vinilo tipo 1 para puerta en madera entamborada 2 caras a 20 m2, Aplicación pintura tipo Koraza para fachada, dos manos, incluye limpieza a 25 m2, Aplicación Pintura para carpintería metálica, Resane y lijado para muro a 20m2, Suministro e instalación polarizado de ventanas a 20m2, Suministro e instalación de vidrio 4mm a 25 m2.

CENTRO DE SALUD COLORADOS

Aplicación pintura tipo I vinilo a 2 manos a 150 m2, Aplicación pintura epóxica a 2 manos a 200 m2, Aplicación pintura en vinilo tipo 1 para puerta en madera entamborada 2 caras a 10 m2, Aplicación pintura tipo Koraza para fachada, dos manos, incluye limpieza a 80m2, Aplicación Pintura para carpintería metálica a 40 m2, Resane y lijado para muro a 30 m2, Resane con impermeabilización para muro y/o fachada a 25 m2, Mantenimiento,

impermeabilización placa de cubierta con manto asfáltico 3mm con refuerzo de polietileno, incluye pintura de aluminio base asfáltica a 7m2, Suministro e instalación polarizado de ventanas a 25m2, Suministro e instalación de baldosas cerámica 20 X 20 blanca a 10 m2.

El Mantenimiento en el Hospital Local del Norte se inició con el cambio del cielo raso en cumplimiento de plan de mejoramiento requerimiento por la secretaria de salud, hace un reto para este periodo, y es así como en este trimestre le apuntamos a eliminar las falencias más latentes tales como, eliminación de techo o cielo raso el cual es un foco de contaminación por la acumulación de polvo y partículas para cualquier tipo de área asistencial, la falta de media caña en las zonas asistenciales propias de los servicios en el Hospital Local del Norte y el retiro de la estructura en madera de todas las áreas.

De esta forma se interviene el cielo raso en SALA DE PARTOS, SALAS DE CIRUGIA, LABORATORIO CLINICO, RX, ZONA ASISTENCIAL DE CONSULTA EXTERNA, ODONTOLOGIA, URGENCIAS, cumpliendo con las medidas y los estándares de habilitación.

En general se realizó en el HLN la aplicación pintura tipo I vinilo a 2 manos a 115,91 m2, Aplicación pintura epóxica a 2 manos a 180 m2, Aplicación pintura en vinilo tipo 1 para puerta en madera entamborada 2 caras a 17.93 m2, Aplicación Pintura para carpintería metálica a 18.55 m2, Aplicación Pintura para pasamanos metálicos a 30 m2, Resane y lijado para muro a 30 m2, Resane con impermeabilización para muro a 18.93 m2, Impermeabilización placa de cubierta con manto asfáltico 3 mm con refuerzo de polietileno, incluye pintura de aluminio base asfáltica a 21.25 m2, Suministro e instalación polarizado de ventanas a 6.80m2, Cambio de lavamanos con pedestal a 6 m2, Cielo raso en drywall con estructura metálica, con acabo en pintura antibacterial lavable a 203.5 m2, Instalación de media caña plástica (PVC) en 50 m2

A continuación se presenta registro fotográfico por zona en el HLN

Fotografía 77. Mantenimiento HLN Primer trimestre de 2020

RAYOS X

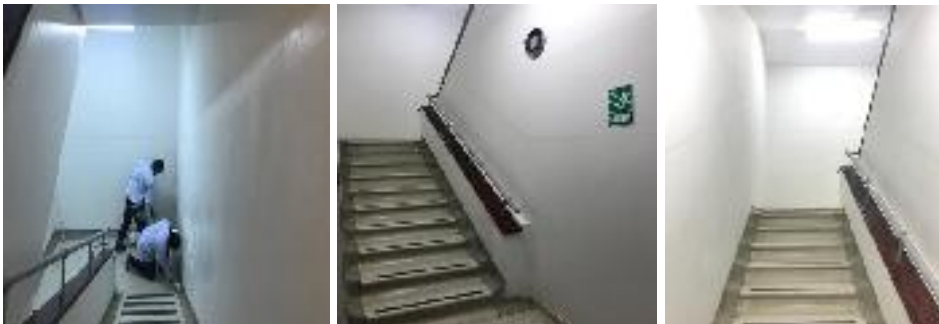




CONSULTA EXTERNA – HLN



ESCALERAS –HLN



➤ LABORATORIO CLINICO – HLN



ODONTOLOGIA – HLN



PLACA 2 PISO – HLN



PARTOS HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

Se realiza levantamiento general de cielo raso en unidad de partos en el hospital local del norte, esta con el fin de cumplir con las falencias detectadas en los hallazgos por la secretaria de salud, el cielo raso se realizó en drywall recubierto con pintura antibacterial,

igualmente se realizó desmonte general inspección de tuberías hidráulicas, sanitarias, y ducterías eléctricas.



4.4. GESTIÓN DE LAS TICS

4.4.1. SOFTWARE

4.4.1.1 TELECITAS

Frente a informe de implementación del software es preciso poner en contexto el informe de la implementación del proyecto Telecitas convenio Vive digital regional 2013: Vive Digital Convenio No 542 de 2013, convenio celebrado entre FIDUBOGOTÁ S.A., LA ALCALDIA DE BUCARAMANGA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA COOPERATIVA DE DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS DE COLOMBIA – CODENCO donde se llevaría a cabo aplicativo de TELECITAS el cual nunca funcionó en nuestra entidad como fue demostrado en las mesas de trabajo con la Contraloría Municipal y soportada a la Contraloría General de Nación y la Fiscalía en múltiples ocasiones; por lo anterior, se deja a conocimiento el proceso realizado de dicho Proyecto por la entidad:

Primero resaltar que el informe de empalme recibido por la administración anterior no se evidenció ningún tipo de información sobre el funcionamiento del sistema telecitas, ni ningún proyecto relacionado, la Gerencia junto con la oficina asesora de Planeación realizaron un levantamiento de información para poder conocer lo sucedido frente a la implementación, archivos magnéticos que reposan en la carpeta P: Planeación de la ESE ISABU, es de resaltar que el proyecto fue un contrato por la Alcaldía de Bucaramanga y que la ESE ISABU sería el beneficiario del proyecto.

El día 24 de agosto de 2016 la procuraduría provincial de Bucaramanga realizó visita a la ESE ISABU, la cual fue recibida por los ingenieros de la institución que estuvieron presentes en el proceso de implementación desde años anteriores donde se dejó de manifiesto que inicialmente el sistema se implementó en las 24 sedes de atención generando retrasos en la atención del servicio por constantes caídas de la plataforma, reduciendo a 12 centros de salud su funcionamiento y con varios problemas en su implementación, que fueron notificados al ejecutor y no fueron solucionados en su momento, proceso que culminó en todos los centros de salud en agosto de 2016.

El día 29 de agosto de 2016 se conoció las observaciones de la auditoría especial de empalme que realizó la contraloría municipal de Bucaramanga, donde se evidenció que los equipos de telecitas y tele consultas que fueron instalados en los diferentes centros de salud se encuentran inactivos.

El día 15 de septiembre de 2016 ante las observaciones trasladadas, se asistió a una mesa de trabajo citada por la Contraloría Municipal donde participan CODENCO como operador, Universidad Nacional como interventor, ISABU como terceros beneficiarios y Contraloría Municipal donde se acordó que a partir del 19 de septiembre 2016 se realizaría pruebas por parte del ISABU para la implementación del proyecto lo que permitiría establecer si era funcional y podía implementarse en su totalidad, ya que existían dudas que permitían establecer si el proyecto era o no viable.

Es así como la ESE ISABU inicia una recopilación, reconstrucción de la información de implementación de telecitas y establece una ruta de trabajo para iniciar el proceso de implementación del software.

Dentro de la información recopilada es importante mencionar que quedó claro que las más de cien mil citas asignadas para esa fecha por el software telecitas, fueron asignadas directamente por el personal de archivo de cada centro de salud y no por los usuarios (objetivo principal del proyecto), lo anterior, debido a que se presentaban bastantes inconvenientes que solo podían ser solucionados por el personal de citas con conocimiento previo de nuestras agendas, también quedó claro que todas esas citas debían ser re digitadas en el módulo de citas del software CNT pacientes que ha venido adquiriendo la ESE ISABU desde el año 2001, para efectivamente se pudiera continuar con la atención, ya que el software telecitas no hacía interfaz entre el módulo de citas de CNT y módulo de agendas de telecitas debido a que uno era software cliente servidor y el otro era software de ambiente web. Preocupación que manifestó en su momento el saliente gerente Dr., Paulo César.

