



Rendición de
CUENTAS



**HUMANIZANDO LA SALUD
TRANSFORMANDO VIDAS**

www.hsdp.gov.co

Contenido

| | |
|--|-----|
| SALUDO | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 2 |
| 2. DESCRIPCIÓN DE LA ESE | 3 |
| 3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | 4 |
| 3.1. Misión | 4 |
| 3.2. Visión | 5 |
| 3.3. Valores | 5 |
| 3.4. Principios | 5 |
| 3.5. Objetivos | 6 |
| 3.6. Mapa de Procesos | 7 |
| 4. RESULTADOS DE LA GESTION | 9 |
| 4.1. GESTION MISIONAL | 9 |
| 4.1.1. DERECHOS HUMANOS A CARGO DE LA ENTIDAD | 9 |
| 4.1.2. ANÁLISIS PRODUCCIÓN 2024- 2025 | 10 |
| 4.2. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | 20 |
| 4.2.1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH) | 22 |
| 4.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE | 58 |
| 4.4. SALUD PÚBLICA | 61 |
| 4.4.1. PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS | 61 |
| 4.5. EQUIPOS BASICOS EN SALUD (RESOLUCION 1212, 2682 y 698) | 71 |
| 4.6. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO | 84 |
| 4.6.1. SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) | 84 |
| 4.6.2. CANALES DE ATENCIÓN AL CIUDADANO | 89 |
| 4.6.3. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN 2025 | 96 |
| 4.6.4. POLITICA DE HUMANIZACIÓN | 97 |
| 4.6.5. MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO | 98 |
| 4.7. CUMPLIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL | 98 |
| 4.8. INFORME SEMESTRAL DE ESTADO DE CONTROL INTERNO | 106 |
| 4.9. INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCION AL CIUDADANO (PAAC), VIGENCIA 2025. | 109 |
| 4.10. RESULTADOS FURAG VIGENCIA 2025. | 109 |
| 4.11. GESTION DE TALENTO HUMANO | 111 |

| | |
|--|-----|
| 4.11.1. DISPONIBILIDAD DEL TALENTO HUMANO EN SALUD 2025 POR CENTRO DE SALUD | 111 |
| 4.11.2. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL CARGO | 112 |
| 4.11.3. DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE PLANTA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS) ADSCRITAS A LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 114 |
| 4.11.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL HISTÓRICO DE NÓMINA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA..... | 115 |
| 4.11.5. APROBACIÓN DE PLANTA DE PERSONAL PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025..... | 116 |
| 4.11.6. APROBACIÓN DE PLANTA DE PERSONAL PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025..... | 117 |
| 4.11.7. ANALISIS DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS | 120 |
| 4.11.8. CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS Y DOCENTE SERVICIO VIGENTES, LIDERADOS DESDE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO VIGENCIA 2025 | 120 |
| 4.11.9. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT | 122 |
| 4.11.10. REPORTE A LA UNIDAD DE INFORMACION Y ANALISIS FINANCIERO (UIAF) | 124 |
| 4.11.11. GESTIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST | 126 |
| 4.12. EFICIENCIA ADMINISTRATIVA | 139 |
| 4.12.1. EQUIPOS DE COMPUTO | 139 |
| 4.12.2. GESTIÓN COMUNICACIONES Y PLAN DE COMUNICACIONES | 139 |
| 4.12.3. ENTIDADES QUE VIGILAN LA ENTIDAD Y CONCEPTO EN INFORMES | 145 |
| 4.13. GESTION FINANCIERA | 147 |
| 4.13.1. PRESUPUESTO | 147 |
| 4.13.2. CONTABILIDAD | 151 |
| 4.13.3. ALMACEN | 153 |
| 4.13.4 CONTRATACION ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS | 155 |
| 4.13.5. CONTRATACION DE BIENES Y/O SUMINISTROS | 156 |
| 4.13.6. INFORME DE CARTERA..... | 157 |
| 4.13.7. PROYECTOS INSTITUCIONALES | 163 |

SALUDO

Apreciada comunidad:

Reciban un cordial y respetuoso saludo.

En mi calidad de Gerente de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, me permito presentar a ustedes el informe de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia 2025, como un ejercicio de transparencia, responsabilidad institucional y diálogo permanente con la ciudadanía.

Durante esta vigencia, desde la Gerencia y junto con todo el equipo de trabajo de nuestra institución, hemos orientado nuestros esfuerzos al fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud, con el firme propósito de responder de manera oportuna, humana y eficiente a las necesidades de nuestros usuarios y sus familias. Este compromiso ha estado guiado por principios fundamentales como la honestidad, la transparencia, la vocación de servicio y el compromiso social, valores que respaldan cada una de nuestras acciones y decisiones.

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, como institución pública al servicio de la comunidad, reafirma su misión de aportar al bienestar y a la calidad de vida de la población de Pamplona y su provincia, mediante una atención en salud con enfoque humano, seguro y de calidad. En ese camino, ha sido fundamental el trabajo articulado con entidades, autoridades, organizaciones y demás actores del sector, cuyas alianzas y esfuerzos conjuntos han permitido avanzar en el desarrollo de programas, proyectos y estrategias en beneficio de nuestra comunidad.

Este espacio de rendición de cuentas representa una oportunidad para compartir con la ciudadanía los principales avances, logros, acciones desarrolladas y retos institucionales de la vigencia 2025, fortaleciendo así la confianza pública y la participación social en la gestión hospitalaria.

Seguiremos trabajando con responsabilidad, cercanía y compromiso para consolidar una institución sólida, sostenible y reconocida por la calidad de sus servicios, el respeto por sus usuarios y su aporte al desarrollo social y sanitario de la región.

1. INTRODUCCIÓN

La rendición de cuentas es un pilar esencial de la gestión pública y un mecanismo fundamental para fortalecer la relación entre las instituciones del Estado y la ciudadanía. En el ordenamiento colombiano, este ejercicio encuentra sustento en disposiciones como la Ley 489 de 1998, la Ley 1757 de 2015 y la política pública desarrollada a partir del CONPES 3654 de 2010, las cuales orientan a las entidades públicas hacia una gestión basada en la transparencia, la información, la explicación de sus resultados y la promoción del diálogo social.

En este sentido, la rendición de cuentas trasciende el cumplimiento de una obligación normativa y se consolida como una práctica institucional orientada a garantizar el derecho de la ciudadanía a conocer de manera clara, oportuna y comprensible la gestión pública. A través de este ejercicio, las entidades no solo presentan sus avances y resultados, sino que también exponen los retos enfrentados, justifican sus decisiones, reconocen oportunidades de mejora y fortalecen los escenarios de participación y control social.

Bajo este marco, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona presenta a la comunidad el Informe de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia 2025, como expresión de su compromiso con la integridad, la responsabilidad institucional y el servicio a la ciudadanía. Este documento recoge de manera estructurada los principales resultados de la gestión adelantada durante el período, así como las acciones desarrolladas en cumplimiento de su misión institucional, orientada a la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad, humanización y enfoque de mejoramiento continuo.

El presente informe constituye, además, un instrumento de apertura institucional que permite visibilizar los logros alcanzados, los procesos fortalecidos, las dificultades identificadas y los desafíos que persisten en la consolidación de una entidad pública cada vez más eficiente, cercana y comprometida con las necesidades de la población. De esta manera, la E.S.E. reafirma su voluntad de mantener una comunicación transparente con la comunidad, promover la participación ciudadana y avanzar en el fortalecimiento de la confianza pública como base del ejercicio gerencial y asistencial.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ESE

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona es una Institución prestadora de Servicios de Salud.

Fue fundada por la orden Hospitalaria de San Juan de Dios de Pamplona el 9 de Enero de 1661, manejado seguidamente por la junta de beneficencia desde el 2 de Enero de 1881, posteriormente dejado en manos de las Hermanas de la Caridad, a partir de 1913 hace parte de la beneficencia del departamento por la Ordenanza número 092, adquirió su personería jurídica con la resolución número 42 de 1961, y es transformado en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO por la ORDENANZA número 060 del 29 de Diciembre de 1995.

Ubicado inicialmente en la carrera 4 entre 6ª y 7ª, ocupa la actual sede desde 1975. Conforme al programa de modernización a la red pública de prestación de servicios de Salud Norte de Santander, y de acuerdo con el convenio 0064 la Empresa Social del Estado San Juan de Dios de Pamplona fue reestructurada, y de esta manera se modifica la planta de personal y su estructura orgánica conforme al Acuerdo 009 del 22 de mayo de 2002.





Identificación del Hospital

| IDENTIFICACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – ESE | |
|--|--|
| NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona |
| NIT | 890501019-9 |
| NIVEL DE ATENCIÓN | Nivel 1 y 2 |
| CARÁCTER TERRITORIAL | Departamental |
| DEPARTAMENTO/DISTRITO | Norte de Santander |
| MUNICIPIO SEDE PRINCIPAL | Pamplona |
| DIRECCION Y TIPO DE LA SEDE PRINCIPAL | Hospital ubicado en la Carrera 9 N.º 5-01 Barrio Ursúa |
| CODIGO PRESTADOR – REPS | 545180037201 |
| ACTO DE CREACION DE LA ESE | Por la ordenanza número 060 del 29 de diciembre de 1995. |

INFORMACIÓN GERENTE ACTUAL

Luis Daniel Verjel Sánchez, Cédula de ciudadanía número 88.280.157 de Ocaña, nombrado mediante Decreto 000684 del 22 de marzo del 2024, Acta de posesión Nro. 14823 del 1 de abril del 2024.

Como Primer nivel de atención, las actividades desarrolladas por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, están dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, así como a prevenir y controlar los riesgos y daños en salud de alta externalidad a través del desarrollo del siguiente eje programático de Salud Pública (Intervenciones Individuales y Colectivas):

-  Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.
-  Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios).
-  Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
-  Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Intervenciones Colectivas

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, cuenta con 7 puntos de atención, una sede y seis (6) IPS satélites, distribuidos en los municipios adscritos que funcionan 24 horas todos los días de la semana, con la siguiente ubicación:

| SEDE | UBICACIÓN |
|------------------------------|-------------------------|
| Hospital San Juan de Dios de | Municipio de Pamplona |
| Centro de Salud Pamplonita | Municipio de Pamplonita |
| Centro de Salud Chitagá | Municipio de Chitagá |
| Centro de Salud Cucutilla | Municipio de Cucutilla |
| Centro de Salud Silos | Municipio de Silos |
| Centro de Salud Cácosta | Municipio de Cácosta |
| Centro de Salud Mutíscua | Municipio de Mutíscua |

3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.1. Misión

La ESE San Juan de Dios de Pamplona es una IPS de mediana complejidad que presta servicios de salud eficientes, eficaces y de calidad, contribuyendo al mejoramiento del nivel de salud de la comunidad de su área de influencia, con sostenibilidad financiera, en beneficio de clientes, usuarios y proveedores, promoviendo el desarrollo científico a través de convenios docencia servicio e investigación.

3.2. Visión

La ESE San Juan de Dios de Pamplona, en el año 2027 será una institución que presta servicios de salud con rentabilidad social y sostenibilidad financiera, proyectada a la acreditación en la vigencia 2030.

3.3. Valores

COMPROMISO SOCIAL: Tener como responsabilidad que este Hospital luche por encontrar un crecimiento técnico y profesional, por tener un hospital agradable para el paciente, donde recibirá un trato cálido y personalizado, en un entorno confortable, para que el Hospital sea un lugar de trabajo estable, cómodo y estimulante a los profesionales que laboran en él, con el fin de que se sientan partícipes de los logros y resultados conjuntos.

CALIDAD: Excelencia en la prestación de Servicios.

EFICIENCIA: Como la mejor utilización de los recursos Humanos, Tecnológicos, Materiales y Financieros.

ÉTICA PROFESIONAL: Conlleva a que todos los profesionales trabajen con rectitud honorabilidad y responsabilidad en todos los actos propios de la medicina. Considerar de forma tolerante la opinión y acciones de otras personas, en cuanto estas se sustentan sobre un válido y sólido fundamento que facilite la convivencia pacífica.

TALENTO HUMANO: Se debe contar con personal integro.

ACCESIBILIDAD: Que los Usuarios que solicitan servicios de la E.S.E y pertenezcan a ella, tenga la oportunidad de acceder a la sección o servicio de la que requieran atención.

INFRAESTRUCTURA: Tener una Infraestructura adecuada que facilite la accesibilidad del personal que labora para la prestación de servicios a los usuarios como su principal objetivo.

TECNOLOGÍA: Gestionar recursos para contar con los suficientes equipos médicos en buen estado, equipos con nueva tecnología para brindar una mejor atención en el servicio a sus usuarios.

ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE: Contar con un buen servicio de SIAU donde el usuario o paciente en cualquier urgencia, o en caso de que requiera de una información, encuentre una atención adecuada, guías y lograr su satisfacción por el servicio y la atención.

3.4. Principios

COMPROMISO SOCIAL E INSTITUCIONAL: Fortalecimiento de los procesos de Gestión para generar mayor rentabilidad al Sector de la Salud, en cumplimiento de La misión y visión de la Entidad, con el propósito de garantizar los servicios de Salud a la población de nuestra región.










HONESTIDAD: Compromiso con la sociedad y con el Estado, identificándose con los fines esenciales de éste, a través del buen desempeño de las funciones encomendadas, del cual se concreta un excelente servicio a la comunidad.

TRANSPARENCIA: El servidor público debe obrar en consecuencia al Derecho de la comunidad, estar informada, sobre las decisiones administrativas que les afectan

directamente y que sean de su interés. Así mismo tener reglas claras para el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos, en aras de brindar una atención efectiva y transparente al ciudadano.

PREVENCIÓN CONTRA PRÁCTICAS NO DESEADAS: En búsqueda de crear confianza en el sector y apoyar la vigilancia sobre las diferentes formas de actividad que se desarrollan, es necesario el seguimiento estricto de los manejos especialmente de recursos de los cuales el funcionario solo es un intermediario, que debe velar por su rendimiento, su uso adecuado y responsable.

3.5 Objetivos

-  Contribuir al desarrollo social del país mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance.
-  Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
-  Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles, pueda ofrecer.
-  Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.
-  Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
-  Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
-  Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.
-  Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
-  Propender por la satisfacción de las necesidades esenciales y secundarias de salud de los usuarios a través de acciones organizativas, técnico-científicas y técnico-administrativas.

- Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de los recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.
- Contribuir a la formación del factor humano del sector salud, de tal manera que le permita prestar este servicio con calidad humana y ética profesional.
- Impulsar y desarrollar proyectos de investigación para mejorar la calidad en el servicio y la gestión.
- Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial que permita un trabajo conjunto con fines de impacto social.
- Todos los demás que se le asignen por Ley, Ordenanza o Acuerdos expedidos por la Junta Directiva.

3.6. Mapa de Procesos

El mapa de procesos institucional se constituye en una herramienta que permite a la comunidad hospitalaria, identificar las responsabilidades en los procesos que se desarrollan para administrar las actividades misionales, las cuales constituyen la razón de ser de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, con Resolución 060 mapa de procesos de 25 de febrero de 2025.








PROCESOS ESTRATEGICOS

Aquellos que ejecutan la planeación, seguimiento y control a todos los procesos de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Estos procesos garantizan el direccionamiento estratégico de la entidad (Misión, Proyecto Institucional, Visión, Plan de Desarrollo Institucional, política, objetivos y estrategias), y acompañan la implementación y permanente mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión, desde el direccionamiento estratégico que involucra:

-  Planeación estratégica y calidad
-  Gestión contractual externa.












PROCESOS MISIONALES

Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser e involucra:

-  Hospitalarios
-  Ambulatorios
-  Apoyo Diagnóstico
-  Apoyo terapéutico
-  Traslado asistencial




PROCESOS DE APOYO

Son los que se encargan de proveer los recursos a todos los procesos, con el fin de que cumplan con la misión institucional y con los requisitos establecidos para cada uno de estos. Estos procesos garantizan el suministro de recursos humanos, tecnológicos, financieros y logísticos, igualmente, velan por la implementación permanente del mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión y están conformados por:

-  Gestión de bienes
-  Adquisición de Bienes y servicios
-  Gestión financiera
-  Gestión humana
-  Gestión de la tecnología
-  Gestión documental
-  Seguridad y salud en el trabajo
-  Gestión de la información
-  Gestión ambiente físico
-  Gestión jurídica
-  Alimentación y hostelería.

PROCESOS DE EVALUACIÓN

Permiten valorar en forma permanente la efectividad del control interno de la institución, la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los procesos, el cumplimiento de ejecución de los planes y programas, los resultados de gestión, así como detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Entidad, mediante:





-  Evaluación independiente
-  Mejora continua
-  Atención al usuario.



4. RESULTADOS DE LA GESTION

4.1 GESTION MISIONAL

4.1.1. DERECHOS HUMANOS A CARGO DE LA ENTIDAD

Los derechos humanos son facultades, libertades y atributos que tienen todas las personas por su condición humana; permiten desarrollar una vida digna y direccionar el ejercicio del poder, están en continuo desarrollo, reconocimiento, respeto, protección y realización constituyendo el más alto deber del Estado. De acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona reconocemos los siguientes y realizamos acciones para su cumplimiento:

-  Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
-  Uno de los objetivos de la Entidad es contribuir al desarrollo social del país mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance; propendiendo por la satisfacción de las necesidades esenciales y secundarias de salud de los usuarios a través de acciones organizativas, técnico-científicas y técnico-administrativas.
-  Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.
-  En la ESE Hospital prestamos servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

-  Toda persona tiene todos los derechos y libertades, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
-  En la Entidad reconocemos la existencia de grupos poblaciones que por diferentes condiciones sociales, culturales, económicas y de salud requieren una especial atención, haciendo énfasis en la igualdad de oportunidades desde la diferencia, la diversidad y la no discriminación.

4.1.2. ANÁLISIS PRODUCCIÓN 2024- 2025

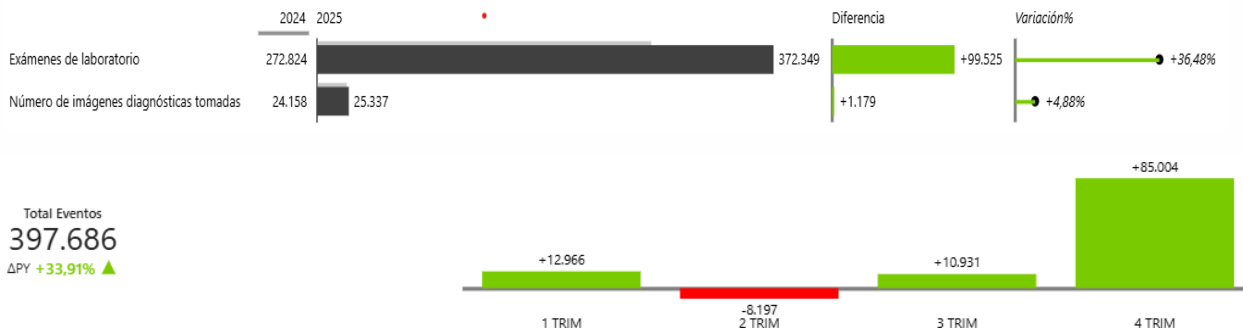
| Variables | Años 2024 y 2025 | | Variación 2025 vs 2024 |
|--|------------------|---------|---------------------------|
| Apoyo diagnóstico | | | |
| Exámenes de laboratorio | 272.824 | 372.349 | +99.525 +36,48% |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 24.158 | 25.337 | +1.179 +4,88% |
| Apoyo terapéutico | | | |
| Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas) | 10.214 | 8.964 | -1.250 -12,24% |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 14.189 | 13.764 | -425 -3,00% |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 8.136 | 8.603 | +467 +5,74% |
| Cirugías | | | |
| ...Cirugías grupos 11-13 | 34 | 359 | +325 +955,88% |
| ...Cirugías grupos 20-23 | 1 | 1 | 0 0,00% |
| ...Cirugías grupos 2-6 | 2.947 | 2.982 | +35 +1,19% |
| ...Cirugías grupos 7-10 | 675 | 1.074 | +399 +59,11% |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas) | 3.657 | 4.416 | +759 +20,75% |
| Consulta externa | | | |
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 23.588 | 50.786 | +27.198 +115,30% |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 88.849 | 75.176 | -13.673 -15,39% |
| Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras) | 12.575 | 7.327 | -5.248 -41,73% |
| Odontología | | | |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 2.382 | 1.758 | -624 -26,20% |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 40.027 | 41.104 | +1.077 +2,69% |
| Sellantes aplicados | 9.033 | 3.203 | -5.830 -64,54% |
| Superficies obturadas (cualquier material) | 19.135 | 18.453 | -682 -3,56% |
| Total, de consultas de odontología realizadas (valoración) | 13.768 | 12.683 | -1.085 -7,88% |

| | | | |
|--|--------|--------|--------------------|
| Total, de tratamientos terminados (Paciente terminado) | 2.603 | 1.756 | -847 -32,54% |
| Promoción y Mantenimiento de la Salud | | | |
| Citologías cervicovaginales tomadas | 3.813 | 3.357 | -456 -11,96% |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 5.427 | 2.593 | -2.834 -52,22% |
| Dosis de biológico aplicadas | 34.587 | 39.900 | +5.313 +15,36% |
| Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo) | 5.839 | 6.761 | +922 +15,79% |
| Urgencias | | | |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 548 | 2.155 | +1.607 +293,25% |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 48.952 | 47.597 | -1.355 -2,77% |
| Pacientes en Observación | 4.049 | 3.436 | -613 -15,14% |
| Hospitalización | | | |
| ...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos) | 13.097 | 13.466 | +369 +2,82% |
| ...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 1.327 | 1.604 | +277 +20,87% |
| ...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos) | 4.474 | 5.437 | +963 +21,52% |
| ...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos) | 522 | 819 | +297 +56,90% |
| Total, de días estancia de los egresos, incluidos obstétricos | 15.479 | 16.114 | +635 +4,10% |
| Total, de egresos, incluidos obstétricos | 5.655 | 6.938 | +1.283 +22,69% |
| Eventos obstétricos | | | |
| ...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos) | 1.055 | 1.044 | -11 -1,04% |
| ...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos) | 659 | 682 | +23 +3,49% |
| Partos por cesárea | 242 | 271 | +29 +11,98% |
| Partos vaginales | 314 | 235 | -79 -25,16% |
| Días cama | | | |
| Total, de días cama ocupados | 16.002 | 16.657 | +655 +4,09% |
| Total, de días cama disponibles | 18.300 | 18.250 | -50 -0,27% |
| Salud pública | | | |
| Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC- | 13.371 | 7.991 | -5.380 -40,24% |
| Número de sesiones de talleres colectivos -PIC- | 20.055 | 33.202 | +13.147 +65,55% |

Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de:
https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Apoyo Diagnóstico.

Comparativo Produccion Año Anterior



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Exámenes de laboratorio Clínico.

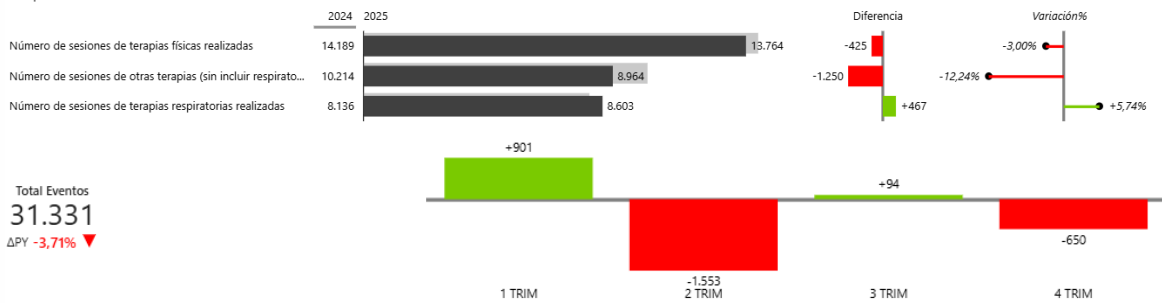
En la comparación realizada para los exámenes de laboratorio clínico tomados y procesados, se observa un incremento de 99.525 procedimientos entre 2024 y 2025, al pasar de 272.824 a 372.349. Esta variación corresponde a un aumento de 36,48%, lo que evidencia un crecimiento importante en la capacidad diagnóstica y en la demanda atendida por el servicio durante 2025.

Imágenes diagnósticas.

Durante la vigencia 2025 se registró un aumento de 1.179 imágenes diagnósticas tomadas frente a 2024, al pasar de 24.158 a 25.337 estudios. La variación fue de 4,88%, lo que refleja un crecimiento moderado y sostenido del apoyo diagnóstico, principalmente en estudios radiológicos.

Apoyo terapéutico.

Comparativo Produccion Año Anterior

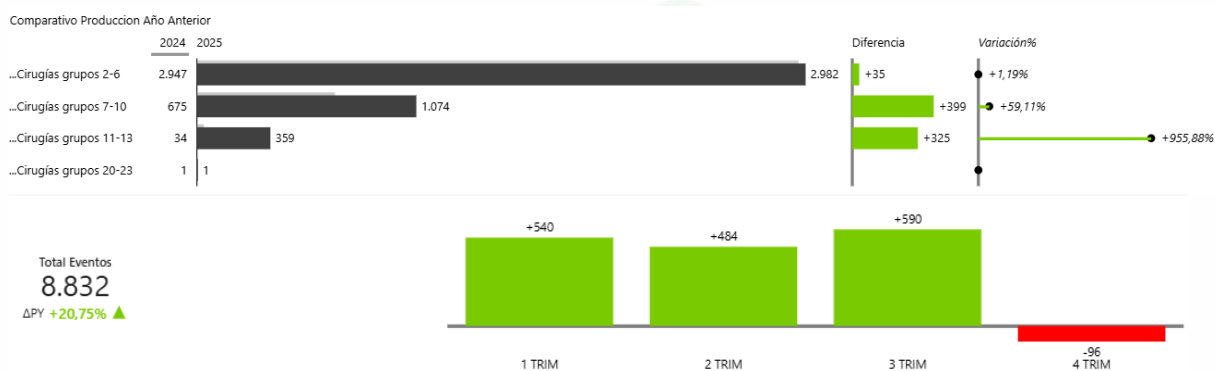


Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Sesiones de Terapias Físicas Y Respiratorias realizadas.

En apoyo terapéutico se observan comportamientos diferenciados según el tipo de atención. Las otras terapias disminuyeron de 10.214 a 8.964 sesiones, con una variación de -12,24%, y las terapias físicas pasaron de 14.189 a 13.764, con reducción de -3,00%. En contraste, las terapias respiratorias aumentaron de 8.136 a 8.603 sesiones, equivalente a 467 atenciones más y una variación positiva de 5,74%. En conjunto, el servicio mantiene una producción alta, aunque con redistribución de la demanda entre modalidades terapéuticas.

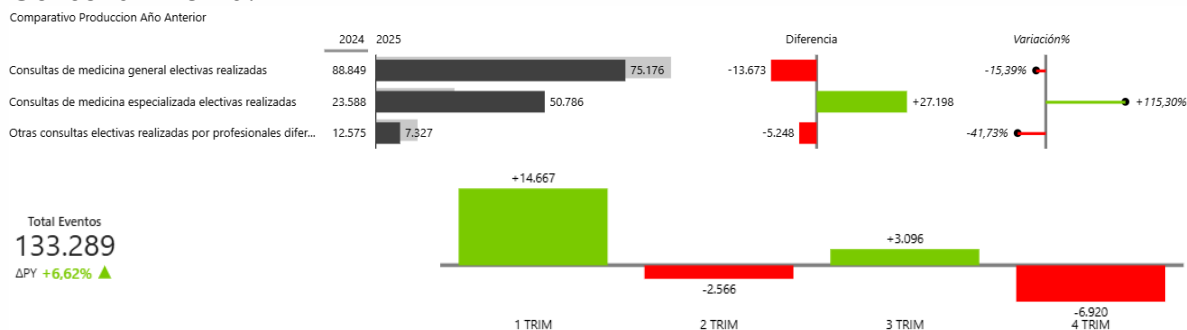
Cirugías.



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Para la vigencia 2025, la producción quirúrgica continuó en ascenso. El total de cirugías realizadas, sin incluir partos y cesáreas, pasó de 3.657 a 4.416 procedimientos, con un incremento absoluto de 759 cirugías y una variación de 20,75%. El crecimiento se concentró principalmente en las cirugías de los grupos 11-13, que aumentaron de 34 a 359, y en las de los grupos 7-10, que pasaron de 675 a 1.074. Por su parte, las cirugías de los grupos 2-6 presentaron un aumento leve y las de los grupos 20-23 se mantuvieron estables.

Consulta Externa.



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Consultas Externas de Medicina General

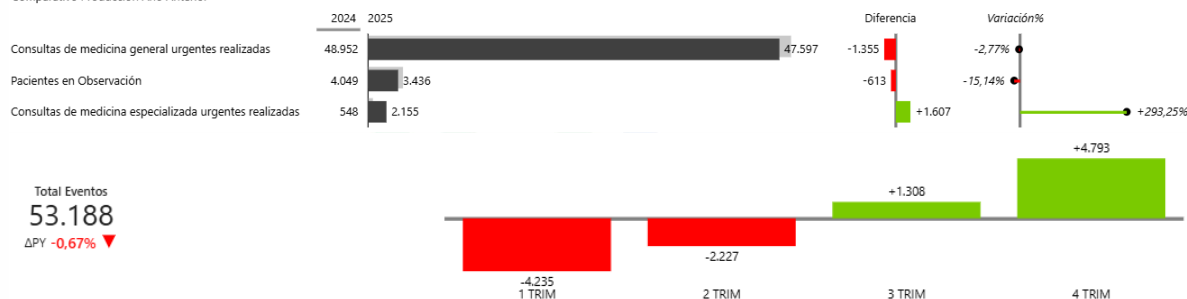
En consulta externa se evidencia una redistribución de la producción entre 2024 y 2025. Las consultas de medicina general electivas disminuyeron de 88.849 a 75.176, con una variación de -15,39%, y las otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo pasaron de 12.575 a 7.327, con reducción de -41,73%. Este comportamiento muestra menor volumen en la atención general y complementaria frente a la vigencia anterior.