El día 19 de septiembre de 2016 una primera reunión para proyectar el cronograma de la puesta en marcha del módulo de telecitas, sugiriendo al ejecutor realizar algunos ajustes a la plataforma con el fin de que sea más amigable, como:

- Eliminar fecha de nacimiento
- Eliminar código captcha
- Eliminar botón de aceptación de términos legales
- Desplegar en la especialidad únicamente Medicina General y Odontología General y eliminar todas las actividades de PYP.

El día 27 de septiembre de 2016 se hace reunión con ejecutor CODENCO, ingeniero ISABU, Jefe Planeación ISABU, Comunicadora ISABU, Jefe enfermera centro de Salud, haciendo una prueba de asignación cita para medicina general, sin embargo, se evidencia que es complejo para el usuario por la cantidad de pasos que se deben seguir.

Teniendo en cuenta lo anterior, se descarga la aplicación (APP) Telecitas y Tramites en el servidor, que es de más fácil manejo. Se da inicio a las pruebas sin embargo a la fecha se siguen requiriendo varios ajustes:

- El ingreso a la APP debe ser directo a Bucaramanga y entrar a la pantalla de asignación de citas, se sugiere que la APP sea con un nombre específico como Telecitas ISABU para que el usuario ingrese directamente a Bucaramanga.
- Se solicita ajustar la fecha en que el usuario requiere la cita y la fecha en que es asignada en la APP.
- Se solicita quitar el trámite del SISBEN, solo dejar el trámite de asignación de citas.
- Se solicita que los administradores (de citas-facturación) tengan habilitada la asignación de citas de Promoción y Prevención, ya que se realizará de manera presencial la asignación de estas citas y ellos serán los encargados.

- Habilitar a los médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería un usuario en que puedan verificar la agenda asignada diaria.
- Modificar el contraste de colores del fondo azul vs letra blanca, deben ser colores que realcen las letras.
- Se solicita al Ingeniero hacer afiches con los pasos para que el usuario pueda asignar la cita, para lo cual la comunicadora de ISABU diseñara una propuesta.
- Cuando sale la opción de número de teléfono o fechas se solicita que solo arroje números y no letras.
- Se solicita que para los **usuarios** la APP despliegue citas de medicina general y citas de odontología únicamente
- Se solicita que cuando se va a pedir la cita y sale cita medicina general o cita odontológica sea la palabra la que se oprima para pedir la cita deseada y **no el reloj.**
- Mientras el sistema piensa que no salga loading sino cargando.

El ingeniero se lleva todas las inquietudes realizadas por parte del ISABU para revisarlas y de ser posible ajustarlas, manifiesta que tratará de hacer todos los cambios, quedando la ESE ISABU pendiente para que el ejecutor nos informe cuando todo esté listo para continuar con la prueba piloto.

El día 27 de octubre de 2016, se reúne ingeniero de CODENCO, Coordinador de zona y personal de asignación de citas para realizar nuevamente prueba piloto en sede Girardot directamente con usuarios, evidenciando que se presentan varios inconvenientes en el proceso por errores que arroja directamente la plataforma de telecitas, quedando como compromiso por parte del ejecutor realizar algunos ajustes a la herramienta desarrollada.

El día 2 de noviembre de 2016 se hace reunión con gerente de ISABU, jefe de planeación, ejecutor CODENCO, jefe enfermera centro de salud y usuarios, evidenciando que nuevamente hay que realizar una configuración de la plataforma porque no está quedando predeterminada (Descargar APP, configurar correos, idiomas).

El ejecutor inicia haciendo una prueba de asignación de una cita para medicina general, para una de las usuarias que asiste, se evidencia que existen los siguientes pasos:

1. Seleccione el Departamento (paso que había sido sugerido eliminar)
2. Seleccione el Municipio (Paso que había sido sugerido eliminar)
3. Asignar nueva cita (se había sugerido agrandar la letra y cambiar el color del fondo para que resalte)
4. Tipo de documento, Numero de documento, Numero de celular, Fecha en que el paciente solicita la cita
5. Centros de atención – se despliegan los 23 para buscar el centro
6. Especialidad – se despliega especialidad o actividad PYP (se había sugerido eliminar pyp para los usuarios teniendo en cuenta la complejidad del manejo de PYP, esta opción de PYP solo debía quedar para el manejo de los usuarios)

administradores teniendo en cuenta que esta modalidad va a ser manejada de manera presencial).

Por **actividad PYP** se despliegan las siguientes opciones: morbilidad, nutrición, agudeza visual, alteraciones del adulto, alteraciones del joven, atención del parto, atención del recién nacido, control prenatal, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, riesgo cardiovascular, consulta cáncer de mama) ojo morbilidad y nutrición no son actividades PYP error en la parametrización.

Por **especialidad** se despliega Medicina General y se despliega atención cita tele consulta, certificado médico, consulta ambulatoria, consulta de control por primera vez medicina general, consulta de control seguimiento medicina general se había sugerido medicina general y odontología general.

7. Horario de cita se escoge y despliega un mensaje que dice su cita fue asignada para el día xx de noviembre de 2016 a las 6:50 Lugar: centro de salud Girardot, especialidad medicina general (no queda el nombre del médico con el que fue asignada mi cita).

Las pruebas realizadas ese día con todos los ajustes requeridos durante todo este tiempo arrojan los siguientes resultados:

Usuaría 1: Francisca Maldonado el sistema le asigna una cita de medicina general para el día de hoy 2 de noviembre 1pm, se corrobora con la auxiliar de asignación de citas si la cita fue efectivamente grabada y corrobora que la cita fue cargada a la Jefe de enfermera Johana Villamizar **ERROR** las citas de medicina deben ser asignadas a médicos no enfermeras el ejecutor explica que fue un problema en la parametrización.

Usuario 2: Jeisny Páez 49672155, el sistema le asigna una cita de medicina general para el día 4 de noviembre 6:50 am, se corrobora con la auxiliar de asignación de citas si la cita fue efectivamente grabada y corrobora que la cita fue cargada a la Dra. Angelica Lince pero que la médico no tiene espacio en la agenda debido a que ya está llena la agenda hasta el día 6 de noviembre **ERROR** las citas de medicina se están grabando encima de citas que ya fueron previamente asignadas o en espacios que no existen.

Usuario 3: Jorge Leonardo León 1098693198, el sistema le asigna una cita de medicina general para el día 4 de noviembre 7:20 am, se corrobora con la auxiliar de asignación de citas si la cita fue efectivamente grabada y corrobora que la cita fue cargada a la Dra. Angélica pero que la médico no tiene espacio en la agenda debido a que ya está llena la agenda hasta el día 6 de noviembre **ERROR** las citas de medicina se están grabando encima de citas que ya fueron previamente asignadas o en espacios que no existen.

Usuario 4 y 5: usuarios de prueba que fueron asignados directamente desde los celulares al centro de salud Girardot para la 1:20pm y 1:40pm respectivamente, se corrobora con la auxiliar de asignación de citas si la cita fue efectivamente grabada y corrobora que no hay evidencia de ninguna de esas citas en el agendamiento a lo cual el ingeniero contesta que

si está bien solo que la asigna a un lugar de prueba situación que hace totalmente inútil el ejercicio de hacer la prueba.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que los ajustes que se solicitaron el día 27 de septiembre de 2016, y en lo corrido de este mes y medio, no fueron realizados en su totalidad.

El sistema no está teniendo la funcionalidad esperada debido a múltiples errores que no se han podido solucionar a través del tiempo y que son vitales para el óptimo funcionamiento del proceso, razón que impide la implementación en los demás centros de salud del software Telecitas.

Al a fecha dicho proceso se encuentra en proceso por parte de con Contraloría General de la Nación, (Anexo XX. Evidencias del proceso de telecitas).

4.4.1.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN: (CNT PACIENTES – PANACEA)

La ESE ISABU desde hace 16 años viene trabajando con CNT Pacientes® como software, que funcionaba Cliente servidor, lo que significaba que se debía tener en nuestra oficina de Sistemas equipos robustos que permitieran a los diferentes centros de salud el acceso concurrenciado a un solo servidor con la capacidad de administrar la base de datos general; esto se hace con la estructura de organizar la red de las (22) centros de salud y las (2) unidades hospitalarias que están ubicadas en diferentes partes de la ciudad, a través de accesos remotos, lo que era necesario otros equipos (servidores de dominio) para administrar esos usuarios remotos y que estos usuarios remotos puedan ejecutar el aplicativo CNT, es decir que se ejecuta en los servidores de sistemas, pero el usuario lo que ve en su pantalla sin importar donde se encuentre físicamente, son demoras y lentitud en los procesos, cuando todos los usuarios están conectados realizando diferentes actividades.

Antes de Julio de 2016 el Instituto de Salud de Bucaramanga contaba con el software CNT Pacientes implementado en 21 de los 22 centros de salud, el cual contaba con los módulos de Historia clínica dinámica, pacientes, Urgencias, Hospitalización, recaudos (Facturación de los pacientes), apoyo diagnóstico, odontología, PyP. También estaba implementado desde hace más de 10 años módulos administrativos como Contabilidad, Activos fijos, cuentas por pagar, Cartera, Nomina, Presupuesto, Tesorería. Este aplicativo estaba implementado en 12 de los 22 centros de salud los módulos de historia clínica, este proceso de implementación de historia clínica se realizó de la siguiente forma:

TABLA 519 INICIO EN PRODUCCIÓN HISTORIA CLÍNICA.

LUGAR DE ATENCION	MES	AÑO
C.S SANTANDER	JUNIO	2016
C.S PABLO VI	JUNIO	2016
C.S LIBERTAD	JUNIO	2016
C.S COLORADOS	JUNIO	2016
C.S BUCARAMANGA	JUNIO	2016
C.S LA JOYA	JULIO	2016
C.S MORRORICO	JULIO	2016
C.S SAN RAFAEL	AGOSTO	2016
C.S REGADEROS	AGOSTO	2016
C.S GAITAN	AGOSTO	2016
C.S CRISTAL	AGOSTO	2016
C.S CONCORDIA	OCTUBRE	2016

Fuente: Sistemas E.S.E ISABU

En la administración, se recibieron demasiadas quejas de áreas como cartera, glosas, contabilidad, etc. debido a la poca efectividad de tener el sistema digital, pues la calidad de la información y la imposibilidad de este de capturar alguna información que es necesaria por ley de entregar al momento de hacer los reportes a EPS, Ministerio y Superintendencia nacional de Salud, así como a entes territoriales.

Por esta razón en Julio de 2017 se realizó una comisión conformada por el Dr. Hildebrando Ballesteros, Tesorero de la ESE ISABU, el Dr. Jorge Enrique Pinzón Medico General de la ESE ISABU consulta externa y por el Ing. Jaime Andrés Peña Urrutia Coordinador de Sistemas dela ESE ISABU, quienes teníamos como función Visitar en las ciudades de Bogotá, Villavicencio y la Tebaida empresas sociales del Estado con sistemas de información para conocer de primera mano el funcionamiento de estos y los casos de éxito con los programas **DINAMICA GERENCIAL de la Empresa SYAC** en los hospitales Vista Hermosa y el Tunal en Bogotá, el Software **HOSVITAL de la Empresa DigitalWare** que inicialmente estaba contemplado la E.S.E. Meta, pero que por problemas de la vía no pudimos realizar esa visita, así que nos mostraron el software en el hospital Fundación San Carlos y por último el software **PANACEA de la Empresa CNT Sistemas de Información**. De esta visita se entregó al grupo directivo un informe en el mes de marzo de 2018, el cual junto a las propuestas económicas de cada una de las empresas fueron el insumo para la toma de la decisión de cambiar el sistema de Información de la ESE ISABU a PANACEA.

Dentro de las ventajas que tenía CNT - PANACEA frente a CNT- PACIENTES podemos enumerar las siguientes:

- Software 100% web
- 40 módulos – 1100 funcionalidades
- Armoniza e integra los procesos asistenciales, administrativos, de apoyo y estratégicos.
- Multisede
- Alertas durante la atención del paciente y en procesos administrativos.
- Facturación enfocada a cumplimiento de metas de programas como PyP
- Citas web
- Integración con Terceros LIS Annar – Data Innovations – Autorizaciones – Facturación electrónica – Notificaciones vía correo.
- BI Cubos – Generación de reportes para el usuario en diferentes formatos

Por lo anterior la entidad en el 2018 inició actualización de CNT pacientes® (Cliente Servidor) a CNT PANACEA ® (entorno web) versión actualizada de CNT Pacientes®, esta actualización permitió que se almacene en un servidor y se acceda a través de internet sin necesidad de equipos tan robustos y mejorando notablemente los tiempos de respuesta, además esta actualización le permite a la ESE ISABU adquirir la licencia bajo la propiedad de La ESE ISABU, cuando anteriormente se venía pagando era un valor de arrendamiento.

La migración o actualización de CNT pacientes® a CNT PANACEA ® trae 40 módulos distribuidos de la siguiente manera:

TABLA 520 MÓDULOS PANACEA

1. Módulo PANACEA® fase Asistencial: Los módulos y servicios marcados (S) son los incluidos en el presupuesto. Total de módulos 40

PANACEA			
Salas PANACEA®	13	Asesorios Panaceas®	11
Seguridad	SI	Urgencias	SI
Contingencias	SI	Hospitalización	SI
Parametrización	SI	Entfermedad	SI
Orientación Asesorios	SI	Clasificación	SI
Procedimientos Asistencial	SI	Programas Especiales PyP, Crónicas, Unidades Renales	SI
Consultorios	SI	Imageneología	SI
Tumores	SI	Laboratorio	SI
Pacientes	SI	Odonatología	SI
Farmacia	SI	Vacunación	SI
Facturación Pacientes y Cajas	SI	Nutrición	SI
Facturación Clínica	SI	Control de medidas	NO
Historia Clínica (Consentimiento Informado, Guías, Protocolos, Partes)	SI	Externozación	SI
General (tablas + cuadro de mando)	SI		
Apoyo a la Gestión PANACEA®	SI	Administración PANACEA®	SI
Citas	SI	Archivos fijos	SI
Autorizaciones	SI	Contabilidad	SI
Referencia y contra referencia	SI	Teoría (rec, dos, caja y bancos)	SI
Exámenes PANACEA®	SI	Clasificación	SI
Control	SI	Compras	SI
Calidad	SI	Financiero Fivado	NO
Exitos	SI	Costos Hospitalarios	SI
Satisfacción del usuario	SI	Norma	SI
Auditoría	SI	Presupuesto Público	SI

Fuente: Sistemas E.S.E ISABU

En Julio de 2018 se inició la implementación de Panacea el cual a la fecha se encuentra implementado en la totalidad de los centros de Salud, además de consulta Externa de la UIMIST y el HLN. También están implementados los módulos de consulta especializada y Radiología. En enero de 2019 se inició la implementación de los módulos administrativos, en el mes de noviembre y de diciembre se realizó la implementación de los módulos de urgencias y hospitalización en el Hospital Local del Norte y la UIMIST, completando el 100% de los módulos asistenciales en la entidad.

GRÁFICO 77 PLANEACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN PANACEA



Fuente: Sistemas E.S.E ISABU

El 1 de julio de 2019 se inició en producción CITAS WEB que permite que nuestros usuarios puedan acceder a los servicios de medicina general y odontología usando un computador o un celular, mejorando para ellos el acceso a nuestros servicios y permitiendo ahorrarles desplazamientos y costos de buses y tiempo de espera en las filas.

Como se puede evidenciar que en los módulos de Apoyo a la Gestión PANACEA® se encuentra el módulo de Citas, por lo que se aclara que el módulo CITAS web es un desarrollo de CNT Sistemas de Información S.A. siendo el único software en Colombia con módulos estratégicos: auditoría, calidad, comités, eventos y satisfacción 100% integrados con la gestión asistencial en línea y tiempo real, especializada en salud valorada CMMI DEV NIVEL 3, CMMI SERV NIVEL 3, ISO 9001 VER 2008.

El módulo CITAS WEB se encuentra implementado en el software CNT PANACEA® con un enlace entre el software y nuestra página web www.isabu.gov.co donde se encuentra el link de CITAS WEB – ESE ISABU, el ingreso se puede realizar desde un computador, celular, Tablet que tenga acceso a internet, esto se puede hacer ya que nuestro software se encuentra en ambiente web.

¿Cómo funciona nuestro módulo de Cita web?

Es muy sencillo, nuestros usuarios que por primera vez van a realizar su agendamiento por la web deben realizar el registro con los siguientes pasos:

Figura 14. Folleto informativo Citas Web



Luego de realizar el respectivo registro podrá ingresar con el número de identidad y con la contraseña que el usuario asignó siguiendo los siguientes pasos:



Fuente: Oficina de Planeación

Logros: Para Resaltar el cambio de Sistema de información que es en su totalidad WEB lo que permite accesibilidad y confiabilidad en la calidad de la información que se almacena. También el hecho de permitir las CITAS WEB que son un servicio de gran utilidad para

nuestros usuarios, pues no requieren desplazarse hasta nuestras sedes si no que desde sus casas o sus barrios pueden hacer la solicitud de sus citas.