Consultas de Medicina Especializada

En contraste, las consultas de medicina especializada electivas aumentaron de 23.588 a 50.786, lo que representa 27.198 atenciones adicionales y una variación positiva de 115,30%. El resultado refleja una expansión marcada del componente especializado y un mayor acceso de los usuarios a este tipo de servicios durante 2025.

Urgencias.

Comparativo Produccion Año Anterior

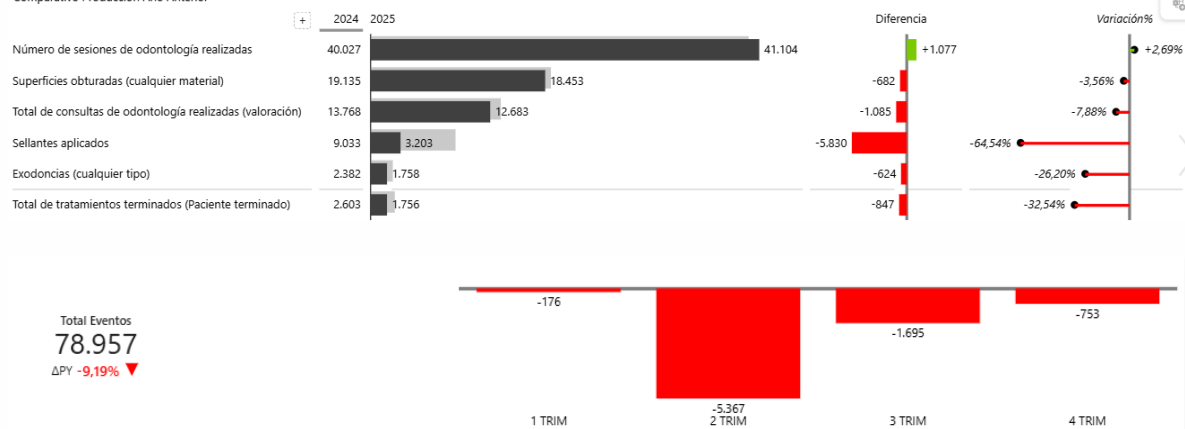


Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

En urgencias, las consultas de medicina general descendieron de 48.952 a 47.597, con una reducción de 1.355 atenciones y una variación de -2,77%, mientras que los pacientes en observación disminuyeron de 4.049 a 3.436, equivalente a -15,14%. En contraste, las consultas de medicina especializada urgentes pasaron de 548 a 2.155, con incremento de 1.607 atenciones y una variación de 293,25%. En conjunto, el servicio muestra una leve reducción del componente general y observacional, con aumento importante de la atención urgente especializada.

Odontología.

Comparativo Produccion Año Anterior

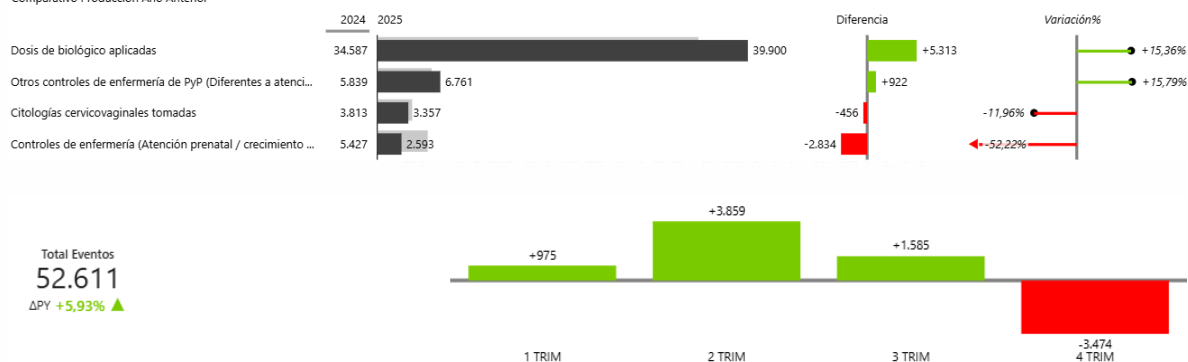


Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de: https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Para las vigencias 2024 y 2025, el servicio de odontología presentó un comportamiento mixto. Las sesiones aumentaron de 40.027 a 41.104, con una variación de 2,69%; sin embargo, disminuyeron las exodoncias de 2.382 a 1.758, los sellantes aplicados de 9.033 a 3.203, las superficies obturadas de 19.135 a 18.453, las consultas de valoración de 13.768 a 12.683 y los tratamientos terminados de 2.603 a 1.756. La reducción más marcada se presentó en los sellantes, con -64,54%, lo que indica menor volumen en actividades preventivas específicas pese al aumento global de sesiones.

Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Comparativo Produccion Año Anterior



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de: https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Variación en las dosis aplicadas de biológico

Las dosis de biológico aplicadas aumentaron de 34.587 en 2024 a 39.900 en 2025, con 5.313 dosis adicionales y una variación positiva de 15,36%. Este resultado muestra un mayor volumen de actividad en vacunación durante la vigencia 2025.

Controles de enfermería

En otros controles de enfermería de promoción y mantenimiento de la salud, diferentes a atención prenatal, crecimiento y desarrollo, se presentó un aumento de 5.839 a 6.761 actividades, con una variación de 15,79%. El comportamiento refleja mayor ejecución de actividades de seguimiento y control dentro de la ruta durante 2025.

En contraste, los controles de enfermería correspondientes a atención prenatal, crecimiento y desarrollo descendieron de 5.427 a 2.593, con una reducción de 2.834 actividades y una variación de -52,22%, lo que muestra una disminución importante en este componente específico.

Variación en las citologías cérvico-vaginales.

Las citologías cervicovaginales tomadas pasaron de 3.813 en 2024 a 3.357 en 2025, con una disminución de 456 procedimientos y una variación de -11,96%. Aunque el volumen sigue siendo relevante, el comportamiento fue inferior al observado en la vigencia anterior.

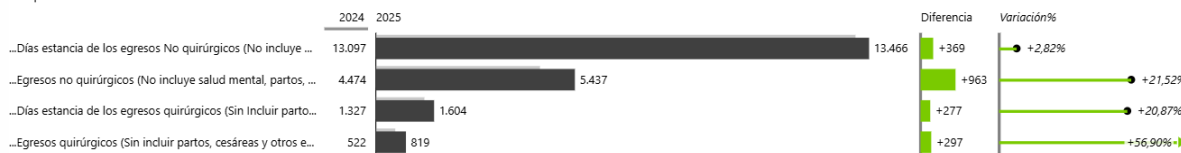
Visitas domiciliarias y Talleres PIC

En salud pública se observan comportamientos opuestos en los componentes PIC. Las visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales disminuyeron de 13.371 a 7.991, con una variación de -40,24%; en contraste, las sesiones de talleres colectivos aumentaron de 20.055 a 33.202, con 13.147 actividades adicionales y una variación positiva de 65,55%.

Este comportamiento indica una reorientación operativa hacia intervenciones colectivas durante 2025, manteniendo la respuesta institucional en el marco de las acciones de salud pública.

Hospitalización.

Comparativo Produccion Año Anterior



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbj_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Total, de Egresos Hospitalarios.



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de; https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024), tomado de;
https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2025), tomado de;
https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

En este proceso, la producción está articulada con las necesidades de los servicios de urgencias, cirugía y las demás áreas asistenciales. De acuerdo con las figuras comparativas del servicio, el total de egresos hospitalarios, sin incluir eventos obstétricos, aumentó de 4.996 en 2024 a 6.256 en 2025, con 1.260 egresos adicionales y una variación de 25,22%. Los egresos no quirúrgicos pasaron de 4.474 a 5.437, con incremento de 21,52%, mientras los egresos quirúrgicos aumentaron de 522 a 819, lo que representa una variación de 56,90%.

Porcentaje Ocupacional.

Según las figuras comparativas del servicio, el porcentaje ocupacional aumentó de 84,58% en 2024 a 88,30% en 2025, con un incremento de 3,72 puntos porcentuales. Este comportamiento es

consistente con el aumento de los egresos hospitalarios y con una mayor utilización de la capacidad instalada durante 2025.

En cuanto a la estancia hospitalaria, el promedio de estancia no quirúrgica disminuyó de 2,93 días en 2024 a 2,48 días en 2025, y el promedio de estancia quirúrgica pasó de 2,54 a 1,96 días. Aunque el volumen de hospitalizaciones fue mayor en 2025, la reducción de estos promedios sugiere mayor rotación del servicio y mejor oportunidad en el egreso hospitalario.

La dinámica observada es coherente con procesos de seguimiento al egreso y gestión hospitalaria orientados a sostener un mayor volumen de atención con menor estancia promedio, especialmente en los componentes no quirúrgico y quirúrgico.

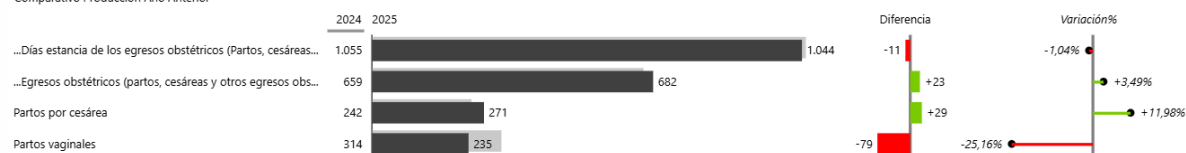
Giro Cama.

De acuerdo con las tarjetas comparativas del servicio, el giro cama aumentó de 28,28 en 2024 a 34,69 en 2025. Esta variación positiva confirma una mayor rotación del recurso cama durante la vigencia analizada.

Eventos Obstetricia.

Total, de Partos Vaginales y Cesáreas.

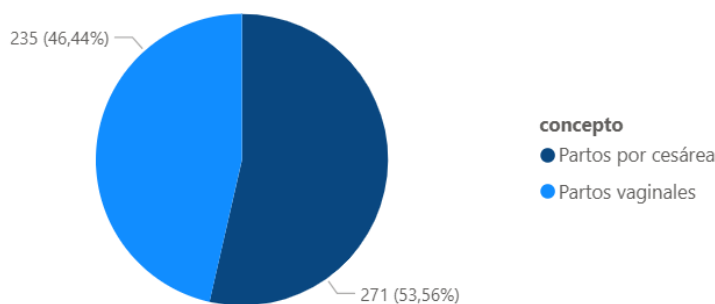
Comparativo Produccion Año Anterior



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de;

https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0

Proporción Partos Vs Cesarea



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024-2025), tomado de:
https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2024), tomado de:
https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0



Fuente: Informe SIHO, visualizado herramienta POWERBI interna. (2025), tomado de:
https://app.powerbi.com/links/jOuWtMx2EI?ctid=69c1f921-1f19-4110-9653-5685a037419c&pbi_source=linkShare&bookmarkGuid=f5597800-b984-47dd-b883-9459be49a1a0






Los egresos obstétricos aumentaron de 659 a 682, con una variación de 3,49%. Dentro de este grupo, los partos por cesárea pasaron de 242 a 271, con incremento de 11,98%, mientras los partos vaginales disminuyeron de 314 a 235, con reducción de 25,16%. En consecuencia, la distribución del tipo de parto cambió entre las dos vigencias: en 2024 los partos vaginales representaron 56,47% y las cesáreas 43,53%; en 2025 las cesáreas pasaron a 53,56% y los partos vaginales a 46,44%.

En cuanto al promedio de días de estancia obstétrica, se observa una leve disminución, al pasar de 1,60 días en 2024 a 1,53 días en 2025. Este comportamiento es coherente con la reducción de los días estancia obstétrica, que pasaron de 1.055 a 1.044, pese al aumento en el número total de egresos obstétricos.

4.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, enfocado en mejorar la calidad de los servicios, cuenta con cinco (5) atributos o características principales: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

-  **Accesibilidad.** La posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
-  **Oportunidad.** La posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
-  **Seguridad.** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
-  **Pertinencia.** Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
-  **Continuidad.** Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ATENCIÓN DE SALUD

Conjunto de servicios, actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales, ambulatorios en las fases de Promoción y Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación que se prestan a ellos nuestra razón de ser.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible, oportuna y equitativa, contando para ello con Talento Humano comprometido, responsable con calidad humana, con sentido de Pertenencia, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

SERVICIO DE SALUD

Es entendido como la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad)







Cuenta con cuatro componentes:

4.2.1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).

El SUH define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud bajo la Resolución 3100 del 25 noviembre 2019, definido como instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona conformada por 6 sedes integradas: Cáкота, Cucutilla, Chitagá, Mutiscua, Silos y Pamplonita, distribuidos a lo largo y ancho de su área de influencia, los cuales se han caracterizado por atención y prestación de servicios al 100% de su población del régimen subsidiado, régimen contributivo, población pobre no asegurada y particulares, distribuidos así:

-  Silos Dirección: Carrera 4 # 3 – 63 Silos Norte de Santander
-  Mutiscua Dirección: Carrera 3 # 4 – 46 Mutiscua Norte de Santander
-  Chitagá Dirección: Carrera 8 # 5 – 38 Chitagá Norte de Santander
-  Cáкота Dirección: Carrera 2 # 3 – 106 Cáкота Norte de Santander
-  Pamplonita Dirección: Calle 5 con Carrera 3 Pamplonita Norte de Santander
-  Cucutilla Dirección: Carrera 5 # 5 – 38 Cucutilla Norte de Santander

La habilitación de servicios de salud está regulada por la Resolución 3100 de 2019 “la cual definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud a través del cumplimiento de los estándares de Habilitación por los Prestadores de Servicios de Salud descritos así.

- **TALENTO HUMANO:** Define el perfil, títulos y competencias necesarios del personal, garantizando que el personal esté formado y registrado (ReTHUS). (Hojas de vida).
- **INFRAESTRUCTURA:** Condiciones ambientes y físicas, accesibilidad y mantenimiento de los consultorios o edificaciones de salud, contar con servicios público, evitar barreras de acceso. (paredes, techos, pisos, ventanas, ramplas, escaleras).
- **DOTACIÓN:** Equipos biomédicos necesarios, incluyendo su inventario, mantenimiento, calificación, calibración y registro ante el Invima para una prestación segura.
- **MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS:** Gestión segura que abarca adquisición, recepción, almacenamiento, semaforización, trazabilidad y dispensación.

Garantizar que con tus acciones propensas por la Seguridad de los Pacientes que si los usan.

- **HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS:** Condiciones para el diligenciamiento, custodia y archivo de la historia clínica, garantizando confidencialidad. Toda atención o procedimiento que se realice se debe dejar registrada en la Historia Clínica y registros asistenciales. (garantizar que esa información no se pierda).
- **INTERDEPENDENCIA:** Requisitos para servicios que dependen de otros para funcionar, son todos los servicios de salud y de apoyo que son indispensables para prestar en forma oportuna y seguir el servicio. (ej. vigilancia, Calidad total etc.).
- **PROCESOS PRIORITARIOS:** Existencia y socialización de los procesos asistenciales. Es dejar constancia escrita de todas las actividades que se llevan a cabo. (Protocolos, guías, procedimientos, manuales, guías, instrumentos).

Durante el año 2025, se continuó con la creación, ajuste y actualización de la documentación de Procesos Prioritarios tanto del Hospital como de las Sedes Integradas, de acuerdo con los requerimientos de la resolución 3100 del 2019. Se realiza despliegue de la información a través de la copia de la información en cada uno de los computadores de los servicios, recibida por las jefes de los servicios y con conocimiento al Líder del proceso Hospitalario para su posterior socialización, de igual manera se compartió la información por carpetas a cada Sedes Integradas con conocimiento al enlace de las sedes Integradas

Se listan la información la cual se encuentra por subprocesos organizados por documentos - formatos y listas así:

| Nº | DOCUMENTO DE URGENCIAS --> HOS 01 | FORMATOS Y LISTAS |
|----|---|--|
| 1 | PR-HOS-01-01 V.04 PROCEDIMIENTO RONDA MEDICA | FR-HOS-01-01 V.03 FORMATO ENTREGA DE TURNO MÉDICO |
| 2 | PR-HOS-01-02 V.03 PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA | FR-HOS-01-02 V.03 FORMATO DE INTERCONSULTAS |
| 3 | PR-HOS-01-03 V.03 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA | FR-HOS-01-03 V.03 FORMATO ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA |
| 4 | PR-HOS-01-04 V.04 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA DE TURNO MEDICO | LT-HOS-01-04 V.03 LISTA DE CHEQUEO DE ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERIA |
| 5 | PT-HOS-01-05 V.02 PROTOCOLO DE CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS | FR-HOS-01-05 V.03 FORMATO DE RECIBO DE TURNO MEDICO |
| 6 | PT-HOS-01-06 V.03 PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA E.S.E HSJDP | FR-HOS-01-06 V.03 FORMATO DE RECIBO DE TURNO MEDICO |
| 7 | PT-HOS-01-07 V.03 PROTOCOLO REGISTROS DE ENFERMERIA | FR-HOS-01-07 V.03 FORMATO KARDEX DE ENFERMERÍA |

| | | |
|----|---|---|
| 8 | MN-HOS-01-08 V.02 MANUAL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | FR-HOS-01-08 V.03 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA |
| 9 | PT-HOS-01-09 V.03 PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO | FR-HOS-01-09 V.03 FORMATO TARJETA DE MEDICAMENTOS HSJD |
| 10 | PT-HOS-01-10 V.02 PROTOCOLO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN SUS VIAS | LT-HOS-01-10 V.02 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS |
| 11 | PT-HOS-01-11 V.02 PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NEONATALES - PEDIÁTRICOS | FR-HOS-01-11 V.03 FORMATO DE CONSENTIMIENTO SUJECION O INMOVILIZACION |
| 12 | PT-HOS-01-12 V.02 PROTOCOLO DE SUJECIÓN O INMOVILIZACION DE PACIENTES | LT-HOS-01-12 V.03 LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO DEL USUARIO |
| 13 | PR-HOS-01-13 V.02 PROCEDIMIENTO DE SUJECION | FR-HOS-01-13 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA |
| 14 | PT-HOS-01-14 V.02 PROTOCOLO TOMA DE GASES ARTERIALES Y VENOSOS | FR-HOS.01-14 V.01 FORMATO DE EDUCACIÓN AL EGRESO |
| 15 | PT-HOS-01-15 V.01 PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL | LT-HOS-01-15 V.02 LISTA DE CHEQUEO EGRESO DEL USUARIO |
| 16 | PT-HOS-01-16 V.03 PROTOCOLO INFORMACION AL USUARIO Y FAMILIARES SOBRE SU ESTADO | FR-HOS-01-16 V.02 KIT DE TOMA DE MUESTRA MEDICO FORENCE Y KIT DE PROFILAXIS A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL |
| 17 | PR-HOS-01-17 V.03 PROCEDIMIENTO ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS | FR-HOS-01-18 V.03 FORMATO REPORTE APERTURA Y CIERRE DE KIT DE ATENCIÓN |
| 18 | PT-HOS-01-18 V.03 PROTOCOLO INGRESO (REGISTRO, ADMISIÓN Y PREPARACIÓN) DEL USUARIO INTERNADO | LT-HOS-01-19 V.02 LISTA DE CHEQUEO DE AISLAMIENTO |
| 19 | PT-HOS-01-19 V.02 PROTOCOLO TRASLADO Y RECEPCION DEL USUARIO INTRAHOSPITALARIO | LT-HOS-01-20 V.00 LISTA DE CHEQUEO PARA LA ATENCIÓN EN SALA ERA |
| 20 | PT-HOS-01-20 V.05 PROTOCOLO DE TRIAGE Y TRIAGE OBSTETRICO | LT-HOS-01-21 V.00 LISTA DE CHEQUEO TRASLADO EN AMBULANCIA USUARIAS EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA |
| 21 | PR-HOS-01-21 V.02 PROCEDIMIENTO DE PLANEACIÓN Y ESTRATEGIAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN URGENCIAS CUANDO AUMENTE LA DEMANDA | LT-HOS-01-22 V.00 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE LA URGENCIA Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO |
| 22 | PT-HOS-01-22 V.01 PROTOCOLO DE CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA UBICACIÓN DEL USUARIO EN EL AMBIENTE DE TRANSICIÓN | LT-HOS-01-23 V.00 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO HEMORRAGIA OBSTETRICA |
| 23 | PR-HOS-01-23 V.02 PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR PACIENTES PROVENIENTES DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y OTROS SERVICIOS DE CUALQUIER COMPLEJIDAD | LT-HOS-01-24 V.00 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE LA URGENCIA Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO |

| | | |
|----|--|---|
| 24 | PT-HOS-01-24 V.01 PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN CLÍNICA DE USUARIOS QUE POR SU CONDICIÓN CLÍNICA PUEDEN SER TRATADOS EN SU DOMICILIO | FR-HOS-01-25 V.01 FORMATO HOJA NEUROLOGICA |
| 25 | PT-HOS-01-25 V.02 PROTOCOLO ATENCION INTOXICACION AGUDA Y SINDROME DE ABSTINENCIA | LT-HOS-01-26 V.01 LISTA DE CHEQUEO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS SALA DE REANIMACIÓN URGENCIAS |
| 26 | PT-HOS-01-26 V.02 PROTOCOLO AGITACIÓN PSICOMOTORA, CONDUCTA SUICIDA Y AGRESIÓN A TERCEROS | FR-HOS-01-27 V.01 FORMATO DE REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DEL CÓDIGO ROJO OBSTETRICO |
| 27 | PT-HOS-01-27 V.01 PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS E INTERVENCIÓN EN CRISIS | |
| 28 | PT-HOS-01-28 V.03 PROTOCOLO DE EGRESO DEL USUARIO | |
| 29 | GU-HOS-01-29 V.03 GUIA DE USUARIOS CON DIAGNÓSTICO PROBABLE DE MUERTE ENCEFÁLICA_ DONANTE POTENCIAL DE ÓRGANOS | |
| 30 | PT-HOS-01-30 V.04 PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | |
| 31 | PT-HOS-01-31 V.07 PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO | |
| 32 | PT-HOS-01-32 V.01 PROTOCOLO DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO | |
| 33 | PT-HOS-01-33 V.02 PROTOCOLO GENERALIDADES DE LA ATENCIÓN EN PACIENTE CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA) | |
| 34 | PT-HOS-01-34 V.01 PROTOCOLO DE MANEJO PACIENTE CON PROBLEMAS EN SALUD MENTAL | |
| 35 | GU-HOS-01-35 V.02 GUIA PARA EL MANEJO DE SALA ERA | |
| 36 | PT-HOS-01-36 V.02 PROTOCOLO HEMORRAGIA OBSTETRICA "CODIGO ROJO" | |
| 37 | PT-HOS-01-37 V.02 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |
| 38 | PT-HOS-01-38 V.02 PROTOCOLO DE REANIMACIÓN NEONATAL | |
| 39 | PT-HOS-01-39 V.02 PROTOCOLO REANIMACIÓN CARDIO - CEREBRAL PULMONARPROTOCOLO | |

| | | |
|----|--|--|
| | REANIMACIÓN CARDIO - CEREBRAL PULMONAR | |
| 40 | PT-HOS-01-40 V.02 PROTOCOLO TRASLADO Y RECEPCION DEL USUARIO INTRAHOSPITALARIO | |
| 41 | PT-HOS-01-41 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION DE EMERGENCIAS Y TRAUMA | |
| 42 | PT-HOS-01-42 V.01 PROTOCOLO DE SUTURAS | |
| 43 | PT-HOS-01-43 V.03 PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN | |
| 44 | PT-HOS-01-44 V.01 PROTOCOLO RETIRO DE SUTURAS | |
| 45 | PT-HOS-01-45 V.01 PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA | |
| 46 | PT-HOS-01-46 V.02 PROTOCOLO DE BAÑO EN CAMA DEL USUARIO | |
| 47 | PT-HOS-01-47 V.01 PROTOCOLO CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN QUEMADURAS | |
| 48 | PT-HOS-01-48 V.01 PROTOCOLO INSERCIÓN Y MANEJO DE SONDA NASOGÁSTRICA | |
| 49 | PT-HOS-01-49 V.02 PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL | |
| 50 | PT-HOS-01-50 V.01 PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA EN USUARIOS COVID 19 | |
| 51 | PT-HOS-01-51 V.02 PROTOCOLO PARA LA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA | |
| 52 | PT-HOS-01-52 V.02 PROTOCOLO PARA TOMA SIGNOS VITALES Y GLUCOMETRÍA | |
| 53 | PT-HOS-01-53 V.01 PROTOCOLO DE MOVILIZACION DE USUARIOS. | |
| 54 | PT-HOS-01-54 V.02 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA TOMA DE MONITOREO FETAL | |
| 55 | PT-HOS-01-55 V.02 PROTOCOLO PARA LAVADO DE OIDOS | |

| | | |
|----|---|---|
| 56 | PT-HOS-01-56 V.02 PROTOCOLO DE CURACIÓN DE HERIDAS | |
| 57 | GU-HOS-01-57 V.02 GUÍA DE ACCIÓN INMEDIATA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS | |
| 58 | PT-HOS-01-58 V.01 PROTOCOLO ADOPCION GUIAS PRACTICA CLINICA | |
| 59 | PT-HOS-01-59 V.00 PROTOCOLO PARA EL DIRECCIONAMIENTO PARA LOS PACIENTES QUE SOLICITAN EL PROCEDIMIENTO DE MUERTE CLINICAMENTE ASISTIDA A TRAVES DE LA EUTANASIA | |
| 60 | DOCUMENTO DE INTERNACION --> HOS 02 | FORMATOS Y LISTAS |
| 61 | PT-HOS-02-01 V.03 PROTOCOLO INGRESO (REGISTRO, ADMISIÓN Y PREPARACIÓN) DE USUARIO HOSPITALARIO | LT-HOS-02-01 V.03 LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO DEL USUARIO |
| 62 | PT-HOS-02-02 V.02 PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESE HSJDP | FR-HOS-02-02 V.03 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA |
| 63 | PT-HOS-02-03 V.04 PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE | LT-HOS-02-03 V.02 LISTA DE CHEQUEO EGRESO DEL USUARIO |
| 64 | PT-HOS-02-04 V.01 PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO AL EGRESO HOSPITALARIO | FR-HOS-02-04 V.01 FORMATO DE EDUCACIÓN AL EGRESO |
| 65 | PR-HOS-02-05 V.03 PROCEDIMIENTO RONDA MÉDICA INTERNACIÓN | FR-HOS-02-05 V.03 FORMATO ENTREGA DE TURNO MÉDICO |
| 66 | PR-HOS-02-06 V.03 PROCEDIMIENTO INTERCONSULTA | FR-HOS-02-06 V.02 FORMATO DE INTERCONSULTAS |
| 67 | PR-HOS-02-07 V.03 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA | FR-HOS-02-07 V.03 FORMATO ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA |
| 68 | PR-HOS-02-08 V.05 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA DE TURNO DEL PERSONAL MÉDICO | LT-HOS-02-08 V.03 LISTA DE CHEQUEO DE ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERIA |
| 69 | PT-HOS-02-09 V.02 PROTOCOLO DE CONTROL DE LIQUIDOS | FR-HOS-02-09 V.02 FORMATO DE RECIBO DE TURNO MEDICO |
| 70 | PT-HOS-02-10 V.03 PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | FR-HOS-02-10 V.02 FORMATO ENTREGA DE TURNO MEDICO |
| 71 | PT-HOS-02-11 V.03 PROTOCOLO REGISTROS DE ENFERMERIA | FR-HOS-02-11 V.01 FORMATO DE KARDEX DE ENFERMERÍA |

| | | |
|----|---|--|
| 72 | MN-HOS-02-12 V.01 MANUAL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | FR-HOS-02-12 V.01 FORMATO DE TARJETA DE MEDICAMENTOS |
| 73 | GU-HOS-02-13 V.02 GUIA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS NEONATALES - PEDIÁTRICOS | LT-HOS-02-13 V.02 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS |
| 74 | PT-HOS-02-14 V.02 PROTOCOLO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN SUS VIAS | FR-HOS-02-14V.02 FORMATO AUTORIZACIÓN INGRESO DE ALIMENTOS |
| 75 | PT-HOS-02-15 V.03 PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO | FR-HOS-02-15 V.02 FORMATO REGISTRO DE PRUEBA DESCARGA DE DESFIBRILADOR |
| 76 | | FR-HOS-02-16 V.02 FORMATO DE REVISIÓN DIARIA DE ENFERMERÍA CARRO DE PARO |
| 77 | | FR-HOS-02-17 V.03 FORMATO REPORTE APERTURA Y CIERRE DEL CARRO DE PARO |
| 78 | PT-HOS-02-18 V.02 PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL | FR-HOS-02-18 V.01 FORMATO SEGUIMIENTO A REFERENCIAS VITALES |
| 79 | PT-HOS-02-19 V.01 PROTOCOLO PARA ILUSTRAR AL USUARIO EN EL AUTOCUIDADO | FR-HOS-02-19 V.01 FORMATO DE SEGUIMIENTO AL EGRESO HOSPITALARIO |
| 80 | PR-HOS-02-20 V.04 PROCEDIMIENTO REPORTE Y REPOSICIÓN CARRO DE PARO | FR-HOS-02-20 V.01 FORMATO DE SEGUIMIENTO A RESULTADOS DE CITOLOGIAS CERVICO UTERINAS ALTERADAS |
| 81 | PT-HOS-02-21 V.02 PROTOCOLO DE NUTRICIÓN ENTERAL | FR-HOS-02-21 V.01 FORMATO SEGUIMIENTO CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DE GENERO Y VIOLENCIA SEXUAL |
| 82 | PT-HOS-02-22 V.01 PROTOCOLO DE MUERTE DIGNA | FR-HOS-02-22 V.02 FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑANTE |
| 83 | PT-HOS-02-23 V.01 PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR | FR-HOS-02-23 V.00 FORMATO DE FIRMAS EDUCACION AL EGRESO |
| 84 | PT-HOS-02-24 V.00 PROTOCOLO PARA EL DIRECCIONAMIENTO PARA LOS PACIENTES QUE SOLICITAN EL PROCEDIMIENTO DE MUERTE CLINICAMENTE ASISTIDA A TRAVES DE LA EUTANASIA | |
| 85 | | |
| 86 | | |
| 87 | | |

| | | |
|-----|---|---|
| 88 | PT-HOS-02-28- V01 PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA HASTA LOS AÑOS | |
| 89 | DOCUMENTO CIRUGIA --> HOS 03 | FORMATOS Y LISTAS |
| 90 | PR-HOS-03-01 V.02 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA | FR-HOS-03-01 V.03 FORMATO ENTREGA DE TURNO ENFERMERIA |
| 91 | PR-HOS-03-02 V.05 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA DE TURNO DEL PERSONAL MÉDICO | LT-HOS-03-02 V.03 LISTA DE CHEQUEO DE ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERIA |
| 92 | PT-HOS-03-03 V.03 PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | FR-HOS-03-03 V.03 FORMATO ENTREGA DE TURNO MÉDICO |
| 93 | PT-HOS-03-04 V.03 PROTOCOLO REGISTROS DE ENFERMERIA | FR-HOS-03-04 V.02 FORMATO DE KARDEX DE ENFERMERIA |
| 94 | PT-HOS-03-05 V.02 PROTOCOLO DE CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS | LT-HOS-03-05 V.02 LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS |
| 95 | MN-HOS-03-06 V.01 MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS | FR-HOS-03-06 V.03 FORMATO REGISTRO MÉDICO DE ANESTESIA |
| 96 | PT-HOS-03-07 V.01 PROTOCOLO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN SUS VIAS | FR-HOS-03-07 V.01 FORMATO DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS USUARIOS |
| 97 | PT-HOS-03-08 V.02 PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO | LT-HOS-03-08 V.02 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN PREPARACIÓN QUIRÚRGICA |
| 98 | PR-HOS-03-09 V.02 PROCEDIMIENTO INMOVILIZACIÓN O SUJECIÓN DE USUARIOS | LT-HOS-03-09 V.02 LISTA DE CHEQUEO EGRESO DEL USUARIO POSTQUIRÚRGICO |
| 99 | PT-HOS-03-10 V.01 PROTOCOLO DE PROGRAMACION DE CIRUGIA | FR-HOS-03-10 V.01 FORMATO DE EDUCACION AL EGRESO |
| 100 | PT-HOS-03-11 V.02 PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL | FR-HOS-03-11 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA |
| 101 | PR-HOS-03-12 V.03 PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y REGISTRO PREANESTÉSICO | FR-HOS-03-12 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA |
| 102 | PR-HOS-03-13 V.02 PROCEDIMIENTO RECOMENDACIONES PRE QUIRÚRGICAS | FR-HOS-03-13 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA |
| 103 | PR-HOS-03-14 V.04 PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DEL USUARIO QUIRÚRGICO | FR-HOS-03-14 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES |

| | | |
|-----|--|---|
| 104 | PT-HOS-03-15 V.02 PROTOCOLO PARA EL LAVADO QUIRÚRGICO ÁREA OPERATORIA | FR-HOS-03-15 V.01 FORMATO DE DESISTIMIENTO DE REANIMACIÓN |
| 105 | PR-HOS-03-16 V.03 PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS | FR-HOS-03-16 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO UTERINO BIOPICO DIAGNOSTICO |
| 106 | PR-HOS-03-17 V.03 PROCEDIMIENTO PARA TRASLADO DEL USUARIO POSTQUIRÚRGICO | FR-HOS-03-17 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MARSUPIALIZACION O LA EXERESIS DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO |
| 107 | PR-HOS-03-18 V.03 PROCEDIMIENTO CONTROLES POSTQUIRÚRGICOS | FR-HOS-03-18 V.01 FORMARO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO DE USUARIOS |
| 108 | PR-HOS-03-19 V.02 PROCEDIMIENTO RECOMENDACIONES POSTQUIRÚRGICAS | FR-HOS-03-19 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO LIGADURA DE TROMPAS |
| 109 | | FR-HOS-03-20 V.01 FORMATO DE DESISTIMIENTO PARA TRASLADO |
| 110 | PT-HOS-03-21 V.01 PROTOCOLO MANEJO EGRESO USUARIO DE CIRUGÍA | FR-HOS-03-21 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMIA EXPLORADORA |
| 111 | PR-HOS-03-22 V.02 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE MUESTRAS ANATOMOPATOLÓGICAS | FR-HOS-03-22 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO OBSTETRICO TERAPEUTICO |
| 112 | PR-HOS-03-23 V.02 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL GESTION DE RIESGO ANESTESICO Y QUIRÚRGICO EN CIRUGÍAS AMBULATORIAS | FR-HOS-03-23 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH |
| 113 | PR-HOS-03-24 V.02 PROCEDIMIENTO VALORACIÓN DE POSIBLES CONTRAINDICACIONES | FR-HOS-03-24 V.02 FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO OTROS |
| 114 | PR-HOS-03-25 V.02 PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR | FR-HOS-03-25 V.02 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESAREA |
| 115 | PR-HOS-03-26 V.02 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO POST-QUIRÚRGICO ELEFÓNICAPOR LLAMADA TELEFÓNICA | FR-HOS-03-26 V.02 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE MASA EN REGIÓN ANEXIAL |
| 116 | PT-HOS-03-27 V.02 PROTOCOLO TRANSPORTE MATERIAL LIMPIO Y ESTERIL EN EL QUIROFANO | FR-HOS-03-27 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SALIDA VOLUNTARIA |
| 117 | PR-HOS-03-28 V.03 PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y REGISTRO PREANESTÉSICO | FR-HOS-03-28 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA MENOR |
| 118 | GU-HOS-03-29 V.03 GUÍA DE INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL | FR-HOS-03-29 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA |
| 119 | PT-HOS-03-30 V.02 PROTOCOLO DE CVC | LT-HOS-03-30 V.01 LISTA DE CHEQUEO MANEJO DE COMPLICACIONES INTRAPARTO E INSTRUMENTACIÓN |

| | | |
|-----|--|---|
| 120 | GU-HOS-03-31 V.03 GUIA DE APENDICEPTOMIA | LT-HOS-03-31 V.01 LISTA DE CHEQUEO TÉCNICA DE LA EPISIOTOMÍA Y EPISIORRAFIA |
| 121 | GU-HOS-03-32 V.03 GUIA COLEDOCOLITIASIS | FR-HOS-03-32 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HERNIORRAFIA |
| 122 | GU-HOS-03-33 V.03 GUIA DE CIRUGIA EN TRAUMA | FR-HOS-03-33 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA ACEPTACIÓN DE COMPARTIR LÁMPARA DE FOTOTERAPIA |
| 123 | GU-HOS-03-34 V.03 GUIA MANEJO DERRAME PLEURAL-CX | FR-HOS-03-34 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO APENDICECTOMÍA |
| 124 | GU-HOS-03-35 V.03 GUIA ENFERMEDAD HEMORROIDAL | FR-HOS-03-35 V.03 FORMATO TARJETA DE MEDICAMENTOS HSJD |
| 125 | GU-HOS-03-36 V.03 GUIA HERNIORRAFIA | FR-HOS-03-36 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MIOMECTOMÍA |
| 126 | GU-HOS-03-37 V.03 GUIA COLOCACIÓN TUBO DE TORAX | FR- HOS-03-37 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO |
| 127 | PT-HOS-03-38 V.01 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | FR- HOS-03-38 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COLPORRAFIA ANTERIOR Y COLPOPERINEORRAFIA |
| 128 | PT-HOS-03-39 V.01 PROTOCOLO PARTO DE EMERGENCIA | FR-HOS-03-39 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HISTERECTOMÍA |
| 129 | PT-HOS-03-40 V.01 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRABAJO DE PARTO | FR-HOS-03-40 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INTUBACIÓN OROTRAQUEAL |
| 130 | PT-HOS-03-41 V.01 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO | FR-HOS-03-41 V.02 FORMATO DE NOTIFICACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS CANCELADOS |
| 131 | PT-HOS-03-42 V.01 PROTOCOLO DE INGRESO (UCI) SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | FR-HOS-03-42 V.02 FORMATO DE INFORME DE PROGRAMACION DE CIRUGIA |
| 132 | PT-HOS-03-43 V.03 PROTOCOLO DE INDICACIONES Y TÉCNICA DE LA EPISIOTOMÍA Y EPISIORRAFIA | |
| 133 | PR-HOS-03-44 V.03 PROCEDIMIENTO MANEJO DE COMPLICACIONES INTRAPARTO E INSTRUMENTACIÓN | |
| 134 | PT-HOS-03-45 V.01 PROTOCOLO DE MANEJO DEL PREMATURO EN PROGRAMA CANGURO | |
| 135 | PT-HOS-03-46 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION PARA LA PROMOCION DE LA ALIMENTACION Y NUTRICION PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |

| | | |
|-----|--|---|
| 136 | GU-HOS-03-47 V.01 GUIA DE PREPARACION DE FORMULAS ARTIFICIALES. | |
| 137 | PT-HOS-03-48 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION PARA EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL. | |
| 138 | PT-HOS-03-49 V.01 PROTOCOLO DE REANIMACIÓN NEONATAL | |
| 139 | PT-HOS-03-50 V.02 PROTOCOLO REANIMACIÓN CARDIO CEREBRAL PULMONAR | |
| 140 | PT-HOSP-03-51 V.01 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |
| 141 | PT-HOS-03-52 V.01 PROTOCOLO PARA APLICACION DEL IMPLANTE SUBDERMICO | |
| 142 | PT-HOS-03-53 V.01 PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |
| 143 | PT-HOS-03-54 V.01 PROTOCOLO RUTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN | |
| 144 | PT-HOS-03-55 V.01 PROTOCOLO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POST EVENTO OBSTÉTRICO | |
| 145 | PT-HOS-03-56 V.01 PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y RETIRO DE DIU | |
| 146 | PT-HOS-03-57 V.02 PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | |
| 147 | DOCUMENTO CENTRAL DE ESTERILIZACION -> HOS 04 | FORMATOS Y LISTAS |
| 148 | PT-HOS-04-01 V.01 PROTOCOLO DE REPROCESAMIENTO | FR-HOS-04-01 V.01 FORMATO DE RECEPCION DE INSTRUMENTAL DE QUIROFANOS PARA LAVADO SECADO Y LUBRICACION |
| 149 | | FR-HOS-04-02 V.01 FORMATO TRAZABILIDAD PAQUETE GENERAL -REPROCESAMIENTO- |
| 150 | | FR-HOS-04-03 V.01 FORMATO DE ENTREGA DE EQUIPOS MEDICOS A CIRUGIA |
| 151 | | FR-HOS-04-05 Y 6 V.01 REGISTRO MATERIALES CENTRAL ESTERILIZACIÓN |

| | | |
|-----|--|---|
| 152 | PT-HOS-04-06 V.01 PROTOCOLO PARA REALIZAR INVENTARIO HELP TRAUMA-LINEAS HOSPITALARIAS LH | FR-HOS-04-05 Y 6 V.01 REGISTRO MATERIALES CENTRAL ESTERILIZACIÓN |
| 153 | | FR-HOS-04-07 V.01 FORMATO DE INDICADOR MENSUAL DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL |
| 154 | PT-HOS-04-08 V.02 PROTOCOLO RECIBO DE PRODUCTOS CONTAMINADOS Y ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL | FR-HOS-04-08 V.01 FORMATO DE SOPORTE FISICO DE INDICADORES QUIMICOS TIRILLAS Y CINTAS |
| 155 | PT-HOS-04-10 V.02 PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE MATERIAL CENTRAL DE ESTERILIZACION | |
| 156 | | FR-HOS-04-12 V.01 FORMATO RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIAL PARA ESTERILIZAR |
| 157 | PT-HOS-04-13 V.02 PROTOCOLO TRANSPORTE MATERIAL LIMPIO ESTERIL EN QUIROFANO 2023-23 | |
| 158 | PT-HOS-04-14 V.02 PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE MATERIAL ESTÉRIL | |
| 159 | PT-HOS-04-19 V.03 PROTOCOLO DE LAVADO, SECADO Y LUBRICACION | |
| 160 | PR-HOS-04-20 V.02 PROCESAMIENTO DE EMPAQUE | |
| 161 | PR-HOS-04-21 V.02 PROCEDIMIENTO DE ETIQUETADO-ROTULADO | |
| 162 | | FR-HOS-04-23 V.02 FORMATO REGISTRO DE INDICADORES BIOLÓGICOS (IB) EN EL PROCESO DE ESTERILIZACION - VAPOR |
| 163 | | FR-HOS-04-24 V.02 FORMATO REGISTRO TIRILLAS INTEGRADORES VAPOR |
| 164 | PT-HOS-04-25 V.02 PROTOCOLO DE ESTERILIZACION | |
| 165 | | FR-HOS-04-26 V.02 FORMATO DE SOLICITUD DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO Y DEMÁS INSUMOS |
| 166 | | FR-HOS-04-27 V.02 FORMATO PARA SISTEMA DE VERIFICACION NORMAS DE ALMACENAMIENTO DE DISPOSITIVOS ESTERILES FUERA DE LA CENTRAL |
| 167 | | FR-HOS-04-28 V.02 FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL DISPOSITIVO ESTÉRIL EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN |
| 168 | PT-HOS-04-29 V.02 PROTOCOLO DE ALMACENAMIENTO | |

| | | |
|-----|--|--|
| 169 | PT-HOS-04-31 V.02 PROTOCOLO DE VERIFICACION DE LA INTEGRIDAD DEL MATERIAL ESTERIL | |
| 170 | PT-HOS-04-32 V.01 PROTOCOLO DISTRIBUCIÓN DEL MATERIAL ESTÉRIL | |
| 171 | PT-HOS-04-33 V.01 PROTOCOLO DE CONTROL DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACION | FR-HOS-04-33 V.02 FORMATO DE TRAZABILIDAD DE USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS |
| 172 | | FR-HOS-04-41 V.02 FORMATO DE INDICADOR DE CARGAS DE AUTOCLAVE REALIZADAS MENSUALMENTE |
| 173 | | FR-HOS-04-42 V.02 FORMATO DE INDICADOR CONTROLES NEGATIVOS REPORTADOS MENSUALMENTE |
| 174 | PT-HOS-04-44 V.02 PROTOCOLO LAVADO Y SECADO DE DISPOSITIVOS MEDICOS EN SEDES INTEGRADAS | |
| 175 | PT-HOS-04-45 V.02 PROTOCOLO DE DISTRIBUCIÓN, TRASLADO Y ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL SEDES INTEGRADAS | |
| 176 | PT-HOS-04-46 V.01 PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS DE SEDES INTEGRADAS A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | |
| 177 | PT-HOS-04-47 V.01 PROTOCOLO EMPAQUE Y ROTULADO DISPOSITIVOS MÉDICOS EN SEDES INTEGRADAS | |
| 178 | PT-HOS-04-48 V.02 PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA LA COVID-19 | |
| 179 | MN-HOS-04-49 V.06 MANUAL DE ESTERILIZACIÓN SEGURA | |
| 180 | | FR-HOS-04-50 V.02 FORMATO DE ENTREGA DE INDICADORES |
| 181 | | FR-HOS-04-51 V.03 FORMATO DE CONTROL DE INVENTARIO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO SEDES INTEGRADAS |
| 182 | DOCUMENTO CONSULTA EXTERNA--> AMB 01 | FORMATOS Y LISTAS |
| 183 | PT-AMB-01-01 V.02 PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE CONFLICTO ARMADO. | FR-AMB-01-01 V.01 FORMATO PARA CONTROL DE INVENTARIO KIT PRUEBAS DE APETITO |
| 184 | PT-AMB-01-02 V.03 PROTOCOLO PREPARACIÓN DE CONSULTORIOS | |

| | | |
|-----|---|--|
| 185 | PT-AMB-01-03 V.03 PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICA GENERAL | |
| 186 | PT-AMB-01-04 V.01 PROTOCOLO CUIDADOS DE ENFERMERIA EN QUEMADURAS | |
| 187 | PT-AMB-01-05 V.02 PROTOCOLO DE MONITOREO FETAL.. | FR-AMB-01-05 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ORAL |
| 188 | PT-AMB-01-06 V.03 PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL HSJP | FR-AMB-01-06 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARA PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE ORAL |
| 189 | PT-AMB-01-07 V.01 PROTOCOLO RETIRO DE SUTURAS | FR-AMB-01-07 V.02 FORMATO ASISTENCIA INFORMACIÓN RECOMENDACIONES PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ODONTOLÒGICOS |
| 190 | PT-AMB-01-08 V.02 PROTOCOLO DE LAVADO DE OIDOS | FR-AMB-01-08 V.01 CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERATORIA DENTAL |
| 191 | PT-AMB-01-09 V.02 PROTOCOLO PARA LA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA | FR-AMB-01-09 V.01 FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL REUSO Y DESCARTE |
| 192 | PT-AMB-01-11 V.03 PROTOCOLO DE CURACIONES. | |
| 193 | MN-AMB-01-12 V.02 MANUAL DE EVALUACIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | |
| 194 | PT-AMB-01-13 V.01 PROTOCOLO EXODONCIA SIMPLE | |
| 195 | PT-AMB-01-14 V.02 PROTOCOLO RECOMENDACIONES PRE Y POST TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS | |
| 196 | PT-AMB-01-15 V.04PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN PARA EL MATERIAL DE ODONTOLOGÍA | |
| 197 | PT-AMB-01-16 V.03 PROTOCOLO PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE ORAL | |
| 198 | PT-AMB-01-17 V.01 PROTOCOLO OBTURACIÓN RESINA COMPUESTA | |
| 199 | MN-AMB-01-18 V.02 MANUAL DE USO Y REUSO DE DISPOSITIVOS ODONTOLÓGICOS | |
| 200 | PT-AMB-01-28 V.02 PROTOCOLO TOMA DE SIGNOS VITALES Y GLUCOMETRIA | |
| 201 | DOCUMENTO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA --> AMB 02 | FORMATOS Y LISTAS |

| | | |
|-----|--|--|
| 202 | PT-AMB-02-01 V.03 PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA | |
| 203 | MN-AMB-02-04 V.01 MANUAL EDUCATIVO TEMAS DE AUTOCUIDADO – PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR | |
| 204 | DOCUMENTO RIAS --> AMB 03 | FORMATOS Y LISTAS |
| 205 | PT-AMB-03-01 V.01 PROTOCOLO RIESGO CARDIOVASCULAR | FR-AMB-03-01 V.01 FORMATO CARNET DE CONTROL - PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR |
| 206 | GU-AMB-03-02 V.01 GUIA DE ABORDAJE A PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR | FR-AMB-03-02 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO APLICACIÓN BIOLÓGICO VPH |
| 207 | GU-AMB-03-03 V.01 GUIA DE ABORDAJE A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR | FR -AMB-03-03 V.04 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO INSERCIÓN Y/O RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO |
| 208 | | FR-AMB-03-04 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO INSERCIÓN DIU |
| 209 | PT-AMB-03-05 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION EN SALUD BUCAL PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | FR-AMB-03-05 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO TOMA CITOLOGÍA |
| 210 | PT-AMB-03-06 V.02 PROTOCOLO DE ATENCIÓN CUIDADO PRECONCEPCIONAL PARA LA POBLACION MATERNO PERINATAL | FR-AMB-03-06 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TACTO RECTAL |
| 211 | PT-AMB-03-07 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION CUIDADO PRENATAL PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | FR-AMB-03-07 V.00 FORMATO DE DESISTIMIENTO INFORMADO PARA TACTO RECTAL |
| 212 | PT-AMB-03-08 V.01 PROTOCOLO PARA PROMOCION DE LA ALIMENTACION Y NUTRICION PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | FR-AMB-03-08 V.01 FORMATO PARA CONTROL DE INVENTARIO KIT POST EVENTOS OBSTETRICOS |
| 213 | PT-AMB-03-09 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION AL PUERPERIO | |
| 214 | PT-AMB-03-10 V.01 PROTOCOLO DE CONTROL PRENATAL | FR-AMB-03-10 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO |
| 215 | PT-AMB-03-11 V.01 PROTOCOLO ACTUALIZADO DE ATENCION AL PARTO CON REVISION ESPECIALISTA | FR-AMB-03-11 V.02 FORMATO IVE - OBJECCIÓN DE CONCIENCIA |
| 216 | PT-AMB-03-12 V.01 PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | FR-AMB-03-12 V.02 FORMATO KARDEX CONTROL DEL NIÑO SANO PRIMERA INFANCIA E INFANCIA |
| 217 | PT-AMB-03-13 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION PARA EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| 218 | PT-AMB-03-14 V.01 PROTOCOLO DE ATENCION DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y POSTNATALES DEL RECIEN NACIDO PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |
| 219 | PT-AMB-03-17 V.01 PROTOCOLO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |
| 220 | PT-AMB-03-18 V.01 PROTOCOLO PARA EL CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL | |
| 221 | PT-AMB-03-19 V.05 PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA | |
| 222 | PT-AMB-03-20 V.00 PROTOCOLO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | |
| 223 | PT-AMB-03-21 V.05 PROTOCOLO DE RUTA DE ATENCION ADULTEZ | |
| 224 | PT-AMB-03-22 V.05 PROTOCOLO DE RUTA DE ATENCIÓN A LA VEJEZ | |
| 225 | PT-AMB-03-23 V.02 PROTOCOLO PARA LA TOMA, CONSERVACIÓN TRANSPORTE Y REMISIÓN, CONTROL DE CALIDAD Y ENTREGA DE RESULTADOS PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA CÁNCER DE CÉRVIX | |
| 226 | PT-AMB-03-24 V.05 PROTOCOLO ATENCION DE LA INFANCIA | |
| 227 | PT-AMB-03-25 V.05 PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERÍA PARA LA JUVENTUD | |
| 228 | PT-AMB-03-26 V.01 PROTOCOLO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POST EVENTO OBSTÉTRICO | |
| 229 | PT-AMB-03-27 V.01 PROTOCOLO RUTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN | |
| 230 | PT-AMB-03-28 V.05 PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PRIMERA INFANCIA | |
| 231 | GU-AMB-03-29 V.01 GUIA EDUCATIVA SOBRE PAUTAS DE CRIANZA SALUDABLES | |
| 232 | DOCUMENTO APS --> AMB 05 | FORMATOS Y LISTAS |

| | | |
|-----|---|--|
| 233 | MN-AMB-05-01 V.01 MANUAL ATENCION EXTRAMURAL ESE HOSPITAL SEDES INTEGRADAS | FR-AMB-05-01 V.01 FORMATO CRONOGRAMA SALIDAS EXTRAMURALES UNIDAD MOVIL Y JORNADAS DE SALUD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA Y SEDES INTEGRADAS |
| 234 | DOCUMENTO PAI --> AMB 06 | FORMATOS Y LISTAS |
| 235 | PT-AMB-06-01 V.01 PROTOCOLO VIGILANCIA EN INMUNOPREVENIBLES | |
| 236 | MN-AMB-06-02 V.01 MANUAL SEGUIMIENTO A COHORTES - SISTEMA DE INFORMACIÓN | |
| 237 | PT-AMB-06-03 V.01 PROTOCOLO DE ESQUEMA CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN VACUNACIÓN | |
| 238 | MN-AMB-06-04 V.01 MANUAL VACUNACIÓN SEGURA ESE HSJD PAMPLONA | |
| 239 | MN-AMB-06-05 V.01 MANUAL DE CADENA DE FRÍO | |
| 240 | MN-AMB-06-06 V.01 MANUAL VACUNACIÓN SIN BARRERAS | |
| 241 | MN-AMB-06-07 V.00 MANUAL VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO | |
| 242 | DOCUMENTO IMÁGENES DIAGNOSTICAS --> ADX 01 | FORMATOS Y LISTAS |
| 243 | MN-ADX-01-01 V.01 MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA | FR-ADX-01-01 V.01 FORMATO DE ESTADISTICAS POR SERVICIOS |
| 244 | GU-ADX-01-02 V.01 GUIA DE SEGUIMIENTO A LA SOBRE EXPOSICIÓN DE RADIACIÓN IONIZANTE | FR-ADX-01-02 V.01 FORMATO DE TIPOS DE ESTUDIOS Y PRINCIPALES CAUSAS EN EL SERVICIO |
| 245 | PT-ADX-01-03 V.02 PROTOCOLO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPO GENERADOR DE RADIACIÓN IONIZANTE | FR-ADX-01-03 V.01 FORMATO DE SEGUIMIENTO A LA SOBRE EXPOSICIÓN DE RADIACIÓN IONIZANTE |
| 246 | PT-ADX-01-04 V.02 PROTOCOLO DE LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD, MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS | FR-ADX-01-04 V.01 FORMATO DE INFORME DE CANCELACIÓN DE AGENDA DEL SERVICIO |
| 247 | PT-ADX-01-05 V.01 PROTOCOLO ACCIONES PARA EVITAR EFECTOS NOCIVOS DE LAS RADIACIONES A LOS USUARIOS, AL PERSONAL, LOS VISITANTES Y EL PÚBLICO EN GENERAL | FR-ADX-01-05 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO IMAGENOLOGÍA |
| 248 | PT-ADX-01-06 V.02 PROTOCOLO DE INSTRUCCIONES A LOS USUARIOS SOBRE LA PREPARACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS | FR-ADX-01-06 V.01 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL |

| | | |
|-----|---|--|
| 249 | PT-ADX-01-07 V.01 PROTOCOLO DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE CARÁCTER RADIOLÓGICO | |
| 250 | PT-ADX-01-08 V.02 PROTOCOLO DE REALIZACION Y SUPERVISION DE EXAMENES DIAGNOSTICOS: TÉCNICA DIAGNÓSTICA, CALIDAD DE LA IMAGEN Y RADIO PROTECCIÓN | |
| 251 | MN-ADX-01-09 V.01 MANUAL DE PROYECCIONES RADIOLÓGICAS | |
| 252 | DOCUMENTO LABORATORIO CLINICO --> ADX 02 | FORMATOS Y LISTAS |
| 253 | MN-ADX-02-01 V.04 MANUAL DE RECEPCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES | FR-ADX-02-01 V.02 FORMATO VERIFICACIÓN DE UNIDADES ENVIADAS A OTRAS INSTITUCIONESG2:K14 |
| 254 | MN-ADX-02-02 V.04 MANUAL DE USO DE HEMOCOMPONENTES | FR-ADX-02-02 V.02 FORMATO DE CONTROL DE TEMPERATURA DE PRODUCTOS REFRIGERADOS |
| 255 | MN-ADX-02-03 V.04 MANUAL DE REACTIVO VIGILANCIA | FR-ADX-02-03 V.03 FORMATO DE RECEPCIÓN DE HEMOCOMPONENTES |
| 256 | MN-ADX-02-04 V.05 MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS | FR-ADX-02-04 V.02 FORMATO DE ENTREGA DE RESIDUOS TRANSFUSIONALES |
| 257 | MN-ADX-02-05 V.02 MANUAL DE BIOSEGURIDAD EN TOMA DE MUESTRAS | FR-ADX-02-05 V.04 FORMATO REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES |
| 258 | MN-ADX-02-06 V.02 MANUAL DE TRANSPORTE Y REFERENCIA DE MUESTRAS | FR-ADX-02-06 V.02 FORMATO DE USO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO CADENA DE FRIO |
| 259 | | FR-ADX-02-07 V.05 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRANSFUSION (anexo1) |
| 260 | | FR-ADX-02-08 V.04 FORMATO DE SOLICITUD DE TRANSFUSION Y REPORTE DE REACCIONES TRANSFUSIONALES (anexo2) |
| 261 | | FR-ADX-02-09 V.03 FORMATO DE REGISTRO DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES (anexo4) |
| 262 | | FR-ADX-02-10 V.00 FORMATO DE REPORTE DE INCIDENTE O EVENTO ADVERSO (anexo2) |
| 263 | | FR-ADX-02-11 V.02 FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE MUNICIPIOS |
| 264 | | FR-ADX-02-12 V.02 FORMATO ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS |

| | | |
|-----|--|---|
| 265 | | FR-ADX-02-13 V.01 FORMATO DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, REACTIVOS E INSUMOS (anexo1) |
| 266 | DOCUMENTO FISIOTERAPIA --> ATP 01 | FORMATOS Y LISTAS |
| 267 | PT-ATP-01-01 V.02 PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN TERAPEUTICA FISICA | FR-ATP-01-01 V.01 FORMATO REGISTRO DEMANDA INSATISFECHA PARA REHABILITACIÓN |
| 268 | PT-ATP-01-02 V.01 PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE REHABILITACIÓN | FR-ATP-01-02 V.01 FORMATO REGISTRO DE AGENDA DE REHABILITACION |
| 269 | PT-ATP-01-03 V.01 PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE REHABILITACIÓN | FR-ATP-01-03 V.01 FORMATO ASIGNACION DE CITAS PARA REHABILITACION |
| 270 | | FR-ATP-01-04 V.01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FISICA |
| 271 | DOCUMENTO TERAPIA OCUPACIONAL --> ATP 02 | FORMATOS Y LISTAS |
| 272 | PT-ATP-02-01 V.03 PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL | |
| 273 | DOCUMENTO SERVICIOS FARMACEUTICOS --> ATP 03 | FORMATOS Y LISTAS |
| 274 | PT-ATP-03-01 V.04 PROTOCOLO PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS | FR-ATP-03-01 V.02 FORMATO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS |
| 275 | PT-ATP-03-02 V.04 PROTOCOLO PARA EL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS, MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y DEMAS INSUMOS DE LA SALUD | FR-ATP-03-02 V.02 FORMATO PARA CONTEO FÍSICO INVENTARIO GENERAL |
| 276 | PT-ATP-03-03 V.02 PROTOCOLO PARA EL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS DE CADENA DE FRÍO | FR-ATP-03-03 V.02 FORMATO PARA CONTEO FÍSICO INVENTARIO ALEATORIO |
| 277 | PT-ATP-03-04 V.02 PROTOCOLO DE REPORTE Y REPOSICIÓN CARRO DE PARO | FR-ATP-03-04 V.03 FORMATO PARA CONTROL DE CONDICIONES AMBIENTALES |
| 278 | PT-ATP-03-05 V.02 PROTOCOLO DE CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS | FR-ATP-03-05 V.02 FORMATO DE REVISIÓN MENSUAL DEL CARRO DE PARO |
| 279 | PT-ATP-03-06 V.02 PROTOCOLO DE CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS | LT-ATP-03-06 V.02 LISTA DE CHEQUEO DEL CARRO DE PARO DE URGENCIAS GENERAL |
| 280 | PT-ATP-03-07 V.02 PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTO | FR-ATP-03-07 V.02 FORMATO DE RECEPCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS, REACTIVOS E INSUMOS |

| | | |
|-----|--|--|
| 281 | PT-ATP-03-08 V.03 PROTOCOLO DE DISTRIBUCION DE MEDICAMENTO Y DISPOSITIVOS MEDICOS | FR-ATP-03-08 V.01 FORMATO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRURGICOS GASTADOS STOCK AMBULANCIAS |
| 282 | PR-ATP-03-09 V.02 PROCEDIMIENTOS DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA TERCERIZADO | LT-ATP-03-09 V.01 LISTADO BASICO DE MEDICAMENTOS |
| 283 | PT-ATP-03-10 V.00 PROTOCOLO DE MANEJO DE GASES MEDICINALES | FR-ATP-03-10 V.01 FORMATO DE CONSUMO HISTORICO |
| 284 | PT-ATP-03-11 V.05 PROTOCOLO MANEJO DE RUPTURA Y DERRAME DE MEDICAMENTOS | FR-ATP-03-11 V.03 FORMATO REPORTE APERTURA Y CIERRE DEL CARRO DE PARO |
| 285 | PT-ATP-03-12 V.02 PROTOCOLO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL | |
| 286 | PT-ATP-03-13 V.04 PROTOCOLO DE RECEPCION Y VERIFICACION TECNICA DE MEDICAMENTOS, DISPISITIVOS MEDICOS, REACTIVOS E INSUMOS | |
| 287 | PT-ATP-03-14 V.02 PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS | |
| 288 | PR-ATP-03-15 V.01 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS EN LAS AMBULANCIAS | |
| 289 | PT-ATP-03-16 V.03 PROTOCOLO TRANSPORTE DE MEDICAMENTO, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS | |
| 290 | DOCUMENTO FONOAUDIOLOGÍA --> ATP 04 | FORMATOS Y LISTAS |
| 291 | PT-ATP-04-01 V.03 PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN FONOAUDIOLOGÍA | |
| 292 | DOCUMENTO TRABAJO SOCIAL --> ATP 05 | FORMATOS Y LISTAS |
| 293 | PT-ATP-05-01 V.01 PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTES POR TRABAJO SOCIAL | |
| 294 | DOCUMENTO TRASLADO AMBULANCIAS--> TAS 01 | FORMATOS Y LISTAS |
| 295 | PT-TAS-01-01 V.04 PROTOCOLO DE RETORNO DE LA AMBULANCIA | FR-TAS-01-01 V.02 FORMATO DE EVOLUCIÓN Y PROCEDIMIENTOS DURANTE EL TRASLADO |
| 296 | PT-TAS-01-02 V.01 PROTOCOLO DE TRASLADO DE USUARIOS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | FR-TAS-01-02 V.02 FORMATO DE INSPECCIÓN DE STOCK DE MEDICAMENTOS E INSUMOS |

| | | |
|-----|---|--|
| 297 | PT-TAS-01-03 V.01 PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL | LT-TAS-01-03 V.04 LISTA DE CHEQUEO AMBULANCIA MOVIL |
| 298 | PT-TAS-01-04 V.01 PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS | FR-TAS-01-04 V.02 FORMATO DE INVENTARIO DE CHEQUEO AMBULANCIA |
| 299 | PT-TAS-01-05 V.01 PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS SEDES INTEGRADAS | FR-TAS-01-05 V.02 FORMATO CONTROL DE SIGNOS VITALES |
| 300 | PT-TAS-01-06 V.01 PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL SEDES INTEGRADAS | LT-TAS-01-06 V.01 LISTA DE CHEQUEO TRASLADO EN AMBULANCIA USUARIAS EN EMERGENCIA OBSTETRICA |
| 301 | DOCUMENTO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA --> TAS 02 | FORMATOS Y LISTAS |
| 302 | PR-TAS-02-01 V.02 PROCEDIMIENTO PARA TRÁMITE DE REFERENCIA EN CENTROS DE SALUD DE LAS SEDES INTEGRADAS | FR-TAS-02-01 V.02 FORMATO HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS |
| 303 | MN-TAS-02-02 V.08 MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | FR-TAS-02-02 V.02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO DE USUARIOS |
| 304 | | FR-TAS-02-03 V.02 FORMATO NOTAS DE ENFERMERIA |
| 305 | | FR-TAS-02-04 V.01 FORMATO DE REPORTE DE PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER – BAJA ROTACION Y DEVOLUCION |
| 306 | PR-TAS-02-05 V.00 PROCEDIMIENTO DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRASLADO | |
| 307 | PR-TAS-02-06 V.00 PROCEDIMIENTO PARA DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | LT-TAS-02-06 V.00 LISTA DE CHEQUEO TRASLADO EN AMBULANCIA EXTERNA |
| 308 | PR-TAS-02-07 V.00 PROCEDIMIENTO PARA ANEXAR REPORTES DE APOYO DIAGNOSTICO | LT-TAS-02-07 V.00 LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRASLADO Y OTROS |
| 309 | PR-TAS-02-08 V.00 PROCEDIMIENTO PARA RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA | |
| 310 | PT-TAS-02-09 V.00 PROTOCOLO DE ESTANDARIZACION DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXOS TECNICOS NO. 9 y 10 | FR-TAS-02-09 V.01 FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBULANCIAS |
| 311 | PR-TAS-02-10 V.00 PROCEDIMIENTO DE ESTABILIZACION DEL PACIENTE ANTES DEL TRASLADO | FR-TAS-02-10 V.01 FORMATO LISTA DE CHEQUEO LIMPIEZA DESINFECCION DE AMBULANCIAS |

Es por ello, que es importante cumplir con los estándares de habilitación el cual permite la continuidad de la atención, cumplimiento de la norma, mitigación de PQR, demostrar seguridad y hacer lo correcto.

El REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), es la base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona para la vigencia 2025 realizó la renovación y declaración ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS de los servicios habilitados previa autoevaluación permitiendo accesibilidad y oportunidad de nuestro portafolio de servicios para nuestros usuarios de Pamplona y la Provincia, de esta manera dando cumplimiento con la normatividad vigente como se puede evidenciar en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS así:

Registro actual ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|---|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
| Nit:NI | | | | | |
| Cédula ciudadanía:CC NI 890501019 - 9 | | | | | |
| Cédula extranjería:CE | | | | | |
| Naturaleza Jurídica Pública Prestadores acreditados en salud | | | | | |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | | | | | |
| Departamento Norte de Santander Municipio PAMPLONA | | | | | |
| Código de Prestador 5451800372 - 01 | | | | | |
| Nombre del Prestador ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | | | | | |
| Clase de Prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS Empresa Social del Estado SI | | | | | |
| Dirección carrera 9 No 5-01 barrio ursua | | | | | |
| Teléfono(s) 5682486 | | | | | |
| Fax 5681431 | | | | | |
| Correo Electrónico gerencia@hspd.gov.co calidad@hspd.gov.co | | | | | |
| Razón Social ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | | | | | |
| Representante Legal LUIS DANIEL VERGEL SANCHEZ | | | | | |
| Nivel Atención Prestador 2 Carácter Territorial DEPARTAMENTAL | | | | | |
| Fecha de Inscripción 20061117 Fecha de Vencimiento 20260831 | | | | | |

CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador: 5451800372 - ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

Código y Nombre de la Sede: No 1 PAMPLONASANTANDER DE SALUD P.E.E. HOSPITAL

Fecha de registro: 20061117 (Actualizado por última vez: 20260831)

Servicios declarados en la Autoevaluación:

| CÓDIGO DEL SERVICIO | SÍMBOLO | NOMBRE DEL SERVICIO |
|---------------------|---------|--|
| 001 | 001 | CONSULTA EXTERNA |
| 002 | 002 | CONSULTA EXTERNA |
| 003 | 003 | CONSULTA EXTERNA |
| 004 | 004 | LABORATORIO |
| 005 | 005 | LABORATORIO ESPECIALIZADO |
| 006 | 006 | ANÁLISIS DE HUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO |
| 007 | 007 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 008 | 008 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 009 | 009 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 010 | 010 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 011 | 011 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 012 | 012 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 013 | 013 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 014 | 014 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 015 | 015 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 016 | 016 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 017 | 017 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 018 | 018 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 019 | 019 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 020 | 020 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 021 | 021 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 022 | 022 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 023 | 023 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 024 | 024 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 025 | 025 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 026 | 026 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 027 | 027 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 028 | 028 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 029 | 029 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 030 | 030 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 031 | 031 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 032 | 032 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 033 | 033 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 034 | 034 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 035 | 035 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 036 | 036 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 037 | 037 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 038 | 038 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 039 | 039 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 040 | 040 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 041 | 041 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 042 | 042 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 043 | 043 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 044 | 044 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 045 | 045 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 046 | 046 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 047 | 047 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 048 | 048 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 049 | 049 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 050 | 050 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 051 | 051 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 052 | 052 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 053 | 053 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 054 | 054 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 055 | 055 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 056 | 056 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 057 | 057 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 058 | 058 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 059 | 059 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 060 | 060 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 061 | 061 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 062 | 062 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 063 | 063 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 064 | 064 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 065 | 065 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 066 | 066 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 067 | 067 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 068 | 068 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 069 | 069 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 070 | 070 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 071 | 071 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 072 | 072 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 073 | 073 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 074 | 074 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 075 | 075 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 076 | 076 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 077 | 077 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 078 | 078 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 079 | 079 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 080 | 080 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 081 | 081 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 082 | 082 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 083 | 083 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 084 | 084 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 085 | 085 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 086 | 086 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 087 | 087 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 088 | 088 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 089 | 089 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 090 | 090 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 091 | 091 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 092 | 092 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 093 | 093 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 094 | 094 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 095 | 095 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 096 | 096 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 097 | 097 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 098 | 098 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 099 | 099 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |
| 100 | 100 | PROTECCIÓN ESPECIALIZADA Y DEFENSA TERRITORIAL |

REGISTRO ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA Y SEDES INTEGRADAS EN REPS:

| Departamento | Municipio | Código Prestador | Nombre Prestador | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Zona | Dirección | Teléfono |
|--------------------|------------|------------------|---|-----------------------|------|--|--------|---------------------|----------|
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5451800372 | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | URBANA | Carrera 2 No. 3-106 | 5290010 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5451800372 | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | URBANA | Carrera 8 No. 5-38 | 5678207 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5451800372 | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | URBANA | Carrera 5 No. 5-38 | 5676057 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5451800372 | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | URBANA | Carrera 3 No. 4-46 | 5292078 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | URBANA | CARRERA 9 NO. 5-01 | 5682486 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5451800372 | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | URBANA | calle 5 Carrera 3 | 5684930 |
| Norte de Santander | SILOS | 5451800372 | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | URBANA | Carrera 4 No. 3-63 | 5676057 |

SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA POR CADA SEDE INTEGRADA:

**** Cacota**

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|---------------------------|---|-------------|
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0214284 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0728417 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0214285 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0214286 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0214287 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0214288 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0214289 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 1102-URGENCIAS | DHSS0214290 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | 1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0214291 |

Capacidad:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|---------------------------|--------------|-----------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWN344 | TERRESTRE | 2020 | 10019458330 |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | CONSULTORIOS | Urgencias | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CÁCOTA | 5412500372 | 08 | CENTRO DE SALUD DE CACOTA | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 4 | | | 0 | |

**** Chitaga**

Servicios:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|----------------------------|---|-------------|
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0229092 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0728418 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0229093 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0229094 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0229095 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0229096 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0229097 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 1102-URGENCIAS | DHSS0229098 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | 1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0229099 |

Capacidad:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|----------------------------|--------------|-----------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWN343 | TERRESTRE | 2020 | 10019458006 |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | CAMILLAS | Observación Pediátrica | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | CONSULTORIOS | Urgencias | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CHITAGÁ | 5417400372 | 05 | CENTRO DE SALUD DE CHITAGA | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 4 | | | 0 | |

**** Cucutilla**

Servicios:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|--|---|-------------|
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0214292 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0728419 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0214293 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0214294 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0214295 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0214296 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0214297 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 1102-URGENCIAS | DHSS0214298 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | 1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0214299 |

Capacidad:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|--|--------------|-----------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWG681 | TERRESTRE | 2024 | 10031301025 |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 2 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | CONSULTORIOS | Urgencias | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | CUCUTILLA | 5422300372 | 06 | CENTRO DE SALUD DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 5 | | | 0 | |

**** Pamplonita**

Servicios:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------------|------------|-----------------------|------|-------------------------------|---|-------------|
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0229007 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0728421 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0229008 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0229009 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0229010 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0229011 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0229012 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 1102-URGENCIAS | DHSS0229013 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | 1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0229014 |

Capacidad:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|--------------------|------------|-----------------------|------|-------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWG680 | TERRESTRE | 2024 | 10031300648 |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | CAMILLAS | Observación Pediátrica | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | CONSULTORIOS | Urgencias | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONITA | 5452000372 | 04 | CENTRO DE SALUD DE PAMPLONITA | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 4 | | | 0 | |

**** Silos**

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|--------------------------|---|-------------|
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0229057 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0728422 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0229058 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0229059 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0229060 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0229061 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0229062 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 1102-URGENCIAS | DHSS0229063 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | 1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0229064 |

Servicios:

Capacidad:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWG682 | TERRESTRE | 2024 | 10031301615 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWN348 | TERRESTRE | 2020 | 10019458421 |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | CONSULTORIOS | Urgencias | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | SILOS | 5474300372 | 07 | CENTRO DE SALUD DE SILOS | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 5 | | | 0 | |

**** Mutiscua**

Servicios:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|-----------------------------|---|-------------|
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0229015 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0728420 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0229016 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0229017 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0229018 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0229019 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0229020 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 1102-URGENCIAS | DHSS0229021 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | 1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0229022 |

Capacidad:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWG683 | TERRESTRE | 2024 | 10031301442 |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | CONSULTORIOS | Urgencias | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | MUTISCUA | 5448000372 | 09 | CENTRO DE SALUD DE MUTISCUA | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 4 | | | 0 | |

**** Pamplona**

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|---------------------------------------|---|-------------|
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS | DHSS0260949 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA | DHSS0260950 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 203 -CIRUGÍA GENERAL | DHSS0260951 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA | DHSS0260952 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 301 -ANESTESIA | DHSS0260953 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 304 -CIRUGÍA GENERAL | DHSS0260954 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0260955 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 316 -GASTROENTEROLOGÍA | DHSS0728415 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 320 -GINECOBSTERICIA | DHSS0260956 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0728416 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0260957 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 329 -MEDICINA INTERNA | DHSS0260958 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHSS0260959 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0260960 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 342 -PEDIATRÍA | DHSS0260961 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 344 -PSICOLOGÍA | DHSS0260962 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 345 -PSIQUIATRÍA | DHSS0659955 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | DHSS0659956 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0260963 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 706 -LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0260964 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0260965 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 714 -SERVICIO FARMACÉUTICO | DHSS0260966 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 728 -TERAPIA OCUPACIONAL | DHSS0260967 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 729 -TERAPIA RESPIRATORIA | DHSS0260968 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 739 -FISIOTERAPIA | DHSS0260969 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHSS0260970 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR | DHSS0260971 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES | DHSS0260972 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0659957 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL | DHSS0260973 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0260974 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 1101-ATENCIÓN DEL PARTO | DHSS0260975 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 1102-URGENCIAS | DHSS0260976 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | DHSS0260977 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO | DHSS0260978 |

Servicios:

Capacidad:

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Grupo | Concepto | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Tarjeta de propiedad |
|--------------------|-----------|-----------------------|------|---------------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------------|
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWG672 | TERRESTRE | 2019 | 10017448198 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWG895 | TERRESTRE | 2015 | 10010282587 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | AMBULANCIAS | Básica | 1 | OWN346 | TERRESTRE | 2020 | 1019458543 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | AMBULANCIAS | Medicalizada | 1 | GWU067 | TERRESTRE | 2020 | 10020545599 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | AMBULANCIAS | Medicalizada | 1 | OWG686 | TERRESTRE | 2025 | 10037317144 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CAMAS | Pediátrica | 9 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CAMAS | Adultos | 30 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CAMAS | Atención del Parto | 10 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CAMILLAS | Observación Pediátrica | 3 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CAMILLAS | Observación Adultos Hombres | 6 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CAMILLAS | Observación Adultos Mujeres | 6 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CONSULTORIOS | Urgencias | 3 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | CONSULTORIOS | Consulta Externa | 24 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | SALAS | Partos | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | SALAS | Procedimientos | 1 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | SALAS | Sala de Cirugía | 2 | | | 0 | |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451800372 | 01 | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | UNIDAD MOVIL | Unidad Móvil | 1 | OWG897 | TERRESTRE | 2016 | 10010285524 |

CONSTANCIA DE HABILITACION PAMPLONA Y SEDES INTEGRADAS

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.
SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL.
COORDINADOR SUBGRUPO DE VIGILANCIA Y CONTROL .

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA, en su sede de prestador HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA del municipio de PAMPLONA - departamento de NORTE DE SANTANDER, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|--|---|----------------------------------|---|
| Código y Nombre del Prestador: | | 5451800372 - ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | | | |
| Ni: Nit / CC: Cédula | Ni: 890501019-9 | Nombre o razón social: | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | | |
| Fecha de inscripción: | 2006/11/17 | Fecha de vencimiento: | 2026/08/31 | Clase de prestador: | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PÚBLICA | Nivel de Atención del Prestador: | 2 |
| Empresa Social del Estado: | SI | Carácter Territorial de la Entidad: | DEPARTAMENTAL | | |
| Representante Legal: | LUIS DANIEL VERGEL SANCHEZ | | Dirección administrativa: | CARRERA 9 NO 5-01 BARRIO URSUA | |
| Telefono: | 5682486 | Fax: | 5681431 | Email: | gerencia@hsdp.gov.co calidad@hsdp.gov.co |
| Municipio: | PAMPLONA | | Departamento: | NORTE DE SANTANDER | |

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.



| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|--------------|-------------|------------|--------------------|-------------------|
| ORDENANZA | 60 | 12 | | |

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAAMDD)

SEDE PRINCIPAL:

2. El Sistema de Información para la Calidad pretende:

El Sistema de Información para la Calidad pretende:

-  Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
-  Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de

ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema

Indicadores resolución 256/2016: Consolidado Anual 2025

| INDICADOR | VALOR DEL INDICADOR | ESTANDAR | FACTOR |
|-----------------------|---------------------|----------|---------|
| Medicina General | 2.4 | 3 | días |
| Odontología | 2.8 | 3 | días |
| Medicina Interna | 3.9 | ≤ 15 | días |
| Pediatría | 2.4 | 5 | días |
| Ginecología | 4.5 | 5 | días |
| Obstetricia | 4.5 | 5 | días |
| Cirugía General | 4.4 | ≤ 10 | días |
| Ecografía | 2.9 | 15 | días |
| Urgencias (Triage II) | 14.4 | 30 | minutos |

En el consolidado se puede observar que durante la vigencia 2025, los servicios de: Medicina general, Odontología, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Ecografía y Urgencias (Triage II), cumplen con el estándar dentro de la norma establecido para el tiempo de consulta, prestación del servicio y satisfacción a los usuarios, se mantienen dentro de una calificación optima, es decir se encuentran dentro de los tiempos de espera propuestos para las citas. Para ellos se estableció realizar jornadas de apoyo y así generar satisfacción a la demanda de los servicios requeridos por los usuarios.

De igual es importante afirmar que la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona continúa realizando el reporte de indicadores a los diferentes entes de control (IDS – EPS), de igual manera se hace seguimiento del reporte a SISPRO

Reporte a SISPRO

| Indicador | Código Departamento | Departamento | Código Municipio | Municipio | IPS | F |
|--|---------------------|-------------------------|------------------|------------------|--|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General | 54 | 54 - Norte de Santander | 54518 | 54518 - Pamplona | 545180037201 - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | |
| | | | | | 545180046401 - CENTRO MEDICO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD "C.M.I." S.A. | |
| | | | | | 545180117202 - ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD - ASSALUD | |
| | | | | | 545180185601 - Fundacion Amiga del Paciente | |
| | | | | | 545180240701 - CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO MEDICO I.P.S. S.A.S. | |

FUENTE : Bodega de datos de SISPRO (SGD) - Indicadores Resolución 256 de 2016. Se recomienda consultar las respectivas fichas técnicas para documentarse respecto acuerdo con la Resolución 3359 de 2019 (art. 9), a partir del año 2020 el reporte del conjunto de datos de Resolución 256/16 se realiza de manera trimestral, al igual que el Fecha actualización indicadores 1er trimestre 2020: Agosto 24/20.

| 20250331 | | 20250630 | | | 20250930 | | | 20251231 | | |
|-------------|-------|-----------|-------------|-------|-----------|-------------|-------|-----------|-------------|-------|
| Denominador | Valor | Numerador | Denominador | Valor | Numerador | Denominador | Valor | Numerador | Denominador | Valor |
| 15.607,00 | 2,98 | 34.492,00 | 14.055,00 | 2,45 | 45.826,00 | 16.123,00 | 2,84 | 33.665,00 | 13.444,00 | 2,50 |

Dominio: Actor:

Indicador: Departamento:

Municipio:

1 of 1 Find | Next

Indicadores Monitoreo de la Calidad de la Atención - IPS - Experiencia de la atención

| Indicador | Código Departamento | Departamento | Código Municipio | Municipio | IPS |
|---|---------------------|-------------------------|------------------|------------------|---|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología | 54 | 54 - Norte de Santander | 54518 | 54518 - Pamplona | 545180037201 - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA 545180046401 - CENTRO MEDICO INTEGRAL |

| 20250331 | | 20250630 | | | 20250930 | | | 20251231 | | |
|-------------|-------|-----------|-------------|-------|-----------|-------------|-------|-----------|-------------|-------|
| Denominador | Valor | Numerador | Denominador | Valor | Numerador | Denominador | Valor | Numerador | Denominador | Valor |
| 613,00 | 4,22 | 4.117,00 | 873,00 | 4,72 | 4.974,00 | 874,00 | 5,69 | 4.766,00 | 916,00 | 5,20 |

Reporte a entes de control en el 1 trimestre

MCA195MOCA Archivo MCA195MOCA20250331NI000890501019C01.txt - 2025-04-28 20:17:41 PM
Enviado a: farmacia@hsdp.gov.co
Sres. ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona (NI 890501019)

Resultados del procesamiento del archivo:
MCA195MOCA20250331NI000890501019C01.txt

- ☐ Fecha y Hora de Recepción: 2025-04-28 19:36:47 PM
- ☐ Registros leídos: Control = 1, Detalle = 31,217
- ☐ Registro de control es correcto: SI
- ☐ Registros de detalle correctos: 31,217
- ☐ Registros de detalle con error: 0
- ☐ Registros de detalle cargados = 31,217

Resumen por tipo de registro:
Tipo2=> Enviados: 28,074, Cargados: 28,074, Con Error: 0
Tipo3=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0
Tipo4=> Enviados: 375, Cargados: 375, Con Error: 0
Tipo5=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0
Tipo6=> Enviados: 2,766, Cargados: 2,766, Con Error: 0

El archivo ha sido procesado y la información válida se cargó en el sistema.
Atentamente,

PISIS Distribuidor - MCA Monitoreo de Calidad
Ministerio de Salud y Protección Social

Este correo es solo para propósitos informativos.
NO enviar mensajes a este correo.
Para dudas o sugerencias contacte a la Mesa de Ayuda.

Datos del proceso para cuando se solicite seguimiento a la Mesa de Ayuda:
GUID: 141AD4F2-4FE9-4719-9031-49A31E056740
MDS: B4E979A286F833426426DOBA00F27C6D

Reporte a entes de control en el 2 trimestre

MCA195MOCA Archivo MCA195MOCA20250630NI000890501019C01.txt - 2025-07-24 18:06:39 PM
Enviado a: farmacia@hsdp.gov.co
Sres. ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona (NI 890501019)

Resultados del procesamiento del archivo:
MCA195MOCA20250630NI000890501019C01.txt

- ☐ Fecha y Hora de Recepción: 2025-07-24 18:03:33 PM
- ☐ Registros leídos: Control = 1, Detalle = 28,121
- ☐ Registro de control es correcto: SI
- ☐ Registros de detalle correctos: 28,121
- ☐ Registros de detalle con error: 0
- ☐ Registros de detalle cargados = 28,121

Resumen por tipo de registro:
Tipo2=> Enviados: 25,269, Cargados: 25,269, Con Error: 0
Tipo3=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0
Tipo4=> Enviados: 399, Cargados: 399, Con Error: 0
Tipo5=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0
Tipo6=> Enviados: 2,451, Cargados: 2,451, Con Error: 0

El archivo ha sido procesado y la información válida se cargó en el sistema.
Atentamente,

PISIS Distribuidor - MCA Monitoreo de Calidad
Ministerio de Salud y Protección Social

Este correo es solo para propósitos informativos.
NO enviar mensajes a este correo.
Para dudas o sugerencias contacte a la Mesa de Ayuda.

Datos del proceso para cuando se solicite seguimiento a la Mesa de Ayuda:
GUID: F325A42B-8570-43EE-8146-D09DFB72B7F1
MDS: E64E98441AF70A1C48202254A26629EC
Fecha y Hora del (Servidor): 2025-07-24 18:06:39 PM

Reporte a entes de control en el 3 trimestre

MCA195MOCA Archivo MCA195MOCA20250930NI000890501019C01.txt - 2025-10-27 14:51:47

PM

Enviado a: farmacia@hsdp.gov.co

Sres. ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona (NI 890501019)

Resultados del procesamiento del archivo:

MCA195MOCA20250930NI000890501019C01.txt

☑ Fecha y Hora de Recepción: 2025-10-27 14:48:00 PM

☑ Registros leídos: Control = 1, Detalle = 30,063

☑ Registro de control es correcto: SI

☑ Registros de detalle correctos: 30,063

☑ Registros de detalle con error: 0

☑ Registros de detalle cargados = 30,063

Resumen por tipo de registro:

Tipo2=> Enviados: 27,848, Cargados: 27,848, Con Error: 0

Tipo3=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0

Tipo4=> Enviados: 388, Cargados: 388, Con Error: 0

Tipo5=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0

Tipo6=> Enviados: 1,825, Cargados: 1,825, Con Error: 0

El archivo ha sido procesado y la información válida se cargó en el sistema

E.S.E.
Hospital
SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

Reporte a entes de control en el 4 trimestre

```
MCA195MOCA Archivo MCA195MOCA20251231NI000890501019C01.txt - 2026-01-28 19:59:18
PM
Enviado a: farmacia@hsdp.gov.co

Sres. ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona (NI 890501019)

Resultados del procesamiento del archivo:
MCA195MOCA20251231NI000890501019C01.txt





[ ] Fecha y Hora de Recepción: 2026-01-28 18:52:19 PM
[ ] Registros leídos: Control = 1, Detalle = 26,256
[ ] Registro de control es correcto: SI
[ ] Registros de detalle correctos: 26,256
[ ] Registros de detalle con error: 0
[ ] Registros de detalle cargados = 26,256
Resumen por tipo de registro:
Tipo2=> Enviados: 24,029, Cargados: 24,029, Con Error: 0
Tipo3=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0
Tipo4=> Enviados: 358, Cargados: 358, Con Error: 0
Tipo5=> Enviados: 1, Cargados: 1, Con Error: 0
Tipo6=> Enviados: 1,867, Cargados: 1,867, Con Error: 0

El archivo ha sido procesado y la información válida se cargó en el sistema.
```

3. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Para la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios desarrolló el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), aplicando los nueve (9) pasos de la Ruta Crítica como herramienta estratégica para:

-  Evaluar la calidad en la atención en salud.
-  Identificar brechas institucionales.
-  Implementar acciones de mejora.
-  Fortalecer el desempeño organizacional.