4.4.1.2.1 SOFTWARE DE CARTELERAS DIGITALES.

Antes de julio de 2016 no se tenía ningún recurso para socializar información como carteleras digitales.

En el año 2017 se diseñó e implemento un sistema que con una inversión muy baja nos permite tener el servicio de carteleras digitales en todos los centros de salud utilizando los televisores ya existentes en cada centro y convirtiéndolos en televisores con capacidad para conectarse a internet, esto utilizando una caja TV box con software Androide y que permite la descarga de aplicaciones y la ejecución de estas conectadas a internet. Hasta ese momento estaban implementadas en la totalidad de centros de salud, con un software de licencia gratuita llamado Mango por un año, el cual se venció y una vez vencido para las 22 carteleras solicitaba cancelar un costo anual de utilización de US\$12 mensuales por equipo, para nuestro caso serían al año un total de US\$ 144 por equipo año y para nuestros 22 equipos el valor total US\$ 3168 al año que en su momento con una tasa representativa de \$3.000 aprox. daba un valor superior a los 9.500.000. En el año 2019 se diseñó un aplicativo que permite que el ISABU en sus servidores pueda almacenar la información que comparten en los diferentes centros de salud y que es del isabu, lo que significa que no tiene costo de licencias por año ni costos de mantenimiento, Se diseñó un sistema multiplataforma (funciona de la misma forma en sistema operativo Windows, Android 4.2 o superior y en Mac.

El sistema cuenta con los siguientes 5 formularios o ventanas (inicio, download, configuración, play multimedia y acerca de).

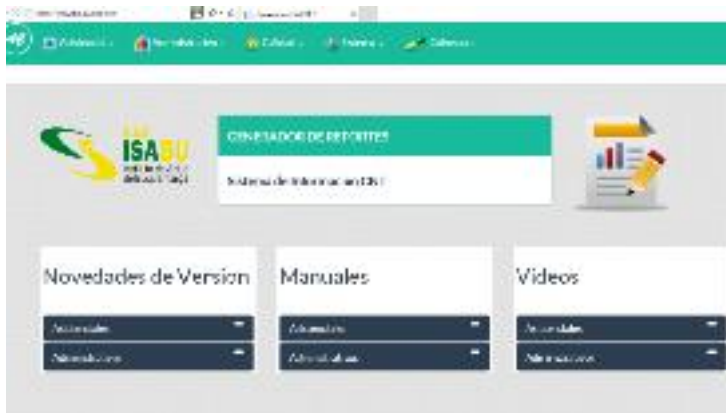
Fotografía 77. Cartelera Digital



4.4.1.2.2 GENERADOR DE REPORTE

Hasta de Julio de 2016 se tenía un reporteador generado para sacar la información que estaba en <\\192.168.10.116\CNT> ese reporteador no pudimos conseguir las líneas de código para seguir agregando y modificar reportes que ya existen. Por esta razón se debió crear un reporteador para que los usuarios puedan sacar la información en cualquier sitio.

Captura de pantalla 7. Generador de CNT



El reporteador desde 2017 se creó en <\\192.168.10.116\Reports> con la configuración del servidor para que pueda ser actualizado con los mismos datos de la configuración local de la máquina. Igualmente en el año 2018 se creó el reporteador <\\192.168.10.108\reports> que es el reporteador creado para PANACEA.

4.4.1.2.3 INTRANET.

Antes de julio de 2016 el ISABU no contaba con intranet.

Desde 2018 desde la oficina de sistemas se ha diseñado y se desarrolló una intranet operativa que permita a los empleados y contratistas de ISABU acceder a información básica como Guías, Manuales, formatos, directorio, información de interés, implementación de MIPG, disponible en todos los trabajadores de la entidad.

Fotografía 78. Intranet ESE ISABU



4.4.2 HARDWARE

Hasta el mes de junio de 2016 la ESE ISABU contaba con la siguiente Infraestructura informática:

Centro de Datos (Hospital local del Norte)

- 1 Servidor HP Proliant 180 6G
- 1 Servidor HP Proliant 180 9G
- Servidor HP Proliant 380 8G
- 1 Servidor de almacenamiento masivo NAS Qnap.
- 2 Firewall NAS 2600, principal y alta disponibilidad.
- 2 Switches 5120, principal y alta disponibilidad.
- 12 Switches administrable HP 1910

Centros de salud

- 1 Firewall SonicWALL TZ-215 (Girardot)
- 1 Firewall Fortinet 60C (UIMIST)
- 12 Switches administrable HP 1910
- 19 Switches básicos Next.
- 19 Router VPN TPLINK

Conectividad

- 1 enlace de Internet de 20 Mb Hospital Local del Norte
- 5 enlaces de Interlan de 10 MB (Girardot, Rosario, Mutis, Toledo, UIMIST)
- 19 enlaces de Internet de 6 MB (Colorados, Café Madrid, Villa Rosa, Kennedy, Ipc, Regaderos, San Rafael, Gaitán, Santander, Comuneros, Morrórico, Libertad,

Bucaramanga, Cristal alto, La Joya, Pablo VI, Campo Hermoso, Concordia, Padres Somascos).

Computadores:

380 Computadores todo en uno referencia HP

A partir del año 2018 esta administración obtuvo el siguiente hardware para mejorar la infraestructura informática:

En el año 2018 en el mes de julio se inició la implementación de PANACEA y se hizo una revisión técnica de los equipos que se tenían en la institución HP 1155 todo en uno, genero la siguiente información:

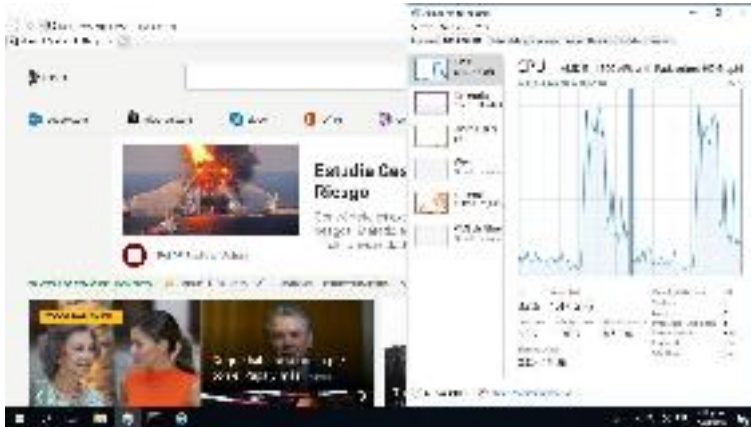
Características del equipo



Se observa que el procesador y memoria están por debajo de los requisitos mínimos definidos para el software de Panacea.

Servicio	Software	Mínimo
Interfaz de usuario	Navegador Web	Internet Explorer 10 Plugin de Silverlight
	Sistema Operativo	Windows 7 (Sistemas operativos de fácil administración y con soporte del fabricante). Se debe tener en cuenta que el equipo del cliente debe realizar el proceso de descargas, interpretación y visualización (Render) de las páginas web, lo cual requiere procesador, tarjeta de red y tarjeta grafica.
Procesador	Memoria	Pantalla
2 GHz o superior	4 GB o superior	1024 x 768

Solo con abrir el Internet Explorer 11 se observa un consumo alto del procesador, entre el 80% y 90%.



Al abrir otro navegador (Chrome o MozillaFirefox) e ingresar a una página se observa un alto consumo de procesador, con picos sobre 90-100% de uso.



Esto demuestra que el procesador no responde adecuadamente a este tipo de tareas.

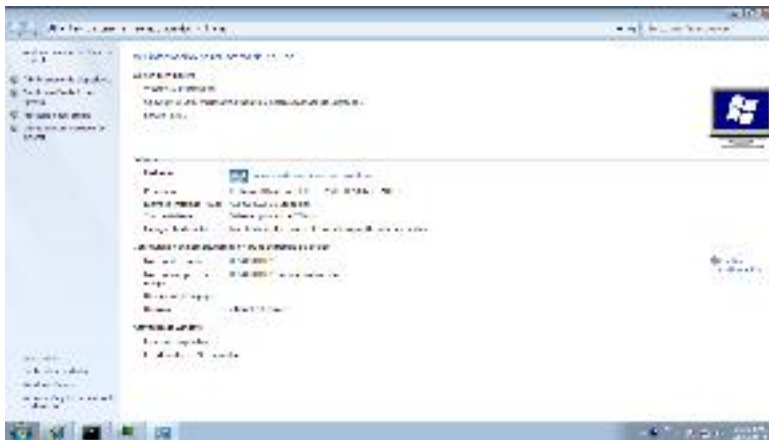
Al llamar la página de login de Panacea se observa un alto consumo de procesador; este comportamiento no se ve en otros equipos con procesador Intel.