Durante este proceso se conformaron ocho (8) grupos de trabajo, bajo el liderazgo del señor gerente, Dr. Luis Daniel Verjel. Las actividades iniciaron el 16 de enero de 2025 con el desarrollo del primer paso: la autoevaluación institucional.

En esta fase se evaluaron 201 estándares de acreditación, lo que permitió identificar brechas y orientar la formulación de acciones de mejora.

RESULTADOS DE LA AUTO-EVALUACIÓN

Como resultado de la auto evaluación, se obtuvo una calificación de 1.70, evidenciando un avance frente al año 2024 (1.60), lo que representa una mejora progresiva en la calidad institucional.

No obstante, persisten oportunidades de mejora en los siguientes componentes:

- Ambiente físico
- Gestión del riesgo
- Procesos de mejoramiento continuo

AUTOEVALUACIÓN POR ESTÁNDARES

| GRUPOS POR ESTANDAR | NUMEROS DE ESTANDARES POR GRUPO | No DE LIDERES POR CADA ESTANDAR | RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION |
|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Asistencial | 1-94 | 12 | 2,00 |
| Direccionamiento | 95 -112 | 4 | 1,74 |
| Gerencia | 113 – 133 | 4 | 1,83 |
| Talento humano | 134-152 | 3 | 1,78 |
| Ambiente físico | 153 -166 | 2 | 1,25 |
| Tecnología | 167-178 | 3 | 1,86 |
| Información | 179-196 | 3 | 1,62 |
| Mejoramiento | 197- 201 | 2 | 1,54 |
| TOTAL | 201 | 33 | 1,70 |

INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO

| No. De indicador | Tipo de ESE | Nombre del Indicador | Formula del indicador | Estándar para cada año | Resultado | | |
|------------------|-------------|--|---|------------------------|---|------|-------------|
| 1 | Nivel II | Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior | Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia actual/Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior | Mayor o igual a 1,20 | Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia actual (2025) | 1,70 | 1,06 |
| | | | | | Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior (2024) | 1,60 | |

El indicador de mejoramiento continuo alcanzó un resultado de 1.06, sin cumplir la meta establecida (≥ 1.20).

Este resultado se explica principalmente por:

- La inclusión de estándares con mayor nivel de exigencia.
- La incorporación de nuevos servicios habilitados, los cuales se encuentran en proceso de fortalecimiento.
- La persistencia de brechas en infraestructura, gestión del riesgo y mejoramiento continuo

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES DE MEJORA

Se logró un cumplimiento del 100% en la ejecución de las acciones de mejora (8 de 8), superando la meta establecida ($\geq 90\%$).

Este resultado evidencia:

- Alto compromiso institucional.
- Adecuada gestión de los planes de mejora.
- Fortalecimiento del proceso de auditoría interna.

INDICADOR 3: CUMPLIMIENTO DE AUDITORÍAS DE HABILITACIÓN

Se alcanzó un cumplimiento del 100% en las auditorías de habilitación programadas (5 de 5).

Durante el periodo evaluado se realizaron auditorías en los siguientes servicios:

| No. De Meta | Tipo de ESE | Nombre del Indicador | Formula del indicador | Meta | Resultado | | |
|-------------|-------------|--|--|---------------------|--|---|------|
| 2 | Nivel II | Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud. | Número acciones de Mejora ejecutadas derivadas de auditorías realizadas/ Total, de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría. | Mayor o igual a 90% | Número acciones de Mejora Ejecutadas derivadas de auditorías realizadas | 8 | 100% |
| | | | | | Total, de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría. | 8 | |

- Imágenes diagnósticas
- Interdependencias
- Vacunación
- Consulta externa
- Procesos prioritarios

Todas las auditorías se ejecutaron conforme al cronograma establecido, evidenciando un adecuado desempeño en la planeación, organización y ejecución del proceso.

| No. de Indicador | Tipo de ESE | Nombre del Indicador | Formula del Indicador | Meta | Resultado | | |
|------------------|-------------|------------------------------|--|---------------------|---|---|------|
| 16 | Nivel II | Cumplimiento de habilitación | No de auditorías de habilitación ejecutadas/ No. De auditorías de habilitación Programadas | Mayor o igual a 90% | No de Visitas de auditorías realizadas | 5 | 100% |
| | | | | | No de Visitas de auditorías Programadas | 5 | |

PRESENTACION DEL PAMEC ANTE INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

El 20 de enero del 2026 se presenta ante el IDS todo el desarrollo de la ruta crítica del Pamec con una calificación ALTA.

| ATENCION EN SALUD | | Código: F-AS-VP10-01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|---|--|---|--|--|------------------------------------|---|--|---|--|--|--|--|--|------|--|--|
| SEGUIMIENTO A COMPONENTES DE CUMPLIMIENTO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD | | Fecha Aprobación: 14/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Versión: 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Página 5 de 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL PERIODO ACTUAL: 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | | | | | |
| NOMBRE IPS | NIT | CODIGO HABILITACION | REALIZO AUTOEVALUACION | SELECCIONO PROCESOS A MEJORAR | PRIOORIZO LOS PROCESOS A MEJORAR | DEFINO LA CALIDAD ESPERADA PARA TODOS LOS PROCESOS ESPERADOS | DEFINO LA CALIDAD OBSERVADA PARA TODOS LOS PROCESOS ESPERADOS | FORMULO PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA PARA LOS PROCESOS ESPERADOS | IMPLEMENTO PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA PARA LOS PROCESOS ESPERADOS | IMPLEMENTO INDICADORES DE RESULTADOS PARA MEJOR LA GESTION | REALIZO EVALUACION DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA | REALIZO APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL | RESULTADO DE CUMPLIMIENTO (BAJA, MEDIA, ALTA EJECUCION) | ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA ENTIDAD EVALUADA | ESCRIBA EL CARGO DEL RESPONSABLE DE REALIZACION DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC | CORREO ELECTRONICO DEL RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC | TELEFONO DEL RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LA FORMULACION Y RESULTADOS DE LA EJECUCION DEL PAMEC | | | | | | |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA | 80991019-6 | 5451800372 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | ALTA | YANETH GONZALEZ | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | REVISOR ANCI AVCONTROL @IDS.GOV.CO | 31257888 | | | | | | |
| Los puntos del 4 al 13 escribir SI o NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relacione el resultado de cumplimiento del PAMEC de la entidad evaluada: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>1: baja ejecución (menos de cinco criterios cumplidos)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2: media ejecución (entre 6 y 8 criterios cumplidos)</td> <td>ALTA</td> </tr> <tr> <td>3: alta ejecución (mayor de nueve criterios cumplidos)</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1: baja ejecución (menos de cinco criterios cumplidos) | | 2: media ejecución (entre 6 y 8 criterios cumplidos) | ALTA | 3: alta ejecución (mayor de nueve criterios cumplidos) | |
| 1: baja ejecución (menos de cinco criterios cumplidos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2: media ejecución (entre 6 y 8 criterios cumplidos) | ALTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3: alta ejecución (mayor de nueve criterios cumplidos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: (relacione las observaciones que considere pertinentes, información para la superintendencia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><i>Manahaydee Rodruiz</i> Representante Legal o Profesional asignado C.C.</p> <p><i>Sareth Sanchez</i> Miembro de la Comisión IDS C.C. 60.293.152</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONCLUSIÓN

El Hospital San Juan de Dios presenta un avance significativo en la implementación del PAMEC, consolidando una cultura institucional orientada al mejoramiento continuo.

Se destaca el cumplimiento total de las acciones de mejora y de las auditorías programadas, lo que refleja compromiso organizacional y fortalecimiento de los procesos internos.

No obstante, persisten retos importantes en el cumplimiento de metas, especialmente en el indicador de mejoramiento continuo, por lo cual se requiere fortalecer las estrategias orientadas al cierre de brechas y al mejoramiento de los estándares de calidad.

Sistema Único de Acreditación:

En el momento la ESE San Juan de Dios de Pamplona y sus sedes integradas, se encuentran en el proceso de habilitación, para el cumplimiento de los estándares, incluyendo el despliegue de toda la información que reposa en gestión documental. Actualmente la empresa apunta a algunos estándares de acreditación a través de las actividades ejecutadas de PAMEC.

4.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y pro activa de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.








Establecer como propósito, proporcionar al usuario y su familia un ambiente seguro para la atención en salud de manera que se minimicen los factores de riesgo asociados a la prestación del servicio, a través de la implementación de metodologías (PROTOCOLO DE LONDRES Y AMFE) para el análisis de riesgos y fortaleciendo con capacitación permanente en la cultura del reporte enmarcado en el proceso de gestión de eventos adversos.


Acoger como visión de la política el texto siguiente: “En el 2027 la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona y sus Sedes Integradas, estarán en la capacidad de brindar al usuario y su familia un ambiente seguro para la atención en salud con un mínimo de riesgos asociados a la prestación del servicio”.

Velar por el cumplimiento de los siguientes valores institucionales acordes a su propósito: responsabilidad, solidaridad, trabajo en equipo, comunicación, calidad, enfoque de atención centrada en el usuario, cultura de seguridad, integración con el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, validez, alianza con el paciente y su familia, alianza con el profesional de la salud, multicausalidad y justicia.





Definir los siguientes principios: Responsabilidad social, eficiencia en el manejo de los recursos, transparencia, considerar al funcionario el recurso más valioso, auto gestión, mejoramiento continuo, liderazgo y objetividad.

Establecer como objetivos específicos de la política de seguridad del paciente los siguientes:

-  Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
-  Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
-  Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud
-  Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
-  Homologar la terminología a utilizar en el país
-  Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos
-  Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.

-  Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

GESTIÓN DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS

-  Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
-  Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
-  Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
-  Promover un entorno no punitivo.

ANÁLISIS DE RIESGOS: Metodología AMFE

Establecer como propósito, proporcionar al usuario y su familia un ambiente seguro para la atención en salud de manera que se minimicen los factores de riesgo asociados a la prestación del servicio, a través de la implementación del modelo AMFE de detección de riesgos y fortaleciendo con capacitación permanente la cultura del reporte enmarcado en el proceso de gestión de eventos adversos.

ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS: Protocolo de Londres

El protocolo de Londres mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas del error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

INDICADORES QUE MIDEN EL COMPONENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Total, de vigilancia de eventos adversos en 4 procesos Total de eventos adversos gestionados anualmente Porcentaje de crecimiento del reporte anualmente.
- Porcentaje de cumplimiento de capacitación enfocado en seguridad del paciente.
- Porcentaje de colaboradores sensibilizados en la política de seguridad del paciente.

- Total, de riesgos gestionados anualmente

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total de reportes | 131 | 118 | 297 | 527 | 268 | 619 | 725 | 896 | 1099 | 1120 |
| Total de Investigaciones | 43 | 41 | 60 | 78 | 36 | 40 | 54 | 60 | 76 | 56 |
| Total de eventos adversos | 14 | 12 | 15 | 31 | 13 | 10 | 8 | 6 | 5 | 7 |
| Total de capacitaciones | 12 | 10 | 38 | 36 | 41 | 38 | 40 | 14 | 13 | 17 |
| Porcentaje de adherencia | 68% | 72% | 75% | 78% | 72% | 84% | 86% | 82% | 78% | 83% |

| INFORME RIESGOS PRESENTADOS AL COMPONENTE DE SEGURIDAD DEL PÁCIENTE 2025 | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|------|--------|
| | ENE | FEB | MER | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| Total de incidentes/actos inseguros: | 76 | 94 | 99 | 82 | 100 | 111 | 107 | 81 | 97 | 94 | 89 | 90 | 1120 |
| Total de investigaciones: | 5 | 9 | 2 | 3 | 6 | 3 | 8 | 6 | 3 | 2 | 6 | 3 | 56 |
| Total de Eventos adversos relacionados con medicamentos: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total de Eventos adversos relacionados con equipos biomédicos: Dispositivo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total de Eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total de Eventos adversos relacionados con caídas: | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Total de Eventos adversos relacionados con Ulceras por presión: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total de Complicaciones relacionados con procedimientos quirúrgicos: | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| Total de Complicaciones postparto: | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Total de Complicaciones relacionados con medicamentos: | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total de incidentes relacionados con trámites administrativos (1): | 1 | 7 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 26 |
| Total de incidentes relacionados con procesos o procedimientos asistenciales(2): | 48 | 84 | 89 | 42 | 67 | 85 | 73 | 38 | 72 | 70 | 64 | 45 | 777 |
| Total de incidentes relacionados con registros clínicos (3): | 27 | 44 | 48 | 17 | 25 | 41 | 34 | 14 | 40 | 26 | 23 | 16 | 355 |
| Total de infecciones asociadas a la atención en salud (4): | IAAS | IAAS | IAAS | 1 | 2 | IAAS | IAAS | IAAS | IAAS | 1 | IAAS | IAAS | 4 |
| Total de incidentes relacionados con administración de medicamentos (5): | 34 | 30 | 33 | 49 | 37 | 46 | 59 | 50 | 34 | 38 | 38 | 53 | 501 |
| Total de incidentes relacionados con transfusiones de sangre y derivados (6): | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total de incidentes relacionados con dietas (7): | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| Total de incidentes relacionados con gases medicinales y oxígeno (8): | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 |
| Total de incidentes relacionados con equipos o dispositivos médicos (9): | 4 | 8 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 5 | 1 | 4 | 2 | 6 | 46 |
| Total de incidentes relacionados con el comportamiento del paciente (10): | 33 | 32 | 29 | 46 | 35 | 50 | 42 | 57 | 39 | 31 | 44 | 55 | 493 |
| Total de incidentes relacionados con caídas (11): | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Total de incidentes relacionados con accidentes de pacientes (12): | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total de incidentes relacionados con infraestructura (13): | 3 | 3 | 3 | 4 | 8 | 5 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 40 |
| Total de incidentes relacionados con recursos humanos (14): | 47 | 81 | 86 | 45 | 73 | 84 | 74 | 38 | 73 | 70 | 66 | 39 | 776 |
| Total de incidentes relacionados con Apoyos diagnósticos (15): | 25 | 25 | 43 | 15 | 26 | 39 | 26 | 15 | 41 | 27 | 11 | 17 | 310 |
| Total de incidentes relacionados con la correcta identificación: | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 6 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 40 |
| Total de incidentes relacionados con remisión | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 6 | 1 | 2 | 0 | 19 |
| Total pacientes que se fugan | 1 | 2 | 6 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 32 |
| CAPACITACIONES | x | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 17 |
| INDUCCION | | | | | | | | | | | | | |
| ADHERENCIA CONOCIMIENTO CAPACITACIONES | 79% | 77% | 82% | 90% | 91% | 86% | 79% | 75% | 82% | 82% | 85% | 82% | 83% |
| ASISTENCIA | | | | | | | | | | | | | |
| ADHERENCIA A PROTOCOLOS | | | | | | | | | | | | | |
| identificación de pacientes | 71% | 67% | 68% | 68% | 86% | 85% | 71% | 68% | 79% | 82% | 83% | 76% | 75,40% |
| Control de infecciones | 72% | 83% | 67% | 67% | 89% | 78% | 67% | 61% | 72% | 83% | 83% | 78% | 75,00% |
| Manejo de Med/Disp | 86% | 76% | 81% | 81% | 92% | 86% | 81% | 72% | 83% | 78% | 81% | 69% | 80,50% |
| Prevencion y reduccion de caidas | 58% | 67% | 75% | 75% | 92% | 83% | 92% | 92% | 75% | 75% | 92% | 83% | 79,90% |
| Prevencion UPP | 90% | 67% | 73% | 73% | 87% | 83% | 80% | 77% | 93% | 87% | 87% | 80% | 81,40% |
| Atencion segura binomio | 86% | 83% | #### | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 95% | 95% | 100% | 96,60% |
| Gestios de residuos hospitalarios | 85% | 87% | 90% | 90% | 95% | 90% | 74% | 72% | 85% | 85% | 87% | 82% | 85,10% |
| Limpeza y Desinfeccion | 63% | 50% | 83% | 83% | 83% | 83% | 75% | 71% | 83% | 79% | 83% | 88% | 77,00% |
| Seguridad en los registros | 100% | 92% | 93% | 93% | 80% | 80% | 73% | 73% | 80% | 80% | 80% | 80% | 83,70% |
| Lavado de manos y normas bioseguridad | 74% | 94% | 90% | 90% | 95% | 90% | 77% | 67% | 74% | 74% | 77% | 79% | 81,80% |

CONCLUSIONES

En cuanto a la gestión de riesgos reportados el Comité de Seguridad institucional lideró el proceso, proponiendo estrategias tendientes a generar cultura del reporte y en el proceso de análisis se fortaleció con la conformación de un grupo investigador interdisciplinario para la clasificación y análisis de reportes, así mismo se consolidó el COMPONENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, que actualmente cuenta con un proceso documentado que contiene todos los elementos que soportan su funcionamiento, además de contener una caja de herramientas soportadas en la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente que incluyen listas de chequeo que miden adherencia.

Se encuentra fortalecido con personal exclusivo con funciones administrativas y operativas conformado por dos profesionales de enfermería y una Auxiliar de enfermería, con el cual se está realizando búsqueda permanente de fallas en procesos y la intervención inmediata con fortalecimiento del conocimiento y gestión de requerimientos. Se da cumplimiento al cronograma de capacitaciones en buenas prácticas de seguridad del paciente y la implementación de estrategias para profundizar la cultura de seguridad institucional, desplegando el material proporcionado por el ministerio de salud y protección social.

Además, se realizan reuniones mensuales del Comité de seguridad del paciente, permitiendo a través de este generar las barreras de seguridad y planes de mejoramiento correspondientes con su respectivo despliegue y seguimiento. En el mes de mayo y octubre se realiza conmemoración de DIA MUNDIAL DE HIGIENE DE MANOS y OTRAS PRACTICAS SEGURAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES, y en el mes de septiembre se conmemora el DÍA INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, mediante la estrategia de Stan; en el que se presentan todos los documentos y material visual generado, se realiza entrega de folletos y boletines, además se realizan concursos de conocimientos.

En las proyecciones del Componente de Seguridad de Paciente de la entidad. Se establecerá una estrategia de divulgación de barreras y defensas ante los riesgos reportados de mayor impacto y frecuencia a través de medios masivos internos para incrementar la cultura en seguridad del paciente en todos los colaboradores. Además, se fomentará la CULTURA DEL REPORTE motivando la identificación de riesgos y ofreciendo canales de reporte prácticos con el fin de facilitar la notificación. Se plantea la necesidad de actualizar toda la documentación propia del componente de seguridad del paciente con el compromiso y apoyo del grupo de Habilitación

4.4 SALUD PÚBLICA

4.4.1. PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Teniendo en cuenta los lineamientos vigentes para el desarrollo del plan de intervenciones colectivas y acciones informativas de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud, las estrategias de intervención individual y grupal se basaron en los lineamientos de la resolución 518, resolución 3280 del 2018 y demás lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y protección social e instrucciones y/o actualizaciones; las estrategias desarrolladas se

enfocan en el abordaje presencial y complementario con medios masivos de comunicación, redes sociales y/o medios alternativos a través de estrategias como: conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales, información en salud, jornadas integrales en salud, caracterización social y ambiental, tamizajes en los diferentes entornos y ámbitos, centros de escucha y zonas de orientación escolar.

Así mismo, enfocados en la complementariedad de la prestación de servicios de salud con las acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo desde salud pública se realiza un proceso complementario en alta externalidad, durante la vigencia 2025, las estrategias desarrolladas desde salud pública se enfocan en el abordaje presencial y complementario con medios masivos de comunicación, redes sociales y/o medios alternativos; los datos a reportar son obtenidos de las actividades realizadas por la institución en las acciones del plan de intervenciones colectivas y acciones informativas de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud.



A continuación, se relaciona la población por dimensión y municipio:

| MUNICIPIO/ DIMENSION | VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES | SALUD AMBIENTAL | CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL | SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL | SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | SALUD Y AMBITO LABORAL | TOTAL, PERSONAS |
|----------------------|---|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|------------------------|-----------------|
| PAMPLONA | 3.557 | 1540 | 13.200 | 2.681 | 5.821 | 11.519 | 545 | 38.863 |
| MUTISCUA | 1.373 | 410 | 1800 | 650 | 1500 | 1.420 | 300 | 7.453 |
| CACOTA | 1986 | 1205 | 1.412 | 1696 | 1.311 | 2056 | 1208 | 10.874 |
| CUCUTILLA | 2150 | 985 | 2189 | 495 | 1500 | 1200 | 760 | 9.279 |
| PAMPLONITA | 766 | 514 | 1.116 | 944 | 1.100 | 1200 | 322 | 5.962 |
| SILOS | 719 | 500 | 1276 | 1108 | 1224 | 1116 | | 5.943 |
| CHITAGA | 1600 | 1368 | 1.755 | 2250 | 1.166 | 2289 | 1033 | 11.461 |
| TOTAL | 12.151 | 6.522 | 22.748 | 9.824 | 13.622 | 20.800 | 4.168 | 89.835 |

En general durante la vigencia 2025 se realizó un abordaje desde el plan de intervenciones colectivas (salud pública) de cada municipio con una totalidad de 89.835 personas las cuales se abordaron en intervenciones comunitarias y/o colectivas.

Las actividades desarrolladas se enfocan a población en general donde a través de diferentes tecnologías se brindan herramientas e información para generar calidad de vida, bienestar y el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades para que hagan exigibilidad de sus derechos o cuiden de su salud, la de su familia o generen entornos saludables; así como actividades dirigidas a grupos específicos expuestos a riesgos o daños, a fin de, evitar la aparición de eventos o complicaciones derivados de los mismos.

Las temáticas abordadas corresponden a promoción de hábitos y estilos de vida saludables, alimentación saludable, estrategia 4 x 4, detección oportuna y prevención de cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, cáncer de mama, lactancia materna exclusiva y complementaria, plato de la familia colombiana, inocuidad de alimentos, guías alimentarias, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, planificación familiar, prevención enfermedades de transmisión sexual, prevención violencia, sana convivencia, prevención lesiones autoinfligidas, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención de enfermedades transmisibles, vacunación, abordaje de problemáticas de sufrimiento social, salud y ámbito laboral, salud ambiental, entre otros.

A continuación, se relacionan el presupuesto, contratos suscritos y porcentajes de ejecución técnico y financieros durante la vigencia 2025 desde el plan de intervenciones colectivas.

| | # | VALOR | ADICIONAL | TOTAL |
|---------------------|-----|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| PAMPLONA | 147 | \$ 418.464.178,00 | \$ 77.719.985 | \$ 496.184.163,00 |
| PAMPLONITA | 1 | \$ 104.400.000,00 | \$ 36.261.686 | \$ 140.661.686,00 |
| CACOTA | 73 | \$ 143.847.787,78 | \$ 0 | \$ 143.847.787,78 |
| MUTISCUA | 55 | \$ 113.164.000,00 | \$ 16.216.086,54 | \$ 129.380.086,54 |
| CHITAGA | 107 | \$ 183.446.680,00 | \$ 58.956.879 | \$ 242.403.559,00 |
| SILOS | 5 | \$ 140.004.281,00 | \$ 0 | \$ 140.004.281,00 |
| CUCUTILLA | 4 | \$ 242.658.892,20 | 52.361.603 | \$ 295.020.495,20 |
| CONCURRENCIA | 380 | \$ 216.000.000,00 | \$ 100.000.000 | \$ 316.000.000,00 |
| | | \$ 1.561.985.818,98 | \$ 341.516.239,54 | \$ 1.903.502.058,52 |

| | VALOR TOTAL | EJECUCION TECNICA | EJECUCION FINANCIERA |
|---------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
| PAMPLONA | \$ 496.184.163,00 | 100% | 100% |
| PAMPLONITA | \$ 140.661.686,00 | 100% | 100% |
| CACOTA | \$ 143.847.787,78 | 100% | 100% |
| MUTISCUA | \$ 129.380.086,54 | 100% | 100% |
| CHITAGA | \$ 242.403.559,00 | 100% | 100% |
| SILOS | \$ 140.004.281,00 | 100% | 100% |
| CUCUTILLA | \$ 295.020.495,20 | 100% | 100% |
| CONCURRENCIA | \$ 316.000.000,00 | 100 % | 100 % |

Dentro de las diferentes acciones en salud se plantearon estrategias basadas en la articulación de actores institucionales, municipales, líderes comunitarios, empresas privadas y organismos de cooperación internacional que, con su disposición y oferta de servicios de salud, han respondido a las diferentes necesidades identificadas en esta población. Dentro de las acciones estrategias se logró:

- Jornadas de salud las cuales han estado enfocadas en la atención médica, programas de promoción y prevención, orientación y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, atención psicosocial, aplicación de estrategias de información en salud sexual y reproductiva, salud mental, hábitos y estilos de vida saludables, tamizajes nutricionales y cardiovasculares, vacunación, desarrolladas desde un enfoque diferencial, atendiendo a las necesidades específicas de este grupo poblacional, con un total de 44 jornadas integrales en salud.

| SECTOR | FECHA |
|------------------------|---------|
| SIMÓN BOLÍVAR | 20-jun |
| SANTA MARTA | 13-jun |
| CENTRO | 14-jun |
| CHICHIRA | 4-sep |
| NEGAVITA | 9-oct |
| CIMITARIGUA | 11-jul |
| SAN MIGUEL | 9-jul |
| MONTEADENTRO | 14 -ago |
| EL ROSAL | 26-nov |
| EL NARANJO | 31-jul |
| CHINCHIPÀ | 12-dic |
| CUNUBA | 15 -dic |
| ALTO GRANDE | 8-oct |
| UVITO | 3-jul |
| HATO DE LA VIRGEN | 21 -ago |
| LA UPA | 13-ago |
| ICOTA | 11-sep |
| ESCALONES | 10-sep |
| ESPINO | 2-oct |
| SANTA MATILDE | 5-nov |
| SAN JOSE DE LA MONTAÑA | 19-nov |
| MORALES | 20-nov |
| CARRIZAL | 22-ago |
| TIERRA GRATA-ROMAN | 23-ago |
| ZULASQUILLA | 18-sep |
| CAPIRA | 19-sep |
| SUCRE Y SAN ISIDRO | 1-oct |
| CARVAJAL | 11-nov |
| LA ROSA | 5-sep |
| TANE | 4-jul |
| TANE | 22-oct |
| TANE | 4-nov |
| ALIZAL | 29-ago |
| EL ROBLE | 29-oct |
| EL DIAMANTE | 27-ago |
| LA PALMITA/MATAGIRA | 25-jul |

| | |
|--------------------------|--------|
| BUENOS AIRES/SAN ANTONIO | 20-sep |
| SAN RAFAEL | 11-jun |
| PAMPLONITA | 18-oct |
| AGUEDINA-BATA | 26-jul |
| LOS RINCON | 6-ago |
| LOATA | 24-ago |
| RANCHADERO | 18-jun |
| BABEGA | 8-nov |
| UVITO | 3-jul |
| TANE | 4-jul |
| ALIZAL | 29-ago |
| ESCALONES | 10-sep |
| ICOTA | 11-sep |
| ESPINO | 2-oct |
| TANE | 22-oct |
| EL ROBLE | 29-oct |
| TANE | 4-nov |
| SANTA MATILDE | 5-nov |

- Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana: mediante la cual se realiza la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información social y ambiental propia de cada entorno que permita definir y acordar con ellas el alcance de las intervenciones colectivas a ejecutar en cada entorno, teniendo como insumo básico el trabajo desarrollado por los equipos básicos se realiza el proceso de articulación para desarrollar acciones resolutivas de impacto en la comunidad.
- Información en salud donde se organizaron acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y sus familias, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud.

La implementación de estrategias de información en salud dentro del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2025, se fundamentó en la transformación de datos en acciones concretas de promoción y prevención, articuladas con el plan de acción en salud de cada ente territorial, logrando llevar a cabo aproximadamente 200 estrategias de información en salud distribuidas en cada uno de los municipios, estas estrategias buscaron modificar conductas individuales y colectivas mediante la gestión del conocimiento y la comunicación para la salud, es importante señalar que la información entregada a la comunidad se adaptó según cada uno de los componentes priorizados y definidos por el ministerio de salud y protección social, así mismo teniendo en cuenta las necesidades de información identificada por cada ente territorial quien es el que define los diferentes.

- Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan: o Coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos y redunden en el mejoramiento de las condiciones ambientales y en la disminución de riesgos que afecten la salud.
- Tamizajes de salud mental: se realizó la aplicación de tamizajes SRQ y RQC con el objetivo de identificar signos y síntomas de enfermedad mental que permitan canalizar de manera temprana a la población a los servicios de salud y atender sus necesidades de acuerdo con el evento identificado, evitando intentos de suicidio, suicidios, violencia entre otras problemáticas de sufrimiento social.
- Centros de escucha y/o zonas de orientación: se implementó como plan piloto en los municipios de Pamplona y Silos abordando principalmente instituciones educativas con el objetivo de fortalecer el componente de salud mental y atender las problemáticas de sufrimiento social; cabe resaltar que el impacto de la estrategia fue significativo a nivel individual y colectivo.

Es importante mencionar que las acciones desarrolladas se enmarcan en las dimensiones de salud mental y convivencia social, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, seguridad alimentaria y reproductiva, vida saludable y condiciones no transmisibles, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud y ámbito laboral, salud ambiental; que buscan generar procesos de bienestar en la comunidad, prevención y de enfermedad y mitigación de riesgos asociados.