Al abrir la plantilla de historia clínica es evidente el delay en el tiempo de respuesta del equipo.



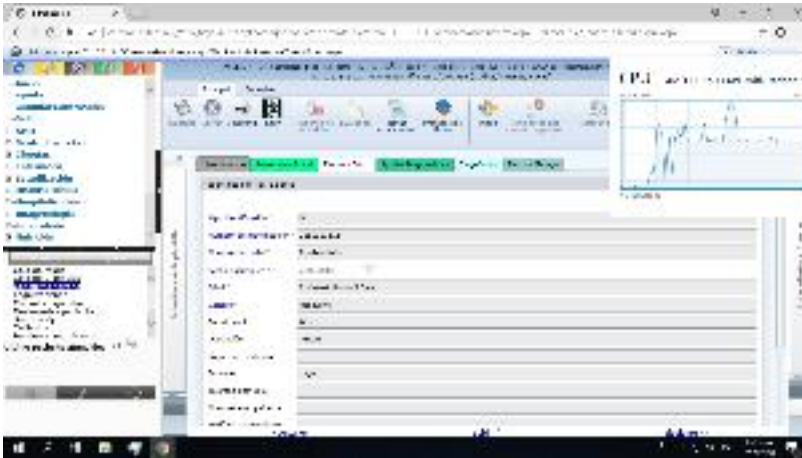
Se prueba con un equipo de CNT con las siguientes características



El ingreso y ejecución de apertura de HC en Panacea, no sobrepasa el 50-55% de consumos de procesador (incluso con un plantilla de HC con muchos campos)



En equipo con procesador AMD, usando Chrome con leTab se observa una mejora en el consumo de procesador pero no tanto en el tiempo de respuesta en la apertura de la HC



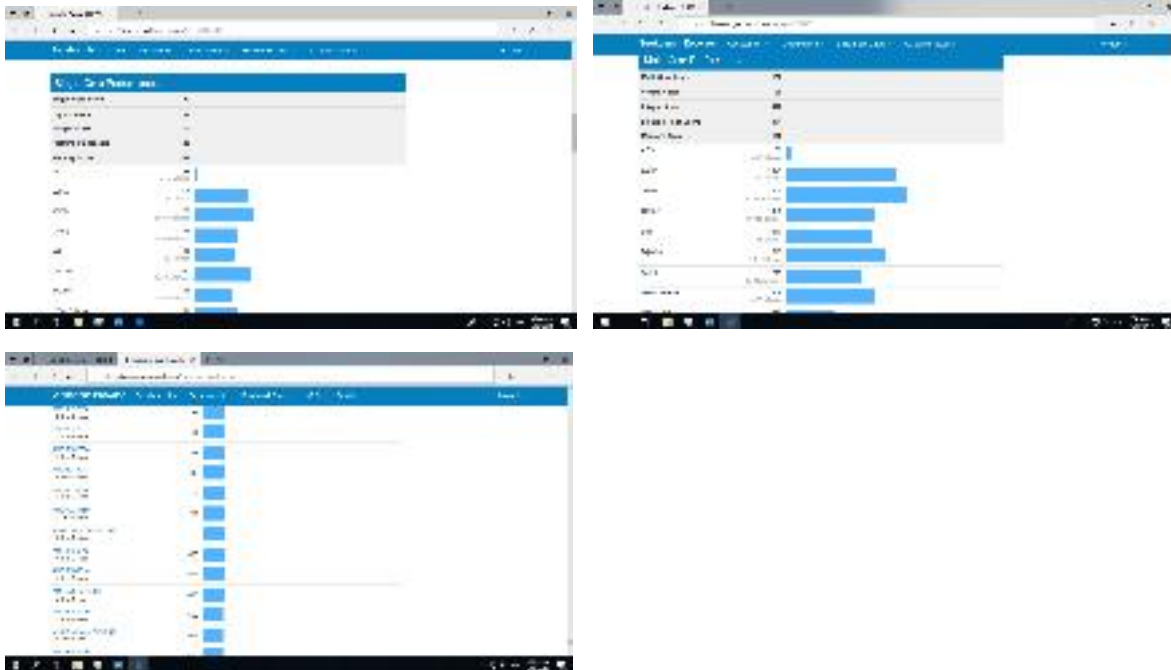
Comparativo de Rendimiento del Procesador (Benchmark)

Se instala el aplicativo **CPU-Z** y se ejecuta el proceso de benchmark para el procesador, obteniendo resultados muy negativos ya que el procesador AMDE1-1500 está entre los últimos de la lista.

Se realiza un comparativo de rendimiento contra un procesador Intel Core2 Duo y el procesador AMD está por debajo en el rendimiento.



Otra prueba de Benchmark muestra que el rendimiento del procesador está muy mal rankeado



Otra página de comparación de procesadores.



Se realiza proceso de revisión y se identifica que el procesador amd E1, 4gb ram

Características del E1-1500 de AMD

Procesadores: E1-1500 de AMD	
General	
Arquitectura	Zacate (64 bits)
Litografía	40 nm

Procesadores: E1-1500 de AMD

General

Tamaño del chip	75 mm ²
Fecha disponibilidad	1 de enero de 2013
Zócalo	BGA2 FT1

Procesador

Núcleos	2
Subprocesos	2
Frecuencia base	1.48 GHz
Reloj base	200 MHz
Multiplicador reloj	7.5x
Caché L1	64 KB
Caché L2	512 KB