Otro aspecto relevante fue la Participación en los CTSSS, rendición de cuentas y/o veedurías, mediante la socialización de estrategias e indicadores e impacto de salud pública Incluir en los programas de salud pública.

Con el propósito de brindar transparencia y rendir cuentas sobre los resultados obtenidos ante el consejo territorio y veedurías, de esta manera se da a conocer las cantidades de socializaciones realizadas que se presentan a continuación:

| MUNICIPIOS | CANTIDAD DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS ANTE EL CONSEJO TERRITORIAL |
|-------------------|---|
| PAMPLONA | 4 |
| PAMPLONITA | 3 |
| MUTISCUA | 2 |
| CUCUTILLA | 3 |
| SILOS | 1 |
| CACOTA | 2 |
| CHITAGA | 3 |

En conclusión, la socialización de los resultados del Plan de Intervenciones Colectivas 2025 permitió evidenciar la eficacia y alcance de las estrategias implementadas, mediante la presentación visual, se compartieron los logros en cuanto a las actividades realizadas, los tipos de población involucrados y los impactos alcanzados, este esfuerzo de transparencia y rendición de cuentas refuerza el compromiso con el bienestar y desarrollo integral de los habitantes, se participó en los consejos territoriales y actividades de participación comunitaria convocados por el ente territorial.

A través de la participación en los 18 concejos territoriales de seguridad social en salud se pudo evidenciar las metas municipales de la región adaptadas a las necesidades específicas de cada municipio, mostrando los avances en cada uno de los componentes del plan de intervenciones colectivas para el debido seguimiento de los recursos del sistema general de participaciones destinados a salud pública.

Así mismo se continuó fortaleciendo los medios masivos alternativos (redes sociales) que permiten la interacción con la comunidad en los programas de promoción de la salud, gestión del riesgo y salud pública; donde se reforzó la difusión de piezas informativas para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria.



PIC-Cácuta
371 seguidores • 11 seguidos
Organización gubernamental

Mensaje Seguir Buscar

- <https://www.facebook.com/ESEHospitalPamplona>
- <https://www.facebook.com/PIC-Pamplonita-105333971343399/>
- <https://www.facebook.com/PIC-Cucutilla-100831785133187/>
- <https://www.facebook.com/profile.php?id=100083987601511>
- <https://www.facebook.com/PIC.Chitaga>
- <https://www.facebook.com/profile.php?id=100076147475087>
- <https://www.facebook.com/PICCacota>

El trabajo desarrollado es conjunto, basado en el compromiso del equipo técnico, administrativo y asistencial de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona en pro de la comunidad.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS PIC 2025







4.5. EQUIPOS BASICOS EN SALUD (RESOLUCION 1212, 2682 y 698)

El Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la resolución 1212 del 2024, resolución 2682 y 698 realizó la asignación de recursos financieros a las Empresas Sociales del Estado para la financiación, conformación y operación del Programa de Equipos Básicos de Salud.

En el artículo 5 de la referida resolución se establecía que las Empresas Sociales del Estado conformarán y operarán el Programa de Equipos Básicos de Salud de acuerdo con los lineamientos expedidos por las Direcciones de Promoción y Prevención y de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social. Es importante mencionar que la Institución desde la vigencia 2023 ha sido priorizada y fortalecida con los equipos básicos en salud llegando así a comunidad distante y atendiendo sus necesidades en salud.

Es importante mencionar que durante la vigencia 2025, gracias al fortalecimiento de la atención primaria en salud mediante la resolución 1212 del 5 de Julio del 2024 se asignan recursos para la operación de 48 equipos básicos en salud en la provincia.

| RESOLUCION | MUNICIPIO BENEFICIADO | # EBS | VALOR |
|------------|-----------------------|-----------|--------------------------|
| 1212 | CHITAGA | 10 | \$ 3.002.708.538 |
| | CUCUTILLA | 8 | \$ 2.402.166.830 |
| | MUTISCUA | 4 | \$ 1.201.083.415 |
| | PAMPLONA | 12 | \$ 3.471.599.523 |
| | PAMPLONITA | 6 | \$ 1.801.625.123 |
| | SILOS | 6 | \$ 1.801.625.123 |
| | CACOTA | 2 | \$ 234.297.900 |
| | TOTAL | 48 | \$ 13.915.106.452 |

Adicionalmente mediante la resolución 2682 del 27 de diciembre del 2024, se prioriza la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona con el proyecto de fortalecimiento de la atención primaria en salud con especialidades como lo son medicina interna, medicina familiar, ginecología y pediatría.

| RESOLUCION | MUNICIPIO BENEFICIADO | VALOR |
|------------|-----------------------|----------------------|
| 2682 | PAMPLONA | \$ 13.296.343 |
| | PAMPLONITA | \$ 13.296.343 |
| | CACOTA | \$ 13.296.343 |
| | MUTISCUA | \$ 13.296.343 |
| | CHITAGA | \$ 13.296.343 |
| | CUCUTILLA | \$ 13.296.343 |
| | SILOS | \$ 13.296.342 |
| | TOTAL | \$ 93.074.400 |

Durante vigencia 2025 el Ministerio de salud y protección social continúa fortaleciendo la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona con la resolución 698 del 2025 donde se complementan los equipos básicos y las especialidades.

| RESOLUCION | MUNICIPIO BENEFICIADO | # EBS | TIEMPO | TOTAL, RECURSOS ASIGNADOS |
|------------|-----------------------|-------|--------|---------------------------|
| 698 | CHITAGA | 6 | 6 | \$ 2.022.660.000 |
| | | 4 | 7 | \$ 1.573.180.000 |
| | CUCUTILLA | 5 | 6 | \$ 1.685.550.000 |
| | | 3 | 7 | \$ 1.179.885.000 |
| | MUTISCUA | 2 | 6 | \$ 674.220.000 |
| | | 2 | 7 | \$ 786.590.000 |
| | PAMPLONA | 4 | 6 | \$ 1.348.440.000 |

| | | | |
|----------------------|-----------|---|--------------------------|
| | 8 | 7 | \$ 3.146.360.000 |
| PAMPLONITA | 3 | 3 | \$ 505.665.000 |
| | 3 | 7 | \$ 1.179.885.000 |
| SILOS | 4 | 6 | \$ 1.348.440.000 |
| | 2 | 7 | \$ 786.590.000 |
| CACOTA | 1 | 7 | \$ 173.643.750 |
| | 1 | 7 | \$ 322.070.000 |
| ESPECIALISTAS | 1 | 6 | \$ 558.446.400 |
| TOTAL | 49 | | \$ 17.291.625.150 |

Para la vigencia 2025, los equipos básicos referidos anteriormente realizaron presencia de manera activa y permanente en los diferentes territorios y Micro territorios de salud dependiendo de la concentración o dispersión poblacional, variando de 60 familias o menos en zonas de alta dispersión, hasta 500 familias en zonas de alta concentración como capitales y municipios conurbados.

Incluyen tanto a los hogares, como las dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales, considerándose la unidad mínima de intervenciones sociosanitarias ejecutadas por equipos de salud territorial. El Hospital San Juan de Dios de Pamplona y en articulación con los municipios que conforman la regional Pamplona.

Equipos Básicos de Salud (EBS) de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA, lograron avances significativos en Pamplona y los demás municipios de la provincia (Pamplonita, Cacota, Chitaga, Silos, Mutiscua, Cucutilla) alcanzando la operativización de 49 equipos, atendiendo a más de 17.231 hogares en 7 municipios. Obteniendo indicadores altos en la atención primaria, incluyendo la caracterización, de hogares en micro territorios priorizados por los diferentes entes territoriales y el fortalecimiento de la atención integral rural y urbana.

La estrategia se ha consolidado como el brazo operativo de la Atención Primaria en Salud (APS), logrando presencia en:

- Municipios de la Provincia: Pamplona, Pamplonita, Chitagá, Cacota, Silos, Mutiscua y Cucutilla.
- En cuanto al talento Humano se logró la operación con equipos interdisciplinarios que incluyen médicos, enfermeras jefas, auxiliares de enfermería, psicólogos, gestores comunitarios y especialistas en algunas ramas de la salud como lo son, medicina interna, medicina familiar, ginecología y pediatría.
- La priorización de los micro territorios estuvo basada según el análisis situacional de eventos de interés en salud pública (ASIS) por parte de los entes territoriales, enfocándose en zonas rurales dispersas y barrios vulnerables, evidenciándose la presencia de los equipos básicos en salud en el 100% de los municipios de la Regional.

Es importante mencionar que, con base a los lineamientos técnicos, la operativización de los EBS se ha logrado de manera impactante y positiva:

- Caracterización Socio-Ambiental e identificación de riesgos en los entornos hogar, educativo y comunitario
- Vinculación efectiva de usuarios detectados en los diferentes micro territorios hacia los servicios de mediana complejidad del Hospital San Juan de Dios.
- Elaboración de diagnósticos comunitarios participativos en cada micro territorio asignado, haciendo participe a la comunidad y a líderes comunitarios
- Impacto en Salud Pública, mediante la detección temprana de patologías crónicas y seguimiento a esquemas de vacunación en zonas de difícil acceso.
- Operativización de equipos interdisciplinarios, incluyendo profesionales de la salud, técnicos y auxiliares para un enfoque integral.
- Incremento en la captación temprana de gestantes y niños para control de crecimiento y desarrollo
- Identificación de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión no controlada y su respectiva vinculación a su red prestadora de servicio
- Implementación de tamizajes de salud mental SRQ Y RQC para la detección temprana y eficaz de trastornos mentales comunes, identificando personas en riesgo para su debida canalización e intervención temprana, así mismo la canalización de casos de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas u otras problemáticas sociales que requieren atención.
- Identificación de población objeto y cierre de brechas en cobertura de PAI.
- Efectividad en la canalización logrando ordenar y gestionar citas directamente desde los diferentes territorios hacia la ESE HSJDP u otros niveles de complejidad.
- Logros de información, orientación y educación en los diferentes hogares de los micro territorios priorizados para el autocuidado, manejo de residuos y mejora de entornos saludables específicos en las viviendas visitadas.
- Articulación intersectorial, logrando acciones conjuntas, con líderes comunitarios, juntas de acción comunal y otras instituciones locales.
- Capacitación de cuidadores logrando el empoderamiento de los miembros de la familia en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas o discapacidad.
- Continuidad en la prestación de servicios en los diversos micro territorios de Pamplona y la provincia bajo lineamientos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Entrega de equipos biomédicos necesarios para el funcionamiento de los profesionales de salud en el campo.
- Mesas de trabajo con entes territoriales, IPS, EAPBs para ajustar el funcionamiento de los equipos en la provincia de Pamplona, garantizando el acceso a la salud.
- Jornadas de atención casa a casa y concentraciones en salud desarrolladas por los equipos básicos de salud de atención directa que incluyeron atención, información y orientación en cuidados y prevención en el hogar.
- Enfoque en la detección temprana y mitigación de riesgos incluyendo acciones contra diferentes enfermedades

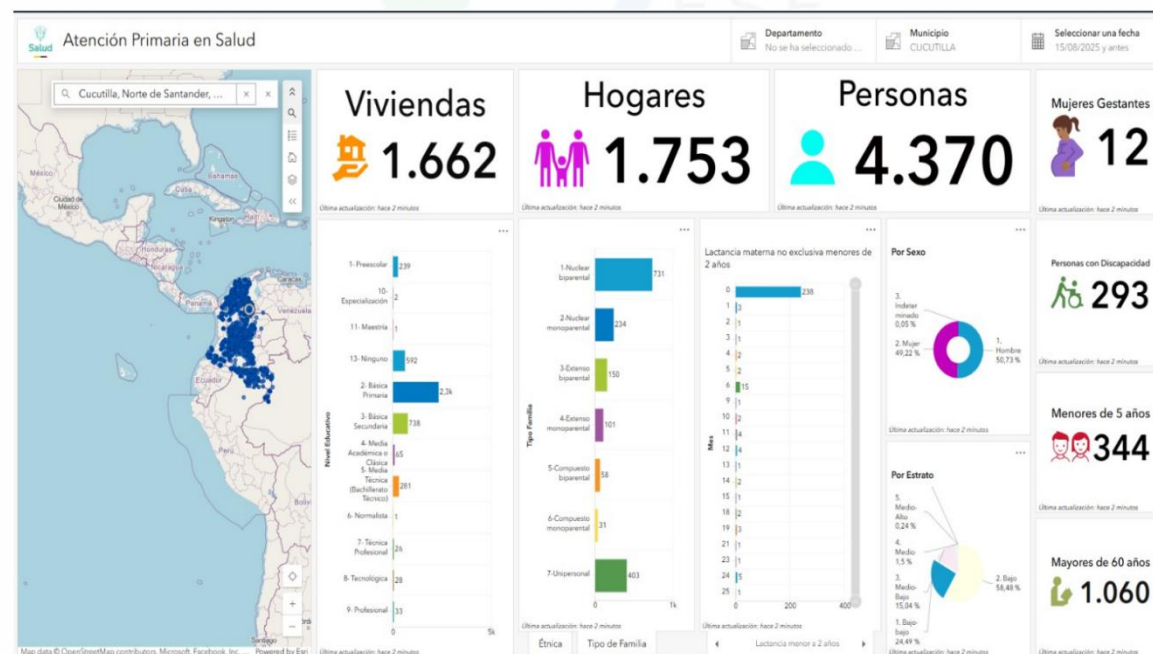
El último reporte evidenciado de la atención primaria en salud por los equipos básicos de salud en los diferentes municipios a corte 15 de agosto del 2025, permite evidenciar un avance

significativo y positivo en la Regional respecto al trabajo de los equipos básicos en salud como se evidencia a continuación.

Pamplona



Cucutilla



Mutiscua



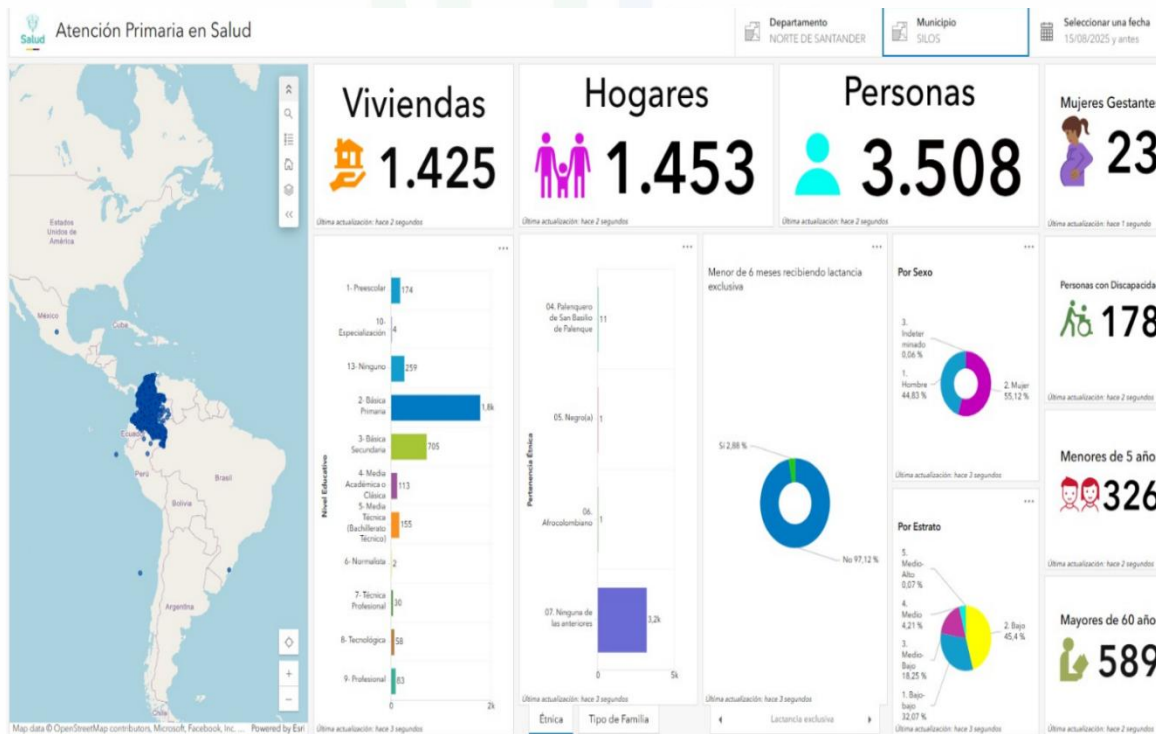
Chitaga



Cacota



Silos



Pamplonita



En concordancia con lo anterior es importante mostrar que los EBS han logrado impactar de manera positiva en la regional Pamplona, con indicadores significativos como lo son:

- Identificación y caracterización de 17.091 viviendas, 17.231 hogares y 38.823 personas intervenidos en la regional Pamplona y acciones resolutivas implementadas en los mismos a través del plan de cuidado en salud.
- Identificación de 180 gestantes en la Regional Pamplona y atención de las mismas con base a las rutas integrales en salud.
- identificación de 1.950 personas en situación de discapacidad en la Regional y atención a las mismas por parte de los profesionales de equipos básicos en salud.
- Identificación de 3.059 menores de cinco (5) años y 7.569 adultos mayores de sesenta (60) años en los diferentes hogares y viviendas intervenidos por los equipos básicos en salud.
- Respecto a vacunación se evidencia un incremento significativo en la extramuralidad con el apoyo de los equipos básicos en salud, con la administración de 2.515 dosis como se relaciona a continuación:

| CONSOLIDADO PAMPLONA | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------|------------|------------|----------|----------|----------|------------|------------|------------|----------|-----------|------------|-------------|--|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Total | |
| BCG - HB | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Primeras dosis | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | |
| Segundas dosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | |
| Terceras dosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 1 año | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | |
| Ref. de 18 meses | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | |
| Ref. de 5 años | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | |
| VPH | 0 | 111 | 47 | 0 | 0 | 0 | 34 | 69 | 0 | 0 | 0 | 25 | 286 | |
| TD en mujeres en edad fértil | 0 | 73 | 93 | 0 | 0 | 0 | 54 | 180 | 0 | 0 | 0 | 80 | 480 | |
| Fiebre amarilla | 0 | 275 | 296 | 0 | 0 | 0 | 117 | 234 | 0 | 0 | 0 | 132 | 1054 | |
| SR | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Influenzas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 158 | 368 | 0 | 0 | 0 | 137 | 663 | |
| COVID | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL | 0 | 466 | 438 | 0 | 0 | 0 | 368 | 858 | 0 | 0 | 0 | 385 | 2515 | |

- La presencia de especialistas ha permitido que una mayor parte de la población de Pamplona recibiera atención oportuna reduciendo barreras geográficas, económicas y sociales, se logra atender 1.805 usuarios en los diferentes municipios por las especialidades: Pediatría (500 usuarios), Ginecología (332 usuarias), medicina familiar (490 usuarios), medicina interna (483 usuarios).
- Las cifras de atención evidencian que hay una alta demanda en Medicina Interna lo que refleja una importante carga de enfermedades crónicas o complejas en adultos.

A su vez, la atención en Ginecología, Pediatría y Medicina Interna, muestra la necesidad de mantener la continuidad de todas las etapas del ciclo vital.

Es importante mencionar que las jornadas especializadas permiten detectar a tiempo patologías, iniciar tratamientos adecuados y orientar a los usuarios dentro del sistema de salud, lo cual repercute favorablemente en los indicadores de salud del municipio y en la calidad de vida de sus habitantes.

La labor conjunta entre el Ministerio de Salud y el Hospital San Juan de Dios favoreció una atención organizada, con calidad técnica y cercanía humana; se recomienda dar continuidad a estas acciones, fortaleciendo los procesos de seguimiento que representa un aporte significativo para mejorar la calidad en la salud de las personas y garantizar una atención más equitativa y oportuna.

Gracias al apoyo del ministerio de Salud y protección social, el Instituto Departamental de salud y la gestión de la alta dirección se logró la operativización de los equipos básicos en salud de la regional Pamplona, donde a través de la resolución 1212 del 2024, resolución 2682 y resolución 698 con la asignación de recursos a la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona; la cual permitió la operación de la estrategia que contribuye con el fortalecimiento de la atención primaria en salud y nos proyectamos continuar en la próxima vigencia, logrando así avanzar en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y los objetivos propuestos desde el gobierno Nacional en pro de la comunidad.

Es importante mencionar que la estrategia de atención primaria en salud nos permitió llegar a la comunidad urbana, rural y rural dispersa de manera integral, identificando los riesgos de la población, las condiciones de salud, sociales, ambientales, culturales, entre otros y a su vez permitir generar estrategias que permitan la resolutivez y mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El impacto de la provincia de Pamplona se relaciona con el incremento en toma de citologías, vacunación, toma de muestras, vigilancia basada en la comunidad, referencia, actividades basadas en el autocuidado y autocontrol, dirigidas a personas y familias para identificar riesgos y detectar tempranamente enfermedades, con el objetivo de ofrecer un tratamiento oportuno.

Es vital mencionar que la operatividad de los equipos básicos continúa permitiendo:

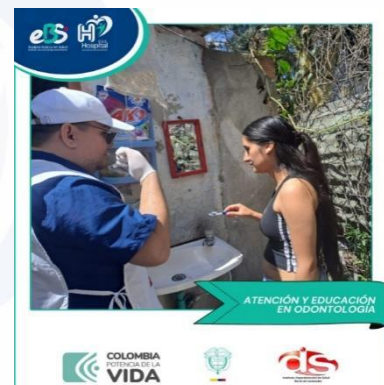
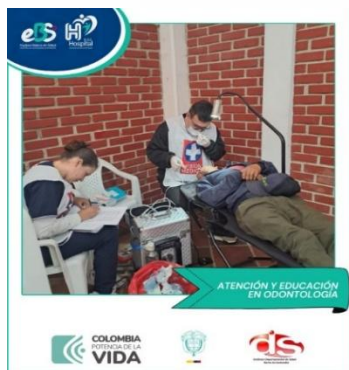
1. Mejora en el acceso y la cobertura de los servicios de salud: acercar los servicios de salud a poblaciones que históricamente han tenido dificultades para acceder a ellos, diagnóstico familiar y una identificación de riesgos.
2. Fortalecimiento de la prevención y la promoción de la salud: actividades de prevención y promoción de la salud, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas y a reducir la incidencia de enfermedades y atender las enfermedades ya presentes.
3. Mejora en la calidad de la atención: atención integral, que tiene en cuenta las necesidades de las personas a lo largo de todo su ciclo de vida, garantizan una mayor continuidad en la

atención y un mejor seguimiento de los pacientes, teniendo en cuenta el primer nivel de atención y especialidades.

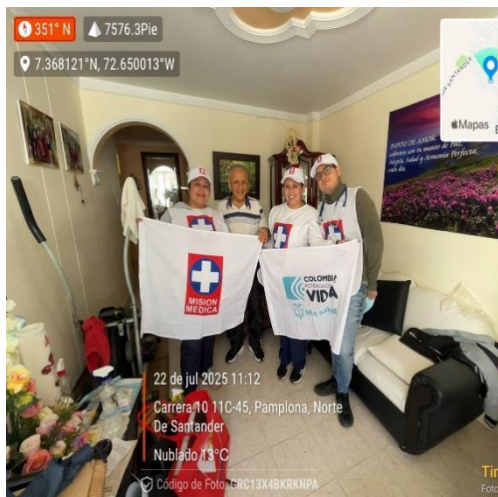
4. Impacto en el sistema de salud: contribuye a descongestionar los hospitales y a optimizar el uso de los recursos, planificación y gestión de los servicios de salud a nivel local y nacional.

Las acciones desarrolladas fueron las contenidas en el lineamiento técnico y operativo operativización de los equipos básicos en salud, como lo son la caracterización social y ambiental, desarrollo de acciones para promover el bienestar y protección de la salud de los integrantes de la comunidad, identificación de riesgos y plan de cuidado.

Cabe resaltar que este proyecto sigue siendo un pilar fundamental de la alta gerencia donde la humanización de los servicios y la cercanía con nuestros usuarios es una prioridad.














4.6. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO



4.6.1. SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)



La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona cuenta con el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), como instancia institucional encargada de garantizar la protección de los derechos y deberes de los usuarios, promover la participación social en salud y contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios.

Durante la vigencia 2025, el SIAU desarrolló acciones orientadas al fortalecimiento de la atención al ciudadano, dentro de las cuales se destacan:

-  Orientación e información al usuario: Brindando información clara y oportuna sobre servicios, horarios, rutas de atención y trámites institucionales.
-  Asesoría e intermediación: Apoyo en la gestión de situaciones relacionadas con el acceso a los servicios de salud y canalización de requerimientos hacia las áreas competentes.
-  Educación al usuario: Desarrollo de actividades de información y sensibilización sobre derechos y deberes en salud, canales de atención de PQRSDF, mecanismos de participación social, humanización en la atención y protocolos institucionales.
-  Gestión de QRSF: Recepción, radicación, trámite, seguimiento y respuesta a las manifestaciones de los usuarios, garantizando oportunidad y trazabilidad en el proceso.
-  Medición de la satisfacción del usuario: Aplicación mensual de encuestas de satisfacción, consolidación de resultados y generación de informes para la toma de decisiones.
-  Gestión de buzones de sugerencias: Apertura quincenal, elaboración de actas y gestión de las solicitudes recibidas, con socialización de respuestas a la comunidad.
-  Seguimiento y control: Registro y actualización permanente de la trazabilidad de quejas, reclamos y sugerencias asegurando su adecuada gestión.

-  Presentación de informes: Reporte periódico de PQRSDf y resultados de satisfacción al Comité de Calidad.
-  Atención por canales alternos: Gestión de solicitudes a través de línea telefónica y WhatsApp institucional, facilitando el acceso y oportunidad en la atención.

Las acciones desarrolladas durante la vigencia 2025 evidencian el fortalecimiento del SIAU como eje estratégico en la gestión institucional, contribuyendo a la mejora continua, la calidad en la atención y el fortalecimiento de la participación social, bajo principios de transparencia y humanización del servicio

4.6.1.1. Buzones de sugerencias



Durante la vigencia 2025, la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona llevó a cabo la renovación de los buzones de sugerencias, en concordancia con la actualización de la imagen institucional. Estos dispositivos fueron instalados en puntos estratégicos y de alta visibilidad dentro de los diferentes servicios de la sede principal, así como en cada uno de los centros de salud adscritos, con el fin de fortalecer los mecanismos de participación ciudadana y facilitar la recolección de manifestaciones de los usuarios, tales como peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF).

La apertura de los buzones se realizó con periodicidad quincenal, conforme al cronograma definido para la vigencia. La institución dispone de doce (12) buzones ubicados en áreas de atención, garantizando condiciones de accesibilidad y cobertura para los usuarios; su apertura es efectuada por el personal del SIAU, en compañía de representantes de la Asociación de Usuarios, en cumplimiento de los principios de participación y control social. En los centros de salud, la apertura de los buzones estuvo a cargo del personal de Odontología, en articulación con los testigos designados, dando cumplimiento a los lineamientos y procedimientos establecidos para este proceso.

Al cierre de cada vigencia, la auxiliar del SIAU responsable del proceso formula la programación correspondiente al periodo siguiente, estableciendo un cronograma detallado con fechas y horarios para la apertura de los buzones, el cual es formalizado mediante

comunicación oficial dirigida a los testigos. La participación de estos actores tiene como propósito garantizar la trazabilidad, transparencia y control social del proceso, asegurando la adecuada recolección, registro y trámite de las PQRSF, en concordancia con los principios de oportunidad, confidencialidad y mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

4.6.1.2. Sistema PQRSDF

Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona mantuvo en funcionamiento el sistema de radicación de PQRSDF como canal formal para la recepción y gestión de las manifestaciones de los usuarios, en relación con la prestación de los servicios de salud.

La institución garantizó la recepción, radicación, trámite, seguimiento y respuesta de las solicitudes, conforme a los procedimientos establecidos y la normatividad vigente, asegurando la trazabilidad y oportunidad en la atención.

El sistema se encuentra disponible en entorno digital a través del enlace institucional (https://siep-esepamplona.com/siepdocpqr/pqr_pamplona/), permitiendo a los usuarios registrar sus solicitudes y realizar seguimiento mediante número de radicado, fortaleciendo la transparencia, el control y la participación ciudadana.

4.6.1.3. Redes sociales y página web Institucional

Para el Hospital San Juan de Dios de Pamplona es fundamental garantizar una comunicación asertiva, oportuna y transparente con sus usuarios, mediante la implementación de diversas estrategias comunicativas que permitan difundir de manera efectiva las actividades, servicios y avances institucionales. A través de estos mecanismos, se busca fortalecer la relación con la comunidad, promoviendo la confianza, la participación y el entendimiento mutuo.

Las publicaciones realizadas a través de los canales oficiales del Hospital se caracterizan por el uso de un lenguaje claro, incluyente y accesible, orientado a facilitar la comprensión de la información por parte de todos los públicos. Este enfoque tiene como propósito asegurar que tanto los usuarios como el talento humano institucional reciban información pertinente, respetuosa y libre de cualquier tipo de discriminación, salvaguardando en todo momento la integridad de las personas.

Canales oficiales:

-Redes Sociales: Facebook e Instagram: @ESEHospitalPamplona

Twitter: @HospPamplona

-Página Web Institucional: www.hsdp.gov.co

A través de estos canales, durante la vigencia 2025, los usuarios pudieron acceder a información actualizada sobre los servicios de salud, campañas institucionales, jornadas y

eventos, así como recibir orientación relacionada con los trámites, procesos y procedimientos adelantados por la institución.