Memoria

Interfaz de memoria	DDR3
----------------------------	------

Chip gráfico integrado

iGPU	<u>AMD Radeon HD 7310 IGP</u>
Frecuencia base	500 MHz
Sombreadores	80

Procesadores: E1-1500 de AMD

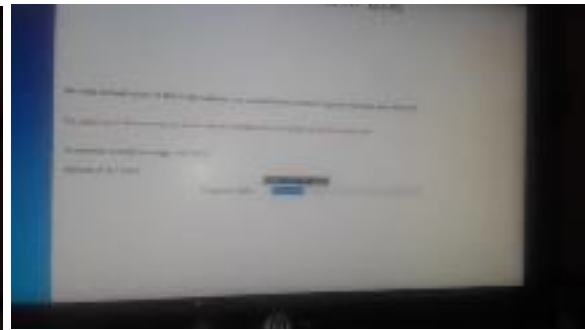
General

Parámetros

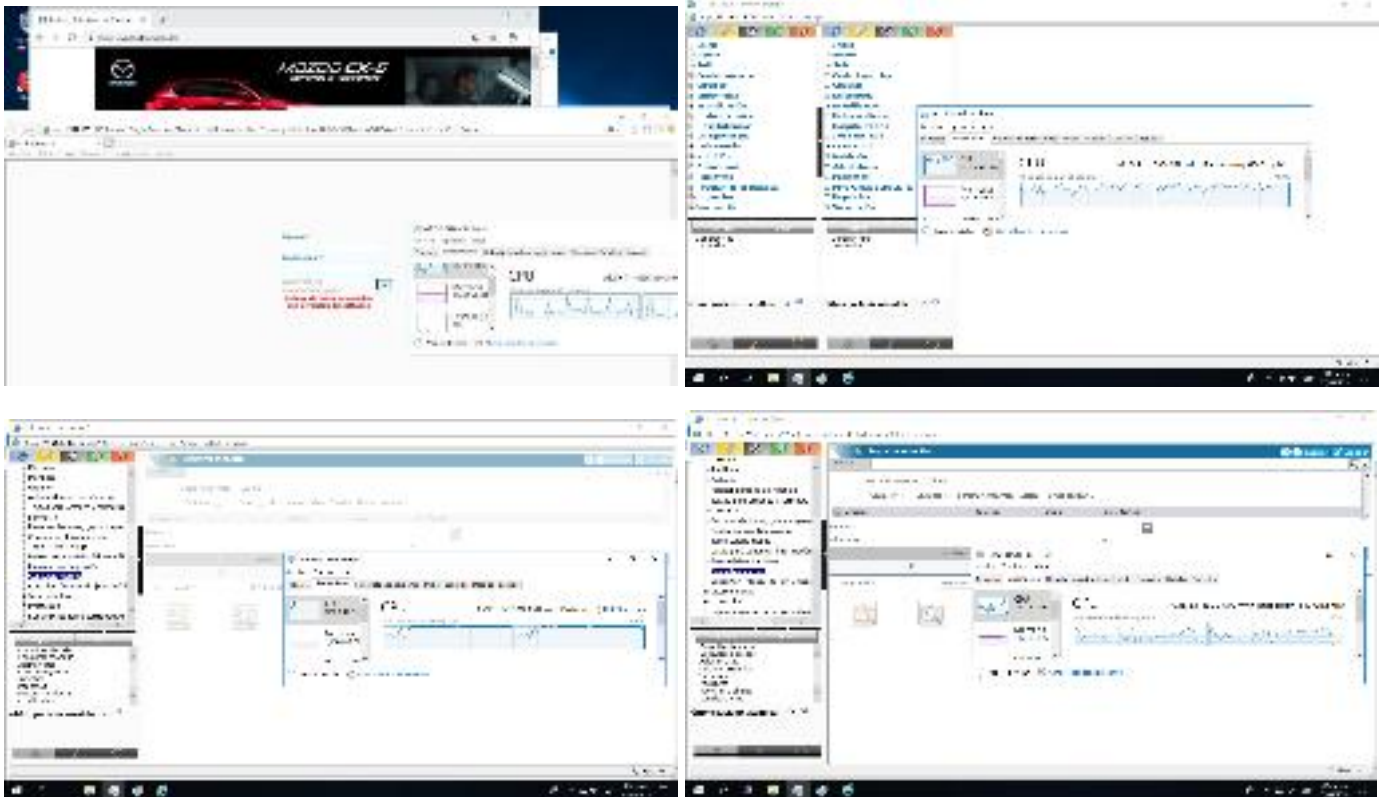
Voltaje	1.35 V
T_{case}	100 °C
TDP	18 W

Como podemos apreciar tenemos 2 características que identifican un cuello de botella para cualquier app actual. Frecuencia base 1.48 GHz y Caché L2 512 KB. Este procesador por arquitectura es de gama baja lo que implica un rendimiento disminuido al momento de ejecutar procesos.

Se realiza actualización de bios, de fragmentación de disco, actualización de drivers.



Luego se procede hacer pruebas de funcionamiento



El equipo fluye un poco mejor con respecto a las imágenes antes mostradas.

Se realiza test con página el tiempo.com



El rendimiento es el mismo que en las imágenes anteriores.

Se realiza test de referencia con otros computadores a un mismo servidor web y se calculan tiempo de ejecución de acuerdo al procesador.

TABLA 521 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE EQUIPOS DE COMPUTO

Procesador	Memoria Ram	Versión de navegador	Versión de Windows	Tiempo total en ejecución
core i3 segunda generación	8gb	11	8.1 64x	2:17
core2 duo	2 gb	9	7 86x	1:31
pentium d	2gb	11	7 64x	2:08
core i3 primera generación	3 gb	11	7 64x	1:15
Core i5 cuarta generación	4gb	11	7 64x	1:03
Amd E1 (equipo en cuestión)	4gb	11	10 64x	2:47

Fuente: Sistemas E.S.E ISABU

El tiempo se calcula a partir del inicio de sesión de panacea hasta finalizar el ejercicio.

Con las muestras tomadas observamos que el resultado varía mucho dependiendo del equipo y que existen componentes externos como board, estado del sistema operativo, estado del disco duro, pueden cambiar el rendimiento de la aplicación ya que el resultado en 2 Core i3 vario en casi 1 minuto. Pero se identifica que en el resto de procesadores el rango esta mínimo 1:03 máximo 1:31 dejando como requerimiento mínimo Core i3 de primera generación y recomendado Core i5.

La conclusión técnica es que el hardware del equipo debido a su arquitectura no puede dar mejor rendimiento a pesar de las optimizaciones de software que se le realizó. la actualización de bios mejora el funcionamiento general del equipo, pero el impacto en panacea que es poco visible quizás se gana unos 10 a 15 segundos más de rendimiento, aun así, es el resultado con respecto a los otros es el más lento.

Con este resultado se decidió hacer la primera compra de 45 computadores marca LENOVO con el propósito de mejorar los tiempos de respuesta en los centros de Salud Girardot y Mutis donde se inició la implementación de PANACEA y donde todavía existían equipos HP 1155 que presentan como se evidencio en el informe anterior demasiada lentitud en los procesos.

En los primeros meses de 2018 se vio la necesidad de implementar un Firewall en la UIMIST, dado que toda el área administrativa se desplazó para esa sede, se evidencio y se generó por parte del ingeniero de infraestructura de ISABU un documento de requerimiento, lo que llevo a la adquisición de 1 Firewall Sonicwall TZ-500 el cual se encuentra instalado y funcionando.

Se verificaron nuestros servidores, que si bien es cierto tenían la robustez para administrar PANACEA, también debíamos en paralelo llevar CNT Pacientes mientras se terminaba de

hacer la implementación en los centros de Salud restantes (19). Por esta razón se adquirió un servidor DELL PowerEdge R640 que nos permitiera tener un soporte para PANACEA y donde actualmente está instalado el servidor de aplicaciones que se usa para acceder al sistema.

En enero de 2019 con la implementación de PANACEA en los demás centros de salud por parte del personal la oficina de Sistemas de ISABU, se inició en enero el proceso de compra de 120 computadores de escritorio LENOVO core i5 tal como se recomendó en informe técnico y 15 portátiles lenovo core i5. Estas máquinas se utilizaron en la implementación de PANACEA en todos los centros de Salud.

En octubre de 2019 se inició el proceso de adquisición de 109 equipos lenovo core i5 los cuales fueron utilizados para la implementación de PANACEA en las unidades Hospitalarias de Hospital local del norte y UIMIST en los módulos de Hospitalización, Urgencias, cirugías y salas de partos.

En mayo de 2019 se revisó el consumo de recursos físicos por parte de nuestros servidores y de parte del ingeniero de infraestructura se generó un informe que recomendaba dejar a la par los servidores y generar un clúster de virtualización que permitiera tener una alta disponibilidad, para lo cual se adquirieron memorias, discos para mejorar los servidores y la NAS que es nuestro servidor de almacenamiento. Se repotenciaron los siguientes equipos:

- Servidor HP Proliant 180 6G.
- Servidor HP Proliant 180 9G
- Servidor HP Proliant 380 8G.
- Servidor de almacenamiento masivo NAS Qnap.

Viendo que se generaban demasiados reportes se hizo la adquisición de 10 Switches administrables HP 1910 para reemplazar los básicos Next en centros en los que se aumentó el número de equipos conectados a la red de datos.

Los tiempos de respuesta de Telebucaramanga se hicieron demasiado largos, por esta razón se decidió hacer cambio de proveedor de servicios de internet y se seleccionó a Claro con quien tenemos actualmente los siguientes servicios de conectividad:

1 enlace de Internet de 200 Mb Hospital Local del Norte. (Se aumentó el ancho de banda del canal principal de internet)

1 enlace de Internet de 200 Mb Uimist. (Se aumentó el ancho de banda del canal principal)

1 enlace de Interlan de 30 Mb Uimist.

4 enlaces de Internet de 50Mb (Girardot, Rosario, Mutis, Toledo), se reemplazaron los enlaces dedicados de 10 Mb por enlaces de internet de 50Mb.

8 enlaces de Internet de 16 MB (Café Madrid, IPC, Regaderos, Gaitán, Comuneros, Pablo VI, Concordia, cristal alto). Se aumentó el ancho de banda en el canal de estos centros de salud para garantizar la conectividad al software médico de la ESE.

1 Enlace microondas (CS Morrórico) se interconecta esta sede con el CS Rosario para poder suministrar servicio de internet por medio de enlace microondas y que esta sede pudiese contar con el servicio, ya que por la ubicación ningún proveedor de internet pudo prestar este servicio.

Todos estos enlaces se ampliaron en algunos en un 200% por el mismo valor que se venía cancelando a tele Bucaramanga por los servicios anteriores.

4.4.3 PLANES

4.4.3.1 Plan Estratégico de las TICS

Antes de Julio de 2016 el ISABU no contaba con el Plan Estratégico de Tics que es documento que se hace en cada inicio de administración.

Se Generó el PETIC 2016-2020 el cual tiene eje desarrollar actividades claves y fundamentales para mejorar la calidad de la información y acercar esa información a los clientes tanto internos como externos.

“5.1 Objetivo General Establecer el plan de cumplimiento de los proyectos TIC que permitan garantizar la adecuada administración de los recursos tecnológicos, infraestructura de datos y telecomunicaciones de la Plataforma Tecnológica (PT) del Instituto de salud de Bucaramanga.