4.6.1.5. Asociación y/o Alianza de Usuarios



Durante la vigencia 2025, el Hospital San Juan de Dios de Pamplona promovió la participación social en salud mediante encuentros con las asociaciones de usuarios de los municipios de Pamplona, Cacota, Cucutilla, Silos, Chitagá, Pamplonita y Mutiscua.

En estos espacios se socializaron aspectos relacionados con la gestión institucional, avances en la prestación de los servicios y acciones de mejoramiento. De igual manera, se desarrollaron capacitaciones, mesas de trabajo y jornadas de diálogo con el equipo directivo, facilitando una comunicación directa y oportuna con la comunidad.

Estas actividades se enmarcan en la Política de Participación Social en Salud, fomentando el control social y la intervención activa de la ciudadanía en los procesos institucionales. Como resultado, se consolidaron espacios participativos que permitieron recoger inquietudes, sugerencias y aportes de la comunidad, contribuyendo al fortalecimiento de la confianza y a la mejora en la calidad de la atención.

4.6.1.6. Carta de Trato Digno al Ciudadano

E.S.E. Hospital Pamplona
SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

CARTA DE TRATO DIGNO AL CIUDADANO

En la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, nos comprometemos a brindar un servicio de calidad, oportuno y con atención diferencial a todos nuestros usuarios. Contamos con un equipo de talento humano altamente competente, comprometido y humanizado, enfocado en satisfacer de manera adecuada las necesidades y expectativas de la comunidad de Pamplona y su provincia.

Por tal motivo, emitimos la presente Carta de Trato Digno al Ciudadano, mediante la cual damos a conocer los derechos y deberes de nuestros usuarios, así como los canales establecidos para la atención a la comunidad, garantizando un trato respetuoso y equitativo para todos.

CANALES DE ATENCIÓN

- Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU)
- Ventanilla Única de Correspondencia
Horario: Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 12:00 m. y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

CANAL PRESENCIAL

CANAL TELEFÓNICO
Oficina SIAU: 3204330352
Urgencias: 3112117003

CANAL VIRTUAL
Página web: www.hsdp.gov.co
Correo electrónico: siau@hsdp.gov.co

CANAL ESCRITO
Buzón de sugerencias

Ventanilla única: https://siep-esepamplona.com/siepdocpq/pqr_pamplona/

Redes sociales: Facebook e Instagram: @ESEHospitalPamplona
Twitter: @HospPamplona

Escanea el código para ingresar a la Ventanilla única y radicar tu PQRSDF

En la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, se reconoce la importancia de garantizar una atención en salud con calidad, oportunidad y enfoque humanizado, orientada a responder a las necesidades de la población de Pamplona y su provincia.

En este sentido, la Carta de Trato Digno al Ciudadano se constituye en un instrumento fundamental para promover relaciones basadas en el respeto, la equidad y la transparencia, dando a conocer los derechos y deberes de los usuarios, así como los canales de atención dispuestos por la institución para asegurar un servicio adecuado y accesible para toda la comunidad.

Para garantizar su divulgación, la Carta de Trato Digno se encuentra exhibida de manera visible en las instalaciones del Hospital y en los Centros de Salud adscritos. Adicionalmente, se dispone su publicación en los canales institucionales digitales, facilitando su consulta permanente por parte de la comunidad

4.6.1.7. Programa Martes Saludables con San Juan



Durante la vigencia 2025, se dio continuidad al programa “Martes Saludables con San Juan”, como una estrategia orientada a la promoción y mantenimiento de la salud en la población de Pamplona y su provincia.

A través de esta iniciativa, se desarrollaron actividades educativas y jornadas informativas dirigidas a los usuarios, abordando temáticas prioritarias en salud, orientadas al fortalecimiento de hábitos de vida saludables, la promoción del autocuidado y la disminución de factores de riesgo, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población.

El programa contó con el apoyo de estudiantes en formación de la Universidad de Pamplona y del Instituto Superior de Educación Rural (ISER), quienes, mediante la implementación de puntos informativos en las instalaciones de la institución, facilitaron espacios de orientación y educación en salud para la comunidad.

4.6.2. CANALES DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona recibió un total de 766 gestiones a través del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), las cuales fueron clasificadas, conforme a su naturaleza, en quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

Estas manifestaciones fueron radicadas mediante los diferentes canales de atención habilitados por la institución, incluyendo los medios presencial, escrito y virtual, garantizando el acceso, la participación y el ejercicio del control social por parte de los usuarios.

Comportamiento por trimestre:

| Trimestre | Quejas | Reclamos | Sugerencias | Felicitaciones |
|-----------------------------|------------|-----------|-------------|----------------|
| Enero a marzo | 96 | 14 | 18 | 86 |
| Abril a junio | 100 | 14 | 18 | 60 |
| Julio a septiembre | 89 | 34 | 22 | 46 |
| Octubre a diciembre | 53 | 25 | 13 | 78 |
| Total, vigencia 2025 | 338 | 87 | 71 | 270 |

Del total de gestiones, se evidencian 496 manifestaciones asociadas a inconformidades (quejas, reclamos y sugerencias) y 270 expresiones de satisfacción por parte de los usuarios, lo cual constituye un insumo fundamental para la identificación de oportunidades de mejora y el fortalecimiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.



QUEJAS POR ÁREAS O SERVICIOS

| SERVICIO O AREA | Total Gestiones | % |
|--|-----------------|----------------|
| CALL CENTER | 91 | 26,92% |
| URGENCIAS | 49 | 14,50% |
| FACTURACION | 27 | 7,99% |
| CE MEDICA GENERAL | 25 | 7,40% |
| ODONTOLOGIA | 24 | 7,10% |
| LABORATORIO CLINICO | 19 | 5,62% |
| CENTROS DE SALUD | 12 | 3,55% |
| INTERNACION GP | 9 | 2,66% |
| CE MEDICA ESPECIALIZADA | 8 | 2,37% |
| ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 8 | 2,37% |
| FISIOTERAPIA | 6 | 1,78% |
| IMAGENOLOGIA/RADIOLOGIA | 6 | 1,78% |
| INTERNACION MI | 6 | 1,78% |
| NUTRICION | 5 | 1,48% |
| PSICOLOGIA | 5 | 1,48% |
| ATENCION PRIMERA INFANCIA E INFANCIA (CYD) | 4 | 1,18% |
| ENFERMERIA PROFESIONAL | 4 | 1,18% |
| REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | 4 | 1,18% |
| ATENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | 3 | 0,89% |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | 3 | 0,89% |
| FONOAUDIOLOGIA | 3 | 0,89% |
| PLANIFICACION FAMILIAR | 3 | 0,89% |
| TERAPIA OCUPACIONAL | 3 | 0,89% |
| CONTROL PRENATAL | 2 | 0,59% |
| SUBDIRECCION CIENTIFICA | 2 | 0,59% |
| VIGILANCIA | 2 | 0,59% |
| ARCHIVO CLINICO | 1 | 0,30% |
| CIRUGIA | 1 | 0,30% |
| PYMS | 1 | 0,30% |
| SERVICIO DE ASEO | 1 | 0,30% |
| VACUNACION | 1 | 0,30% |
| Total | 338 | 100,00% |

Durante la vigencia 2025, se registraron un total de 338 quejas en los diferentes servicios de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona y sus sedes integradas.

Del análisis realizado, se evidencia que el servicio de Call Center concentró el mayor número de quejas, con 91 casos, equivalentes al 26,92% del total. No obstante, se destaca una disminución significativa frente a la vigencia anterior, en la cual se habían registrado 169 quejas en este mismo servicio, lo que refleja un avance en las acciones de mejora implementadas.

Las principales inconformidades estuvieron relacionadas con dificultades en la asignación de citas, falta de oportunidad en la respuesta y limitada disponibilidad de agendas. En respuesta a esta situación, la institución fortaleció el sistema de agendamiento mediante la optimización de herramientas tecnológicas previamente implementadas, como el chatbot, el cual fue ajustado durante la vigencia 2025 de acuerdo con la demanda de la población y las inconformidades relacionadas con la falta de oportunidad en la respuesta. Estas mejoras

permitieron optimizar los tiempos de atención y facilitar el acceso al servicio a través de canales telefónicos y WhatsApp.

De igual manera, se garantizó la asignación de citas de manera presencial, ampliando las alternativas de acceso para los usuarios y contribuyendo a la disminución de las quejas asociadas a este proceso.

Por su parte, el servicio de Urgencias ocupó el segundo lugar en número de quejas, con 49 registros (14,50%), relacionadas principalmente con la atención y el trato brindado al usuario. Como estrategia de mejora, la institución dio inicio al programa de humanización "Compromiso por la Vida", orientado a fortalecer una atención segura, digna, con calidad, respeto y calidez humana. Este programa se implementa de manera transversal en todos los servicios asistenciales y administrativos, involucrando al talento humano, contratistas, estudiantes en práctica, así como a los usuarios y sus familias, con el propósito de promover una cultura institucional centrada en el trato humanizado y la satisfacción del usuario.

En general, el análisis de las quejas por áreas o servicios durante la vigencia 2025 evidencia la importancia de mantener procesos de seguimiento continuo a las manifestaciones de los usuarios, como insumo clave para la toma de decisiones y el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Las acciones implementadas han permitido disminuir inconformidades y fortalecer la accesibilidad, la oportunidad en la atención y el trato humanizado. En este sentido, la Institución continuará orientando sus esfuerzos hacia la prestación de servicios centrados en el usuario.

RECLAMOS POR ÁREAS O SERVICIOS

Se observa que los servicios con mayor número de reclamos en el año 2024 fueron el Call Center y Urgencias. En el caso del Call Center, los usuarios manifestaron principalmente su inconformidad debido a que las líneas telefónicas proporcionadas por la Institución no responden con la frecuencia esperada, lo que dificulta el acceso a la asignación de citas médicas.

Por otro lado, en el área de Urgencias, los reclamos se centraron en la demora en el proceso de atención. Los usuarios reportaron tiempos de espera prolongados.

Ante estos problemas, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona ha tomado medidas para abordar ambas situaciones, con el objetivo de mejorar la eficiencia en la asignación de citas y optimizar los tiempos de atención en Urgencias, buscando siempre una atención más ágil y satisfactoria para los usuarios.

SUGERENCIAS POR ÁREAS O SERVICIOS

| SERVICIO O AREA | Total Gestiones | % |
|--|-----------------|----------------|
| CALL CENTER | 18 | 20,69% |
| CENTROS DE SALUD | 12 | 13,79% |
| ODONTOLOGIA | 8 | 9,20% |
| URGENCIAS | 8 | 9,20% |
| CE MEDICA ESPECIALIZADA | 7 | 8,05% |
| CE MEDICA GENERAL | 6 | 6,90% |
| FACTURACION | 5 | 5,75% |
| TERAPIA OCUPACIONAL | 3 | 3,45% |
| ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 2 | 2,30% |
| INTERNACION GP | 2 | 2,30% |
| LABORATORIO CLINICO | 2 | 2,30% |
| SUBDIRECCION CIENTIFICA | 2 | 2,30% |
| VACUNACION | 2 | 2,30% |
| ARCHIVO CLINICO | 1 | 1,15% |
| ATENCION PRIMERA INFANCIA E INFANCIA (CYD) | 1 | 1,15% |
| CIRUGIA | 1 | 1,15% |
| FISIOTERAPIA | 1 | 1,15% |
| IMAGENOLOGIA/RADIOLOGIA | 1 | 1,15% |
| INTERNACION MI | 1 | 1,15% |
| PSICOLOGIA | 1 | 1,15% |
| REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | 1 | 1,15% |
| SALUD PUBLICA/APS | 1 | 1,15% |
| VIGILANCIA | 1 | 1,15% |
| Total | 87 | 100,00% |

Durante la vigencia 2025, se identificó que los servicios con mayor número de reclamos fueron Call Center, con 18 casos (20,69%), y Centros de Salud, con 12 casos (13,79%). Asimismo, se evidencia una disminución en el total de reclamos en comparación con la vigencia anterior, pasando de 124 en el año 2024 a 87 en 2025, lo que refleja un avance en las acciones de mejora implementadas por la institución.

En el caso del Call Center, las principales inconformidades estuvieron relacionadas con la falta de oportunidad en la asignación de citas y en la programación de exámenes de radiología, evidenciando la necesidad de fortalecer los procesos de agendamiento y respuesta al usuario.

Por su parte, en los Centros de Salud, los reclamos se asociaron principalmente a trámites de facturación, insatisfacción con la atención brindada por el profesional de salud, incumplimiento en los horarios asignados, demoras en la atención, deficiencias en la orientación al usuario, trato inadecuado y limitaciones en la disponibilidad de personal o recursos.

Frente a estas situaciones, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona implementó acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de los procesos de atención al usuario, la

optimización de los tiempos de respuesta, la mejora en la calidad del servicio y el fortalecimiento del trato humanizado, con el fin de dar respuesta efectiva a las necesidades de la población.

FELICITACIONES POR ÁREAS O SERVICIOS

| SERVICIO O AREA | Total Gestiones | % |
|--|-----------------|----------------|
| ODONTOLOGIA | 11 | 15,49% |
| CENTROS DE SALUD | 7 | 9,86% |
| SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA | 7 | 9,86% |
| FACTURACION | 6 | 8,45% |
| URGENCIAS | 6 | 8,45% |
| ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 5 | 7,04% |
| ATENCION PRIMERA INFANCIA E INFANCIA (CYD) | 4 | 5,63% |
| CIRUGIA | 4 | 5,63% |
| SUBDIRECCION CIENTIFICA | 4 | 5,63% |
| CE MEDICA GENERAL | 3 | 4,23% |
| LABORATORIO CLINICO | 3 | 4,23% |
| CE MEDICA ESPECIALIZADA | 2 | 2,82% |
| VIGILANCIA | 2 | 2,82% |
| ARCHIVO CLINICO | 1 | 1,41% |
| CALL CENTER | 1 | 1,41% |
| CONTROL PRENATAL | 1 | 1,41% |
| ENFERMERIA PROFESIONAL | 1 | 1,41% |
| MEDICINA GENERAL | 1 | 1,41% |
| PSICOLOGIA | 1 | 1,41% |
| SIAU | 1 | 1,41% |
| Total | 71 | 100,00% |

Durante la vigencia 2025 se registraron 71 sugerencias, evidenciándose mayor concentración en los servicios de Odontología (15,49%), Centros de Salud (9,86%) y Subdirección Administrativa (9,86%).

Dentro de las causas asociadas a las sugerencias presentadas en todos los servicios, se identifican como principales aspectos a mejorar los relacionados con la oportunidad en la atención, especialmente en la asignación de citas, tiempos de espera en consulta y atención en urgencias, así como mejorar el cumplimiento en los horarios programados, lo cual impacta la percepción de calidad del servicio.

De igual manera, se evidencian oportunidades de mejora en la orientación e información brindada a los usuarios, así como en el trato por parte del personal de salud, aspectos fundamentales en la experiencia del usuario.

Otro factor relevante corresponde a las condiciones del entorno hospitalario e infraestructura, incluyendo señalización, accesibilidad y adecuación de los espacios, lo cual influye directamente en la comodidad y seguridad de los usuarios.

Asimismo, se identificaron sugerencias relacionadas con la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio, generación de órdenes médicas y acceso a la historia clínica, así como el fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención.

En este sentido, las sugerencias constituyen un insumo clave para la identificación de oportunidades de mejora, permitiendo a la institución fortalecer sus procesos, optimizar la prestación de los servicios y avanzar en la consolidación de una atención más oportuna, accesible y centrada en el usuario.

Felicitaciones por áreas o servicios:

| SERVICIO O AREA | Total Gestiones | % |
|--|-----------------|----------------|
| CONTROL PRENATAL | 37 | 13,70% |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | 27 | 10,00% |
| ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA | 25 | 9,26% |
| IMAGENOLOGIA/RADIOLOGIA | 24 | 8,89% |
| CE MEDICA GENERAL | 22 | 8,15% |
| URGENCIAS | 16 | 5,93% |
| ODONTOLOGIA | 13 | 4,81% |
| CIRUGIA | 12 | 4,44% |
| INTERNACION GP | 10 | 3,70% |
| FACTURACION | 9 | 3,33% |
| CENTROS DE SALUD | 8 | 2,96% |
| ATENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR | 6 | 2,22% |
| ENFERMERIA PROFESIONAL | 6 | 2,22% |
| RX | 5 | 1,85% |
| SERVICIO DE ASEO | 5 | 1,85% |
| TRASLADO DE AMBULANCIA | 5 | 1,85% |
| SIAU | 4 | 1,48% |
| CALL CENTER | 3 | 1,11% |
| CE MEDICA ESPECIALIZADA | 3 | 1,11% |
| CITOLOGIAS CERVICALES | 3 | 1,11% |
| FISIOTERAPIA | 3 | 1,11% |
| SALA DE LACTANCIA MATERNA | 3 | 1,11% |
| ATENCION PRIMERA INFANCIA E INFANCIA (CYD) | 2 | 0,74% |
| COMUNICACION SOCIAL | 2 | 0,74% |
| INTERNACION MI | 2 | 0,74% |
| LABORATORIO CLINICO | 2 | 0,74% |
| MEDICO GENERAL | 2 | 0,74% |
| PSICOLOGIA | 2 | 0,74% |
| TERAPIA OCUPACIONAL | 2 | 0,74% |
| CIRUGIA / HELP TRAUMA | 1 | 0,37% |
| CONSULTA EXTERNA | 1 | 0,37% |
| GERENCIA | 1 | 0,37% |
| PYMS | 1 | 0,37% |
| REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | 1 | 0,37% |
| SALA DE PARTOS | 1 | 0,37% |
| URGENCIAS / HOSPITALIZACION | 1 | 0,37% |
| MEDICINA INTERNA | 1 | 0,37% |
| Total | 270 | 100,00% |

Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona recibió un total de 270 felicitaciones por parte de los usuarios, evidenciando un aumento significativo en comparación con el año 2024, en el cual se registraron 150 manifestaciones de este tipo.

Estas expresiones de reconocimiento destacan la calidad humana, la vocación de servicio y el compromiso del talento humano, tanto asistencial como administrativo, en los diferentes servicios de la institución y sus centros de salud.

Las felicitaciones reflejan experiencias positivas relacionadas principalmente con el trato respetuoso, la calidez en la atención, la disposición del personal y la oportunidad en los procesos, aspectos que inciden directamente en la percepción de calidad del servicio.

Este tipo de manifestaciones constituye un indicador favorable del fortalecimiento de la atención humanizada y de la confianza de la comunidad en la institución, al tiempo que motiva al talento humano a continuar orientando su labor hacia la excelencia, la empatía y el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud

4.6.3. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN 2025

| Mes | Encuestas aplicadas | Usuarios satisfechos | Porcentaje de satisfacción |
|--------------------------|---------------------|----------------------|----------------------------|
| Enero | 1590 | 1547 | 97% |
| Febrero | 1600 | 1536 | 96% |
| Marzo | 1614 | 1575 | 98% |
| Abril | 1585 | 1556 | 98% |
| Mayo | 1613 | 1567 | 97% |
| Junio | 1605 | 1585 | 99% |
| Julio | 1585 | 1547 | 98% |
| Agosto | 1609 | 1575 | 98% |
| Septiembre | 1625 | 1565 | 96% |
| Octubre | 1565 | 1518 | 97% |
| Noviembre | 1592 | 1495 | 94% |
| Diciembre | 1572 | 1596 | 98% |
| Total, por el año | 19155 | 18662 | 97% |

Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona y sus sedes integradas aplicaron un total de 19.155 encuestas de satisfacción, de las cuales 18.662 usuarios manifestaron satisfacción con los servicios recibidos, lo que corresponde a un nivel de satisfacción global del 97%.

Este resultado evidencia el compromiso institucional con la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad y enfoque humanizado, manteniendo niveles de satisfacción superiores al 90% durante todos los meses del año.

No obstante, y en concordancia con las quejas y reclamos registrados, se identifican oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la oportunidad en la atención, la

comunicación con el usuario y el fortalecimiento del trato humanizado. En este sentido, las percepciones de los usuarios constituyen un insumo fundamental para orientar acciones de mejora continua.

Por lo anterior, la institución continuará implementando estrategias orientadas a optimizar la experiencia del usuario, fortalecer las competencias del talento humano y garantizar una atención integral, segura y centrada en las necesidades de la población.

4.6.4. POLITICA DE HUMANIZACIÓN



Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona fortaleció la implementación de la Política de Humanización y Buen Trato, en cumplimiento de la Resolución N° 334 de 2020, orientada a promover el respeto y la dignidad en la atención a usuarios y colaboradores.

En este marco, se desarrollaron espacios formativos dirigidos a usuarios, familiares y talento humano, enfocados en el fortalecimiento de competencias relacionadas con la atención centrada en el usuario, la comunicación efectiva y el manejo de situaciones de conflicto.

Adicionalmente, mediante la Resolución N° 232 de 2025, se dio inicio al programa de humanización "Compromiso por la Vida", como estrategia institucional para fortalecer la calidad en la atención y el trato al usuario, con participación de todos los actores institucionales.

Estas acciones contribuyen al mejoramiento continuo de la experiencia del usuario y al fortalecimiento de una cultura de servicio en la institución.

4.6.5. MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO



Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona dio continuidad al proceso de socialización y capacitación del talento humano en el Manual de Atención al Usuario, adoptado mediante la Resolución N.º 231 de 2025, como herramienta orientadora para fortalecer la calidad en la atención y la adecuada interacción con los usuarios.

Este manual establece lineamientos para la prestación del servicio con enfoque oportuno, humanizado e incluyente, abordando aspectos como protocolos de atención en los diferentes canales (presencial, telefónico, virtual y escrito), manejo de situaciones con usuarios, derechos y deberes, mecanismos de participación ciudadana y el sistema de gestión de PQRSDF.

Asimismo, incorpora el enfoque diferencial en la atención, contemplando lineamientos para poblaciones con características particulares, tales como personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes, niños, niñas y adolescentes, población migrante, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos y personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

Las capacitaciones desarrolladas estuvieron orientadas al fortalecimiento de competencias en atención al usuario, promoviendo un servicio respetuoso, inclusivo y centrado en las necesidades de la población.

4.7. CUMPLIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL

En la vigencia 2025, se evaluaron 34 de las 34 metas establecidas, es importante resaltar que la meta 23 y la meta 41 fueron pospuestas para el POA 2026, y cuentan con la resolución respectiva. La verificación evidenció que 31 metas fueron cumplidas en su totalidad, alcanzando un total de 3.100 puntos, mientras las metas 1, 14 y 28 registran los siguientes porcentajes de cumplimientos 99, 50 y 90,5, respectivamente. La sumatoria de las tres corresponde a: 239,5. correspondiente.

Una vez verificado el cumplimiento y la calificación correspondiente a cada una de las metas, la sumatoria de los resultados obtenidos corresponde a 3.339,5

$$3.339,5 / 34 = 98,2$$

Que, este 3.339,5 dividido entre 34 metas programadas, permite evidenciar un grado de cumplimiento del NOVENTA Y OCHO POR CIENTO, que se puede expresar como 0,98.