5.2 Objetivos Específicos

- *Revisar y actualizar los procesos manuales y automatizados de ISABU.*
- *Renovar la Plataforma Tecnológica (PT) del ISABU con nuevo Hardware y Software.*
- *Mantener en operación los aplicativos y sistemas de información propios o licenciados que soportan los procesos misionales de la entidad.*
- *Implementación de nuevas herramientas tecnológicas y/o software para reemplazar, modificar o instalar en los procesos misionales de la entidad.*
- *Fortalecer la Estrategia Gobierno en Línea a través de la virtualización de los trámites y servicios corporativos.*
- *Apoyar los procesos de desarrollo institucional donde la plataforma tecnológica deba ser mejorada o expandida para la prestación del servicio eficiente y eficaz. “*

4.4.3.2 Plan de Contingencia.

Antes de julio de 2016 no se encontró evidencias de la existencia de un plan de Contingencia. Se inició en el año 2017 el diseño de un documento llamado Plan de contingencia informático que cuenta con la identificación de riesgos, con evaluación y calificación del impacto de los procesos críticos para la continuidad del servicio.

4.4.3.3 Plan de Recuperación de Desastres.

Este es un documento que se genera con el propósito de definir las estrategias para garantizar que haya continuidad del negocio en caso de algún siniestro que haga que se interrumpa la prestación de servicios del área de tics.

4.4.3.4 Plan de reposición de Infraestructura.

Este fue un documento que se diseñó en el año 2017 en el cual se definían los planes de reposición de infraestructura en el área de Tics el cual todavía se encuentra en ejecución y se ha venido cumpliendo de acuerdo con las necesidades del instituto.

4.4.4 POLÍTICAS

4.4.4.1 Política de Seguridad de la Información

Antes de Julio de 2016 no se encontró evidencia de la existencia de una política de seguridad de la información. En 2017 se inició el diseño de este documento que tiene como objetivo general “Determinar los lineamientos que permitan proteger la Información del ISABU E.S.E. a través de acciones de aseguramiento de la Información teniendo en cuenta los requisitos legales, operativos, tecnológicos, de seguridad y de la entidad alineados con el contexto de direccionamiento estratégico y de gestión del riesgo con el fin de asegurar el cumplimiento de la integridad, no repudio, disponibilidad, legalidad y confidencialidad de la información.” y es así como en diciembre de 2017 se firmó la resolución 0342 que oficializa nuestra política de seguridad de la información la cual cuenta de 9 lineamientos, Resolución 342 del 13 de diciembre de 2017.

Lineamiento 1: uso de usuarios y contraseñas. Este lineamiento se encuentra implementado.

Lineamiento 2: uso del servicio de correo electrónico del ISABU Este lineamiento se encuentra implementado.

Lineamiento 3: uso del servicio de internet/intranet del ISABU Este lineamiento se encuentra implementado.

Lineamiento 4: uso del servicio mensajería instantánea. Está pendiente por implementar.

Lineamiento 5: uso de dispositivos de almacenamiento externo. Está Pendiente por implementar

Lineamiento 6: uso de dispositivos de captura de imágenes y/o grabación de video

Lineamiento 7: uso de escritorios y pantallas despejadas. Está pendiente por implementar.

Lineamiento 8: uso de dispositivos móviles (tablets). Está pendiente por implementar.

Lineamiento 9: conexiones remotas. Este lineamiento se encuentra implementado.

4.4.4.2 Política de Gerencia de la Información

Es una política donde El Gerente de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga y sus colaboradores se comprometen: con la confidencialidad, oportunidad y accesibilidad de la información de los usuarios, familia, colaboradores y partes interesadas a través de la seguridad digital identificando las necesidades de información y comunicación, gestionando las Tecnologías de información y comunicaciones (TICS) para la aprovechamiento de la información que permita articular la información administrativa y asistencial que estructure la minería de datos institucional fortaleciendo la comunicación, educación, capacitación organizacional para minimizar el riesgo asociados a la información, a través de la utilización adecuada y el mantenimiento de los recursos tecnológicos que permitan la veracidad y validez de los datos; impactando en los grupos de interés para mejorar la calidad de la información y cumplir con la normatividad vigente.

Se firmó por la gerencia la resolución 0236 de junio de 2019 por la cual se adoptan las políticas institucionales entre ellas la de Gerencia de la Información.

4.4.4.3 Política de Tratamiento y Protección de datos personales.

Con base en los requerimientos de la LEY 1581 de 2012 se hizo un contrato con FERSACO quien apoyo al ISABU con el diseño e implementación de todo el sistema de Protección de datos personales el cual incluye acompañamiento en el reporte de información al RNBD (Registro Nacional de Bases de Datos), licenciamiento de software de gestión 1581 el cual tiene parametrizado todo el sistema de protección de datos personales del ISABU, así como también el apoyo en la creación del Gobierno de Datos personales.

Producto de esto en enero de 2019 se firma la resolución 0017 por medio de la cual se Adopta la política de tratamiento y protección de datos personales.

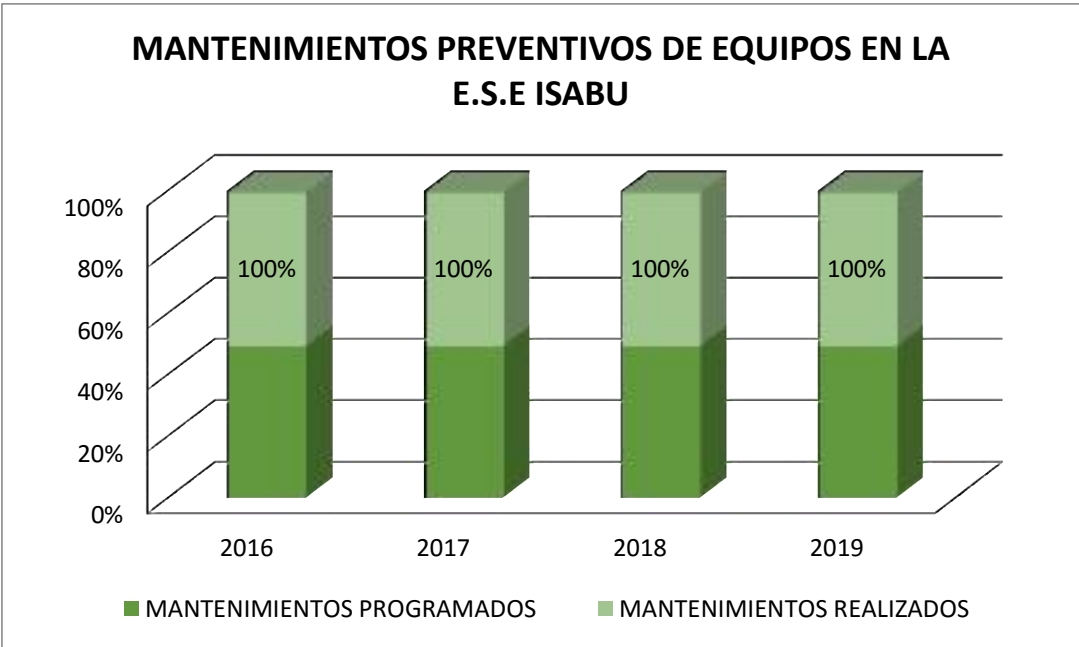
4.4.5 MANTENIMIENTOS PREVENTIVO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO

La finalidad de estas actividades realizadas fue prevenir y minimizar la probabilidad de fallas, mediante el reemplazo o ajuste de aquellos elementos de mayor desgaste o uso en los equipos. El cronograma de mantenimiento de los equipos de cómputo, se realizaron los 15 primeros días del mes de enero del año a programar y se consideró la totalidad de los equipos de cómputo.

En este periodo se cumplió con las fechas establecidas en el cronograma y se realizó el seguimiento del mismo. Los mantenimientos preventivos se realizaron en horarios que no afecta o Interfiere en el trabajo de los usuarios, a menos que por necesidad sea Solicitado en horario de trabajo.

Este servicio se brindó con un mínimo de 4 veces al año por equipo o en el caso de requerimientos o a pedido de servicios puntuales. Las rutinas de mantenimiento realizadas variaron de acuerdo al tipo de equipos y al Centro de Salud, sin embargo, en forma general con este proceso se cubrieron los siguientes aspectos: Contactar y notificar al usuario interno la fecha y hora en que se realizara el mantenimiento. Acudir el día y hora convenida al sitio establecido. En cada proceso se realizaron las siguientes actividades: Desmontaje, limpieza interna, aspirado, verificación de tarjetas, limpieza de drives, limpieza externa, Análisis del sistema (Sectores defectuosos del disco). Limpieza y revisión de teclado, Limpieza y revisión de monitor, Desfragmentación del disco y scan disk. Desinfección de virus informáticos, Verificación de la instalación de Software no autorizado.

GRÁFICO 78 MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS EN LA E.S.E ISABU 2016 - 2019



Fuente: Oficina de sistemas Isabu

4.5. GESTIÓN DOCUMENTAL

Dentro del mapa de procesos de la institución gestión documental es un proceso de apoyo, transversal a toda la Institución, por tanto debe ser continuo y de obligatoriedad de acuerdo a lo establecido en la Institución y de acuerdo a la Normatividad vigente Ley 594 de 2000 ley General de Archivos, Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia, Decreto 1080 de 2015, Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017 MIPG y Resolución 1995 de 1999 y 839 de 2017. Historias Clínicas y entes Legales Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la Nación y el Archivo General de la Nación.

VENTANILLA ÚNICA: Queda ubicada en el primer piso de la UIMIST y a través de ella se realiza el proceso de trámite recepción y envío de comunicaciones Oficiales (GED-SOFTWARE).

Total Radicados 2016 No. 10.924

Total Radicados 2017 No. 9.169

Total Radicados 2018 No. 8.528

Total Radicados 2019 No. 7.637

Se evidencia la reducción de papel y utilización de correos electrónicos dando cumplimiento a estrategia cero papel.

TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL: La Institución cuenta con TRD a partir de la convalidación por parte del Comité de Archivo Municipal y mediante Resolución No. 0480 de Nov/28/2011 TR, las cuales fueron adoptadas e Implementadas. Las tablas de retención documental-TRD de la ESE-ISABU se actualizaron, se continuará con el trámite de aprobación por el CIGD y convalidación del Concejo Departamental de Archivo y si hay correcciones por parte del Concejo se realizan y por último se proyecta y elabora acto administrativo de adopción, implementación y socialización.

PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS - PINAR: Se elaboró el Documento del PINAR y se presentó al comité CIGD, el cual fue aprobado mediante Acta el día 29 de Octubre 2018.

INVENTARIO DOCUMENTAL: Se realizó la elaboración y Actualización de Inventarios Documentales en el Formato Único de Inventario Documental FUID (AGN), de los Archivos de la ESE-ISABU en sus fases: Archivo de Gestión de las Dependencias y algunas por norma en sus dos Fases Gestión y Central como es Jurídica (Contratos- CPS) y Talento Humano en sus Fases Gestión y Central (Historias Laborales) y el Archivo Central de la Institución y Archivo Central de Historias Clínicas.

ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS INSTITUCIONALES: Se continúa con la Organización, Producción, Apertura, Identificación, Orden, Foliación, Depuración, Unificación, Búsqueda, Préstamo, Reserva, Conservación, Custodia y elaboración de Inventarios Documentales como resultado final del PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL y de la organización de los Archivos en sus fases de Gestión, Central e Histórico y el Archivo Central de Historias Clínicas de la Institución de acuerdo al Proceso y Procedimientos, función archivística

establecidos en la Institución en el Manual de GD que hacen parte del PGD, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

1. **ARCHIVO DE GESTIÓN:** Se continúa con la Organización y aplicación de la función Archivística en cada dependencia.

Acceso a Información y Documentación: Se realizó la búsqueda de Información y Documentación solicitada Verbalmente y por Correo electrónico en su totalidad en el Archivo de Gestión y Ventanilla Única de acuerdo al Procedimiento establecido por norma vigente de Acceso a la Información y entrega de Documentación. Este archivo corresponde al archivo activo que tiene cada dependencia y se encuentra ubicado en las mismas, hasta realizar el proceso de transferencia a archivo central.

2. **ARCHIVO CENTRAL:** En este archivo se encuentran las historias clínicas, la documentación administrativa, historias laborales, información financiera, entre otras. Allí se continúa con el proceso de organización, orden, foliación, depuración, acceso o préstamo, conservación, custodia, elaboración de inventarios documentales y aplicación de la norma y función archivística de los documentos Institucionales en medios de conservación carpetas legajo, cajas, rotulación, búsqueda de documentos, préstamo y entrega de Información de acuerdo al Procedimiento de Acceso de Documentos para las diferentes dependencias, entidades, entes de Control, usuarios etc. Una vez aprobadas la TVD, Se deben implementar en el Archivo Central de la Institución, dentro de este archivo se encuentran:

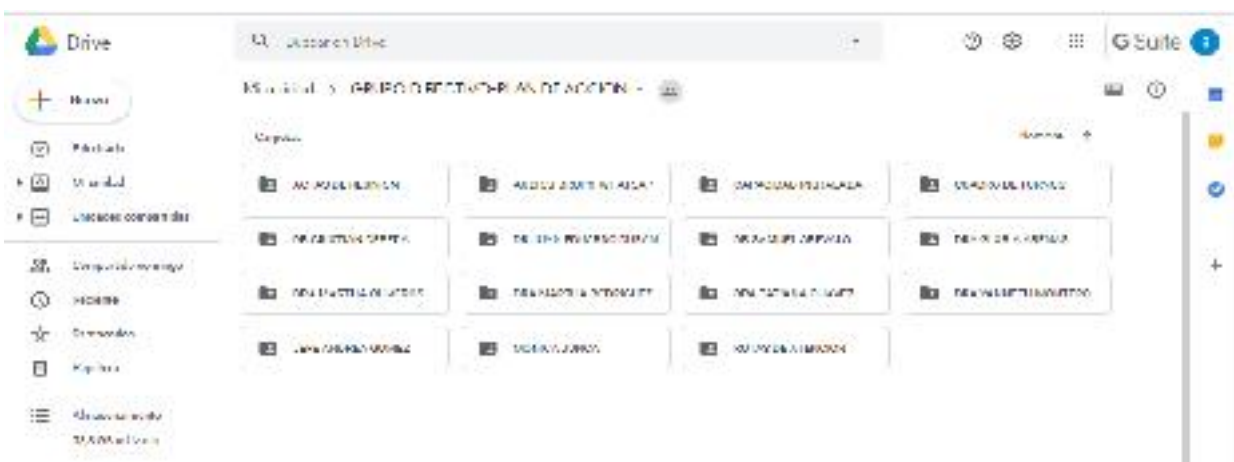
- Depósito No. 1: Archivo Central Sótano y Primer Piso ESE-ISABU en el HLN: Nominas, Actas de Posesión, Resoluciones Documentación Administrativa.
- Depósito No. 2: Archivo Central Bodega Ruta 169: (Financiero).
- Depósito No. 3: Archivo Central de Ruta 169: Historias Clínicas
- Depósito No. 4: Archivo Central de Historias Clínicas Ruta 169

3. **ARCHIVO DE CONTRATACIÓN:** Este archivo está en custodia del Jefe de la oficina Jurídica, se encuentra ubicado en el sótano de la UIMIST los últimos 4 años y en Morrórico los años anteriores. Es importante aclarar que no se recibo información relacionada con el inventario documental que relacionara la contratación de la entidad, es esa la razón por la cual solo se tienen actualizado e inventariado las carpetas contractuales de la vigencia 2016- 2019 en su totalidad. Es importante que se continúe el proceso a fin de mantener actualizado el inventario.

5. INFORME DE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19

Se anexa informe de la emergencia sanitaria por COVID -19 y con ello se da acceso al DIVRE donde se encuentra todas las soportes de la emergencia.

Se da acceso a GOOGLE DRIVE del GRUPO DIRECTIVO PLAN DE ACCION, que da acceso a la siguiente información, que corresponde al reporte de Actividades del Grupo Directivo durante la emergencia y contiene:



15 Carpetas, y corresponden a cada uno de los Directivos así:

1. Cristian Cepeda
2. Martha Oliveros
3. Andrea Gómez
4. Juan Eduardo Durán
5. Martha Rodriguez
6. Monica Junca
7. Samuel Arevalo
8. Tatiana Chávez
9. Gloria Arenas
10. Yaneth Montero

También se incluyen 5 carpetas así:

1. Actas de Reunión: corresponde a todas las reuniones virtuales realizadas desde el día 16 de marzo, incluye sesión de Junta Directiva del 26 de marzo de 2020, con soporte fotográficos y videos de dichas reuniones.

2. Audios Grupo Whassapp. Corresponde a instrucciones via este medio, durante la crisis
3. Capacidad Instalada. Reportes diarios que se envían a la Secretaría de Salud de Santander.
4. Rutas de Atención, diferentes rutas diseñadas durante la emergencia.
5. Cuadro de Turnos del personal



Juan Eduardo Durán Durán
Gerente
E.S.E ISABU