| PRIMER SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2025 | | | | | | |
|---|---|---|--|----------------------------|--|----------------------------|
| PROYECTO 1: GESTION PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE DIRECCION Y GERENCIA DE LA ESE HSDP | | | | | | |
| RESULTADOS A ALCANZAR | CRONOGRAMA | RESPONSABLE | FUENTES DE VERIFICACION | FUENTES DE FINANCIACION | RESULTADOS ALCANZADOS | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
| Meta 1. Resultado de indicador de Autoevaluación en condiciones de acreditación evaluado a febrero 28 entre las vigencias 2024 a 2027 muestra crecimiento interanual del 7% (línea base 1.5) | Monitoreo semestral del indicador 1, iniciando en julio 2024 y terminando en febrero de 2027. | Profesional de calidad con apoyo de subgerencia científica PAMEC- (Hayde Rodríguez) | Autoevaluación vigencia evaluada autoevaluación vigencia anterior | Recursos propios ESE HSJDD | Se recibe por parte de la subdirección científica la autoevaluación respectiva a la vigencia y el reporte en Excel respectivo de presentación al instituto departamental de salud. | 99% |
| Meta 2. El indicador con referencia al grado del cumplimiento del PAMEC arroja resultado igual o superior al 90% en cada vigencia, entre 2024 y 2027 | Monitoreo del indicador 2 iniciando en julio del 2024 y terminando en febrero del 2028 | Profesional de apoyo a la subgerencia científica y Calidad. PAMEC HAYDE Rodríguez | Existe informe semestral del comportamiento de este indicador | Recursos propios ESE HSJDD | Se recibe informe por parte de la subdirección científica donde se relacionan adecuadamente las acciones de mejoramiento programadas y las acciones de cumplimiento alcanzadas. | 100% |
| Meta 3. La ESE cuenta con un sistema de auditoría unificado concurrente que contribuye a reducir las demandas por mala praxis entre 2024 y 2027 | Monitoreo trimestral del indicador que iniciando en julio del 2024 hasta diciembre del 2027 | Gerencia - Subgerencia Científica. Dr. Iván Zabaleta y jefe Sandra Gamboa | Informe trimestral a partir de septiembre del 2024, de los resultados de auditoría y acciones de mejora propuestas y ejecutadas. . | Recursos propios ESE HSJDD | Se dispone con soporte documental que permite evidenciar cuatro informes de auditoría concurrente, que contribuye a reducir demandas. | 100% |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------------------|--|-------------|
| <p>Meta 4. Se ha implementado un programa de capacitación sobre protocolos o guías de manejo en las diez primeras causas de egreso hospitalario y de consulta externa que abarca el 100% del personal asistencial entre 2024 y 2027 (20% en 2024, 30% en 2025, 30% en 2026 y 20% en 2027)</p> | <p>A ejecutar entre julio de 2024 y diciembre de 2027</p> | <p>Subdirección Científica- Médico líder de la auditoria – Dr. Iván Zabaleta</p> | <p>Se dispone de soporte documental de seis eventos anuales de capacitación entre 2024 y 2027</p> | <p>Recursos propios ESE HSJDD</p> | <p>Se evidencia la existencia de soporte documental sobre programa de capacitación ejecutado respecto de protocolos y guías de manejo, con un cumplimiento del 51% entre las vigencias 2024 y 2025. Tener en cuenta que las metas para las dos vigencias eran del 50%.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 5: Se ha iniciado la revisión y actualización de las guías de manejo de las principales causas de morbilidad por consulta externa y egreso hospitalario en la ESE HSJDD</p> | <p>A diciembre del año 2025</p> | <p>Subdirección Científica- Médico Auditor Dr. Iván Zabaleta</p> | <p>Soporte documental de las guías actualizadas</p> | <p>Recursos propios ESE HSJDD</p> | <p>La ESE Hospital de Pamplona ha actualizado las guías de manejo adoptadas mediante la resolución 219 del 20 de julio de 2025.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 6: la ESE HSJDD-pamplona ejecuta, en cada vigencia, los planes de capacitación y bienestar social de la E.S.E garantizando el 90% de su cumplimiento</p> | <p>A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027</p> | <p>Gerencia y subgerencia Administrativa – Talento Humano Dr. Carlos Rozo</p> | <p>Informe de talento humano</p> | <p>Recursos propios ESE HSJDD</p> | <p>Se cuenta con soportes documentales que permiten evidenciar el cumplimiento del 100% de las capacitaciones de bienestar social durante la vigencia 2025.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 7: porcentaje de cumplimiento del PINAR, la ESE HSJDD pamplona incrementa en 2 puntos porcentuales en cada vigencia el resultado del PINAR. Línea Base 61.8</p> | <p>A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027.</p> | <p>Subgerencia Administrativa- María Victoria Bautista</p> | <p>Informe de responsable de PINAR</p> | <p>Recursos propios ESE HSJDD</p> | <p>El registro observado permite evidenciar un cumplimiento superior a dos puntos porcentuales en la vigencia objeto de resultado, en el cumplimiento del PINAR.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 8: porcentaje de cumplimiento de la política de Administración del Riesgo. La E.S.E HSJDD PAMPLONA cumple con un mínimo del 85% de las actividades programadas en cada vigencia</p> | <p>A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027</p> | <p>Subgerencias Administrativa dra. Luseidy García y dra. María Victoria</p> | <p>Informe del jefe de la oficina de control interno de gestión</p> | <p>Recursos propios ESE HSJDD</p> | <p>Por parte de la subdirección administrativa, junto con el área de control interno de gestión se realizó revisión y monitoreo a los riesgos de la entidad, cumpliendo con mas del 85% de las</p> | <p>100%</p> |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|------|
| | | | | | actividades programadas en la vigencia. | |
| <p>Meta 9: porcentaje de cumplimiento en los estándares mínimos del SGSST (Res. 312 del 2019). La E.S.E HSJDD de Pamplona cumple con un mínimo del 85% de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo según la norma.</p> | A diciembre 31 de cada anualidad entre 2024 y 2027 | Subgerencias Administrativa y científica – Marcela Real | Informe responsable del componente de seguridad y salud en el trabajo | Recursos propios ESE HSJDD | Se cuenta con el 91,75% de cumplimiento, teniendo en cuenta el informe enviado por parte del área de seguridad y salud en el trabajo, sobre los estándares mínimos de la resolución 312 de 2019. | 100% |
| <p>PROYECTO 2: GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTALADA Y EL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION DE ALGNAS IPS QUE CONFORMAN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA.</p> | | | | | | |
| <p>Meta 10: Un proyecto relacionado con la ampliación o construcción del Nuevo Hospital San Juan de Dios de Pamplona dispone de mantenimiento de planos y los mismos cuentan con acta de concertación del MSPS, a diciembre del año 2025</p> | Diciembre 30 del año 2025 | Gerencia y Subdirección Científica – ing. Luis Eduardo Mendoza | Radicado SEPMI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS. | Recursos de Orden Nacional y/ o Departamental | Se dispone de soporte documental de acta suscrita por el arquitecto Vageon con la subdirección de infraestructura MSPS donde se revisa el proyecto radicado con la entidad, además de sus perspectivas observaciones y recomendaciones. | 100% |
| <p>Meta 11: El proyecto para la construcción del nuevo Centro de Salud de Chitaga dispone de planos y los mismos tienen concepto de viabilidad por parte del IDS y del MSPS, A Diciembre de la vigencia 2025</p> | Diciembre 30 del año 2025 | Gerencia y subdirección Científica | Radicado SEPMI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS | Recursos de Orden Nacional y/ o Departamental | Se tiene proyecto con recursos asignados por 8.831 millones por parte del MSPS y actualmente se encuentra en ejecución. | 100% |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|-------------|
| <p>Meta 14: Un proyecto orientado al fortalecimiento de la dotación de las IPS que conforman la ESE Hospital San Juan de Dios de PAMPLONA cuenta con código SEPPI y se está gestionando ante el Departamento y la Nación</p> | <p>Diciembre 30 del año 2025</p> | | <p>Radicado SEPPI del proyecto y oficio de radicación ante MSPS</p> | <p>Recursos de Orden Nacional y/ o Departamental</p> | <p>Se deja constancia que conforme lo registra la asesora de proyectos del ESE hospital San Juan de Dios de Pamplona, a la fecha (24 de febrero de 2026), "los proyectos no han sido radicados en su totalidad. No obstante, se ha adelantado la respectiva gestión técnica y administrativa ante el MSPS." Se adjunta reporte fotográfico del repositorio digital donde reposan los archivos y reportes para la estructuración de los proyectos.</p> | <p>50%</p> |
| <p>PROYECTO: GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DEL COMPONENTE FINANCIERO/ ADMINISTRATIVO DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA.</p> | | | | | | |
| <p>Meta 17. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha sido categorizada por el MSPS como sin riesgo fiscal y financiero entre los años 2024 a 2027</p> | <p>30 de mayo de cada anualidad entre 2024 y 2027</p> | <p>Gerencia y Subgerencia Administrativa. - profesional del área financiera Dr. Iván Páez.</p> | <p>Resolución expedida por el MSPS entre 2024 y 2027.</p> | <p>Recursos de orden Departamental y/ o Nacional.</p> | <p>La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona fue categorizada por el MSPS sin riesgo fiscal y financiero, teniendo en cuenta la resolución 1122 del mes de mayo de 2025.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 18. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de rentabilidad de la ESE entre 2024 y 2027.</p> | <p>30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027</p> | <p>Gerencia y Subgerencia Administrativa. - Dr. Iván Páez</p> | <p>Certificación del contador de la ESE.</p> | <p>Recursos de orden Departamental y/ o Nacional</p> | <p>Se adjunta soporte documental firmado por el contador del ESE hospital San Juan de Dios de Pamplona, sobre el mejoramiento en el indicador de rentabilidad.</p> | <p>100%</p> |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|----------------------------|--|------|
| <p>Meta 19. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de liquidez de la ESE entre 2024 y 2027.</p> | 30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027 | Gerencia y Subgerencia Administrativa. - Dr. Iván Páez | Certificación del contador de la ESE. | Recursos propios | Se adjunta soporte documental firmado por el contador de la ESE San Juan de Dios de Pamplona, sobre el mejoramiento en el indicador de liquidez. | 100% |
| <p>Meta 20. Se ha mejorado en dos puntos porcentuales el indicador de solvencia de la ESE entre 2024 y 2027.</p> | 30 de marzo de cada anualidad entre 2024 y 2027 | Gerencia y Subgerencia Administrativa. - Dr. Iván Páez | Dr. Iván Páez Certificación del contador de la ESE. | Recursos gobernación. | Se adjunta soporte documental firmado por el contador de la ESE hospital San Juan de Dios de Pamplona, sobre el mejoramiento en el indicador de solvencia. | 100% |
| <p>Meta 21. La ESE HSJDD mantiene en cero (0) la deuda superior a 30 días con personal de planta y contratistas durante los cuatro años de vigencia del PD.</p> | Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027 | Subgerencia Administrativa. - Dr Iván Páez | Certificación del contador de la ESE. | Recursos propios de la ESE | Se adjunta soporte documental firmado por el contador del hospital, en la cual informa que la ESE mantiene en 0 la deuda superior a 30 días con el personal de la entidad. | 100% |
| <p>Meta 22. La ESE HSJDD se mantiene en equilibrio presupuestal con recaudo durante los cuatro años de vigencia del PD.</p> | Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027 | Subgerencia Administrativa. - Dra Lorena Guerrero | Certificación Profesional de Presupuesto de la ESE | Recursos propios de la ESE | Se cuenta con el soporte documental firmado por la jefe de presupuesto del hospital san Juan de Dios de Pamplona. | 100% |
| <p>Meta 24. El área Administrativa de la ESA cuenta y da aplicación al Manual de procesos y procedimientos actualizados.</p> | A diciembre de 2024 | Subgerencia Administrativa. | Informe de la subgerencia Administrativa | Recursos propios de la ESE | La entidad cuenta y da aplicación al manual de procesos y procedimientos actualizados. Se cuenta con el soporte correspondiente el cual fue enviado a través de medio magnético. | 100% |
| <p>PROYECTO 4: OTRAS ACCIONES DE GESTION QUE CONTRIBUYEN AL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------------------|--|--------------|
| <p>Meta 26. La ESE Hospital San Juan de Dios cumple con los reportes de información del decreto 2193 y la Circular Única entre 2024 y 2027.</p> | <p>Seguimiento trimestral en cada una de las vigencias entre 2024 y 2027</p> | <p>Subgerencia Administrativa DR FABIO-Rozo-Lorena- Páez-Diana y Científica – Magaly y Cañate</p> | <p>Certificación anual del MSPS y de la SNS</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>Se cumple con los reportes de información del decreto 2193 y de la circular única entre 2024 y 2027. Se cuenta con los respectivos soportes en medio magnético.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 27. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona cumple con los planes de mejoramiento que suscribe con los organismos de control.</p> | <p>A diciembre de cada anualidad, previa suscripción de los planes.</p> | <p>Subgerencia Administrativa y Científica</p> | <p>Informe de la jefe de Oficina de CI de Gestión.</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>La entidad cumple con los planes de mejoramientos suscritos con la contraloría, los cuales son revisados por la jefe de control interno, quien a su vez realiza los cargues respectivos en la plataforma del SIA contraloría. Se dispone del soporte documental en medio magnético.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 28. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona da continuidad al desarrollo del componente de gestión ambiental dando cumplimiento a por lo menos el 85% de las actividades programadas para cada vigencia.</p> | <p>Monitoreo trimestral de avance y evaluación en cada vigencia entre 2024 y 2027.</p> | <p>Subgerencia Administrativa y Profesional de apoyo en gestión ambiental.</p> | <p>Informe del profesional de apoyo en gestión ambiental.</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>Se ha dado continuidad al componente de gestión ambiental en la entidad, dando cumplimiento a las actividades programadas, de acuerdo a lo reportado por el ingeniero Andrés Felipe.</p> | <p>90,5%</p> |
| <p>Meta 29. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona mejorado el desempeño institucional en cuanto a implementación del MIPG en dos puntos porcentuales en cada vigencia.</p> | <p>Evaluación interanual entre 2024 y 2027</p> | <p>Profesional de apoyo a la Gerencia y Calidad. – Luseidy García-Patricia García duarte</p> | <p>Informe del coordinador del PSFF.</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>Se cuenta con el soporte documental respectivo, en el cual se puede observar que se le dio cumplimiento a la meta en mas de dos puntos porcentuales.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 30. La E.S. E cumple con los estándares de tiempo promedio para la asignación de cita para consulta especializada en pediatría, obstetricia y medicina interna de la Resolución 408 de 2018.</p> | <p>Monitoreo trimestral entre 2024 y 2027</p> | <p>Gerencia. Subgerencia Científica- Dr. Juan Carlos Toloza</p> | <p>Ficha técnica del SIHO</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>Se adjunta soporte documental en el medio magnético, el cual evidencia que se cumple con los estándares de tiempo promedio para la asignación de citas.</p> | <p>100%</p> |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------------|---|-------------|
| <p>Meta 31. La ESE HSJDD - Pamplona ha realizado el saneamiento del 100% de la cartera de difícil cobro.</p> | <p>A diciembre 30 de 2026.</p> | <p>Gerencia y Subgerencia Administrativa. – Dra Nydia Rivera</p> | <p>Informe de la Subgerencia Administrativa.</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>La ESE Hospital realizo saneamiento del 100% de la cartera de difícil cobro. Se cuenta con el soporte enviado por la jefe de cartera de la entidad.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 32. La ESE HSJDD implementa las acciones de repetición contra los responsables de hechos que afecten el patrimonio de la ESE y presenta informe de resultados a la Junta durante los años 2024 a 2027.</p> | <p>Anual entre 2024 y 2027</p> | <p>Gerencia y Subgerencia Administrativa. – Dra Elizabeth Sánchez</p> | <p>Informe de la Subgerencia Administrativa.</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>La ESE HSJDD implementa las acciones de repetición contra los responsables de hechos que afecten el patrimonio de la ESE, se cuenta con el soporte documental.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 33. La ESE socializa con los trabajadores el 100% las obligaciones derivadas de la suscripción de contratos con pagadores</p> | <p>Interanual, entre 2024 y 2027.</p> | <p>Gerencia y Subgerencias administrativa y científica.</p> | <p>Informe de gestión contractual (Sandra Simona Rodríguez y profesional jurídico de contratación y bienes de servicios (dra Diana Hernández y Dr. David Duran</p> | <p>Recursos propios de la ESE</p> | <p>Se cuenta con el soporte a través de medio magnético.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 34. Presentar a Junta Directiva la creación del cargo de Profesional en Control Interno Disciplinario.</p> | <p>A diciembre de 2025</p> | <p>Gerencia</p> | <p>Acto Administrativo.</p> | <p>No genera costos adicionales.</p> | <p>La entidad ya cuenta con el jefe de control interno disciplinario el cual fue creado en la vigencia 2025 en la junta directiva.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 35. La ESE ha implementado y monitorea un sistema de indicadores de gestión en la defensa jurídica de la entidad que le permite reducir las pérdidas por fallos en contra en 10% por año, entre 2024 y 2027.</p> | <p>Interanual entre 2024 y 2027</p> | <p>Subgerencia Administrativa- Dr. Armando Quintero</p> | <p>Acta de socialización</p> | <p>No genera costos adicionales.</p> | <p>Se cuenta con soporte documental a través de medio magnético, sobre la implementación y monitoreo de un sistema de indicadores de la defensa jurídica.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Meta 36. La ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona ha fortalecido el componente tecnológico administrativo que garantiza la disponibilidad de la información institucional en todo momento.</p> | <p>Entre 2024 y 2027 la ESE puede ejecutar el fortalecimiento en una, dos o más vigencias. Según disponibilidad de recursos</p> | <p>Gerencia y Subgerencia Administrativa. – Ingeniero Cañate</p> | <p>Informe Subgerencia administrativa.</p> | <p>Recursos propios.</p> | <p>El profesional de Sistemas y Estadística de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona adjunta el informe sobre el avance de la meta 36, relacionada con el fortalecimiento del componente tecnológico administrativo. Estos informes permiten monitorear el</p> | <p>100%</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|----------------------------|--|------|
| | | | | | cumplimiento de los objetivos establecidos, garantizando transparencia y seguimiento adecuado en la ejecución de las acciones. | |
| Meta 37. La ESE aplica el procedimiento establecido para la ejecución del mantenimiento de la infraestructura hospitalaria. | A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027 | Subgerencia Administrativa | Informe de Control Interno. | Recursos propios. | Se tiene procedimiento adoptado e informes de la oficina de control interno de gestión sobre el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria, cumplimiento a 100%. | 100% |
| Meta 38. Fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos a través de la educación continuada en buenas prácticas de seguridad del paciente, asegurando el aumento de los reportes por lo menos en un 2% anualmente partiendo de la línea base de 6 reportes anuales. | A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027 | Subgerencia Científica. – jefe Nohora Gamboa | Informe de la profesional de apoyo a la calidad. | Recursos propios. | Se cuenta con el soporte documental respectivo a través de medio magnético. | 100% |
| Meta 39. Garantizar el análisis, gestión y seguimiento del 100% de los eventos adversos reportados en la ESE. | A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027 | Subgerencia Científica- jefe Nohora Gamboa | Informe de la profesional de apoyo a la calidad. | Recursos propios. | De acuerdo con la información recibida se analiza el 100% de los eventos adversos reportados en la ESE. | 100% |
| Meta 40. La ESE HSJDD - Pamplona realiza conciliación de cartera con las EAPB | A diciembre de cada vigencia, entre 2024 y 2027 | Subgerencia Administrativa. | Informe de la Profesional a cargo - Actas de conciliación. | Recursos propios de la ESE | Se realiza la respectiva conciliación de cartera con las EAPB. | 100% |

4.8. INFORME SEMESTRAL DE ESTADO DE CONTROL INTERNO

La Función Pública en Colombia establece lineamientos para el fortalecimiento del control interno en las entidades del Estado, con el fin de garantizar una gestión eficiente, transparente y orientada al cumplimiento de los objetivos institucionales. En este contexto, el informe parametrizado de control interno es una herramienta fundamental que permite evaluar el desempeño de la entidad en aspectos claves y relevantes para la misma.

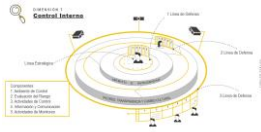
Durante el segundo semestre de la vigencia 2025, la entidad obtuvo una puntuación de 89 sobre 100, con base en el diligenciamiento del cuestionario del informe parametrizado de

control interno emitido por la Función Pública. Este informe evalúa los siguientes componentes: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Actividades de Monitoreo. El formulario fue completado considerando la situación actual de la entidad, reflejando sus fortalezas y oportunidades de mejora en cada uno de los aspectos evaluados.

A continuación, se presenta una imagen con los resultados individuales por componentes y sus respectivas observaciones.



| | |
|-----------------------|--|
| Nombre de la Entidad: | E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona |
| Periodo Evaluado: | 1 de julio al 31 de diciembre del 2025 |



| | |
|---|-----|
| Estado del sistema de Control Interno de la entidad | 89% |
|---|-----|

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

| | | |
|--|------------|--|
| ¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta): | En proceso | La entidad ha venido trabajando en la implementación de los componentes del MECL, sin embargo, se denota como principal debilidad la documentación y evidencia que debe reflejar el cumplimiento de estos lineamientos, así como abordar el trabajo en algunos lineamientos que aún no ha sido posible su implementación. El no cumplimiento de algunos lineamientos genera que la calificación de los componentes se evidencia de forma tal que el enfoque de funcionalidad del componente se califique en no. Lo que evidencia la importancia de unir esfuerzos para generar e implementar dichos lineamientos e ir avanzando en la implementación general. |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | El sistema de Control Interno es efectivo, a pesar de estar en proceso de implementación, las acciones y actividades que se ejecutan en la entidad permiten lograr los objetivos tanto a nivel general como a nivel de procesos, no obstante, se requiere dar continuidad con la implementación de lineamientos, documentar y reforzar lo que actualmente se tiene, esto con el propósito de obtener más y mejores resultados. |
| La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si | A pesar que la estructura de la entidad es pequeña, permite contar con las líneas de defensa, que de una u otra forma toman decisiones relacionadas con el control, esto en especial se ve reflejado en las dos subdirecciones (Científica y Administrativa) y los responsables de los procesos, que para el caso de la estructura de la entidad corresponden a la primera línea de defensa, así como a los comités y de nuevo algunos procesos que se constituyen en la segunda línea de defensa. Se requiere reforzar esquema de líneas de defensa, para que se tenga claridad al respecto. |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual; Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior | Avance final del componente |
|----------------------------|---|----------------------------------|---|--|--|-----------------------------|
| Ambiente de control | Si | 88% | <p>Fortalezas: Comité de Control Interno actualizado y activo. Plan anual de auditoría aprobado por comité de control interno. Adoptada de manera formal política de control interno institucional, que incluye esquema de líneas de defensa y líneas de reporte en temas claves. Política de administración del riesgo actualizada a nueva metodología. Reuniones financieras periódicas para análisis de información y toma de decisiones.</p> <p>Debilidades: Aplicación de acciones que conlleven a la interiorización del código de integridad. No se han establecido mecanismos para el manejo de conflictos de intereses al interior de la entidad. Adopción de mecanismos para detectar el uso inapropiado de información privilegiada. No se lleva a cabo evaluación del impacto del Plan Institucional de Capacitación.</p> | 48% | <p>Fortalezas: Comité de Control Interno actualizado y activo. Código de integridad adoptado.</p> <p>Debilidades: No se han establecido mecanismos para el manejo de conflictos de intereses al interior de la entidad. Adopción de mecanismos para detectar el uso inapropiado de información privilegiada. No se lleva a cabo evaluación del impacto del Plan Institucional de Capacitación. Implementación del código de integridad.</p> | 40% |
| Evaluación de riesgos | Si | 85% | <p>Fortalezas: Actualizada por Comité de Control Interno y adoptada por Gerencia Política de Administración del Riesgo, acorde a nueva metodología. Definida herramienta para construcción de mapas de riesgos de los procesos.</p> <p>Debilidades: Actualización y levantamiento de los mapas de riesgos de la totalidad de procesos de la entidad. Monitoreo a riesgos de gestión y corrupción. Seguimiento y análisis a acciones emprendidas en caso de materialización de riesgos.</p> | 41% | <p>Fortalezas: Establecida por Comité de Control Interno y adoptada por Gerencia Política de Administración del Riesgo.</p> <p>Debilidades: Consolidar información referente a la gestión del riesgo. Monitoreo a riesgos de corrupción con periodicidad señalada en política de administración del riesgo.</p> | 44% |
| Actividades de control | Si | 92% | <p>Fortalezas: Funciones segregadas teniendo en cuenta niveles de responsabilidad. Definidos roles y usuarios para sistemas de información. Incorporación en formato de procedimientos aparte para documentación de controles.</p> <p>Debilidades: Los controles no se encuentran diseñados y documentados acorde a las características que se plasman en la guía emitida por la Función Pública para el adecuado diseño de controles. Evaluación de controles frente a la gestión del riesgo.</p> | 46% | <p>Fortalezas: Funciones segregadas teniendo en cuenta niveles de responsabilidad. Definidos roles y usuarios para sistema de información.</p> <p>Debilidades: Los controles no se encuentran diseñados y documentados acorde a los seis pasos que se plasman en la guía para el adecuado diseño de controles emitida por la Función Pública. No actualización de la documentación que hace parte de los procesos administrativos. Evaluación de controles frente a la gestión del riesgo.</p> | 46% |
| Información y comunicación | Si | 89% | <p>Fortalezas: Se cuenta con sistema de información para la captura y procesamiento de datos, que posterior genera información para la toma de decisiones. Difusión de información institucional a través de diferentes medios de comunicación. Implementado sistema de información de PQRSF. Avances en la consolidación de la política de comunicación institucional.</p> <p>Debilidades: Evaluación de la efectividad de canales de comunicación que están siendo utilizados en la entidad.</p> | 54% | <p>Fortalezas: Se cuenta con sistema de información para la captura y procesamiento de datos, que posterior genera información para la toma de decisiones. Determinados canales de comunicación para la transmisión de la información.</p> <p>Debilidades: No contar con inventario documentado de información interna y externa. No se evalúa efectividad de canales de comunicación que están siendo utilizados en la entidad. No se cuenta con caracterización de usuarios o grupos de valor.</p> | 35% |
| Monitoreo | Si | 93% | <p>Fortalezas: Aprobación de plan anual de auditoría por parte del Comité de Control Interno. Seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoría por parte del Comité de Control Interno. Seguimiento periódico a planes de mejoramiento formulados. Documentación esquemas de líneas de defensa.</p> <p>Debilidades: Documentar algunas de las acciones emprendidas a partir de los informes generados y de la evaluación del contenido de los mismos sobre el sistema de control interno en la entidad. Evaluar procesos tercerizados enfocado en nivel de riesgo.</p> | 68% | <p>Fortalezas: Se conoce y aprueba el plan anual de auditoría de la oficina de Control Interno por parte del Comité de Control Interno. Se generan planes de mejoramiento a partir de auditorías del ente de control y dictamen de revisor fiscal y se realizan los seguimientos correspondientes.</p> <p>Debilidades: Documentar algunas de las acciones emprendidas a partir de los informes generados y de la evaluación del contenido de los mismos sobre el sistema de control interno en la entidad. Fortalecer esquema de líneas de defensa. Evaluar procesos tercerizados enfocado en nivel de riesgo.</p> | 25% |

4.9. INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (PAAC), VIGENCIA 2025.

El PAAC se encuentra enmarcado en las orientaciones de varias políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, tales como Integridad, Planeación Institucional, Servicio al Ciudadano, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana en la Gestión Pública / Rendición de Cuentas, y Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción, y tiene por objetivo mejorar la confianza con la ciudadanía, fomentar un cambio cultural en la organización y cumplir adecuadamente sus funciones para generar valor público.

El artículo 2.1.4.4 del decreto 1081 de 2015, indica que la máxima autoridad la entidad u organismo velará directamente porque se implementen debidamente las disposiciones contenidas en el documento de "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Por tal motivo, la elaboración del PAAC, refleja el compromiso de la Entidad por garantizar caminos transparentes que favorezcan la relación entre el Estado y la ciudadanía a través del fortalecimiento de escenarios de diálogo en doble vía y del acceso a la información pública como un derecho conexo a los derechos fundamentales.

En la imagen a continuación se presentan los resultados obtenidos en la entidad en el último cuatrimestre de la vigencia 2025, obteniendo una puntuación de 95 de 100 puntos, ubicándose en zona alta, y una calificación cualitativa de excelente.

| | GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION | RACIONALIZACION DE TRAMITES | RENDICION DE CUENTAS | ATENCION AL CIUDADANO | TRANSPARENCIA | INICIATIVAS ADICIONAL | |
|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|
| PAAC | Componente 1 | Componente 2 | Componente 3 | Componente 4 | Componente 5 | Componente 6 | TOTAL |
| Nº Actividades programadas | 12 | 2 | 15 | 16 | 16 | 4 | 61 |
| Porcentaje cumplimiento actividades | 100% | 100% | 99% | 94% | 84% | 93% | 95% |
| Porcentaje de cumplimiento general tercer cuatrimestre | | | | | | | 95% |

4.10. RESULTADOS FURAG VIGENCIA 2025.

Considerando el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) realizado en el año 2025, correspondiente a la vigencia 2024, se procedió a descargar los resultados obtenidos a través de la plataforma de la Función Pública. A continuación, se presentan los puntajes obtenidos para dicha vigencia, en cuanto a resultados generales y a nivel de dimensiones, políticas e índices de MIPG.

ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

En la siguiente grafica podemos ver el puntaje obtenido en la vigencia 2024, y el promedio obtenido en comparación con otras entidades que hacen parte del mismo grupo

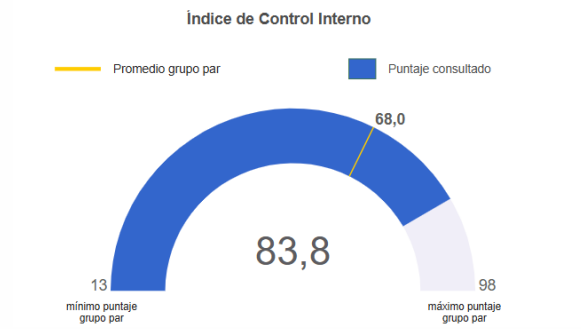


De acuerdo con los resultados obtenidos, el índice de desempeño institucional de la entidad para la vigencia 2024 alcanza un puntaje de 75 sobre 100 puntos posibles, ubicándose en el quintil 4 a nivel general. Esto significa que los resultados logrados por la ESE se sitúan en el 20% superior en comparación con otras entidades que también han completado el formulario. Además, se destaca un promedio de puntaje de 59,7 a nivel de las entidades del mismo grupo par, consolidando así un desempeño significativamente positivo en la evaluación realizada.

RESULTADOS MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI

Teniendo en cuenta el diligenciamiento del FURAG correspondiente a la vigencia 2024 y los resultados arrojados por el aplicativo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se evidenció un aumento significativo en el puntaje global, pasando de 77,3 en el año 2023 a 83,8 en el año 2024. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

I. Resultados Generales



El resultado obtenido para la vigencia 2024 en el Índice de Control Interno tuvo un desempeño sobresaliente frente al grupo de entidades comparables. Este puntaje se encuentra muy por encima del promedio del grupo par, que fue de 68,0, y se acerca al máximo puntaje registrado en dicho grupo, que es de 98.

Este resultado refleja el fortalecimiento sostenido del sistema de control interno, evidenciando una gestión eficaz en la implementación de controles, la evaluación de riesgos, la mejora continua de procesos y el cumplimiento normativo. Asimismo, posiciona a la entidad dentro del grupo con mejores prácticas en control interno, demostrando compromiso con la transparencia, la eficiencia y la buena administración pública.

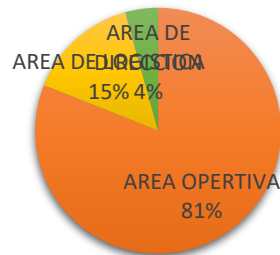
4.11. GESTION DE TALENTO HUMANO

4.11.1. DISPONIBILIDAD DEL TALENTO HUMANO EN SALUD 2025 POR CENTRO DE SALUD

La planta globalizada de personal de la Empresa Social del Estado, Hospital San Juan de Dios de Pamplona constituye el instrumento organizacional mediante el cual se estructuran los empleos requeridos para el adecuado funcionamiento institucional, la prestación eficiente de los servicios de salud y el cumplimiento de las funciones misionales, administrativas y de apoyo que le son asignadas conforme al marco normativo que regula a las Empresas Sociales del Estado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Desde una perspectiva técnico-administrativa, la planta de personal se encuentra organizada bajo un modelo funcional de distribución por áreas estratégicas, lo cual permite garantizar la adecuada articulación entre los procesos de dirección, gestión logística y operación asistencial. En este sentido, la estructura organizacional contempla 116 cargos en total, clasificados en tres grandes áreas funcionales; cada una de estas áreas responde a una lógica organizacional diferenciada, orientada a garantizar la gobernanza Institucional, la gestión administrativa y la prestación directa de los servicios de salud.

DISTRIBUCION DE CARGOS POR AREA. E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona



■ AREA OPERATIVA ■ AREA DE LOGISTICA ■ AREA DE DIRECCION ■

A partir de la información suministrada, la planta de cargos analizada corresponde a un total de 116 empleos, distribuidos entre las áreas de Dirección, Logística y Operativa. La gráfica presentada ilustra la composición porcentual de la estructura organizacional, permitiendo visualizar de manera clara la concentración funcional del talento humano dentro de la Institución hospitalaria.

| AREA | NUMERO DE CARGOS | PARTICIPACION PORCENTUAL |
|------------------|------------------|--------------------------|
| DIRECCION | 5 CARGOS | 4.31% |
| LOGISTICA | 17 CARGOS | 14.66% |
| OPERATIVA | 94 CARGOS | 81.03% |
| TOTAL | 116 | 100% |

4.11.2. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL CARGO

- **PREDOMINIO DEL COMPONENTE MISIONAL EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.**

Del análisis de la gráfica se evidencia que el área Operativa concentra el 81.03% del total de cargos, lo que equivale a 94 empleos dentro de la planta globalizada. Desde una perspectiva de gestión pública hospitalaria, esta proporción resulta coherente con la naturaleza jurídica y funcional de las Empresas sociales del Estado, cuya finalidad principal es la prestación directa de servicios de salud a la población.

En este contexto, el área operativa agrupa principalmente a los profesionales médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, personal técnico y asistencial en salud, profesionales de apoyo diagnóstico y asistencial en salud, profesionales de apoyo diagnóstico y terapéutico.

La elevada concentración de cargos en esta área refleja una estructura Institucional orientada prioritariamente al cumplimiento de la función misional, lo cual es consistente con los principios de eficiencia, accesibilidad y continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, conforme a los lineamientos del sistema General de Seguridad social en salud.

• **PARTICIPACION DEL AREA LOGISTICA COMO SOPORTE ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL.**

El área de logística representa el 14.66% de la planta, correspondiente a 17 cargos; esta área cumple un papel fundamental en la gestión administrativa, financiera y operativa de la Institución, garantizando el funcionamiento adecuado de los procesos de soporte necesario para la prestación de los servicios de salud.

Dentro de sus principales funciones se encuentra:

- Gestión del Talento Humano
- Administración Financiera y presupuestal
- Contratación pública y gestión de compras
- Manejo de recursos físicos y tecnológicos

Desde el punto de vista organizacional, esta proporción refleja un equilibrio adecuado entre las funciones misionales y las funciones de apoyo; permitiendo que la institución disponga de una estructura administrativa suficiente para garantizar la sostenibilidad operativa.

• **ESTRUCTURA DIRECTIVA.**

El área de dirección está conformada por 5 cargos, equivalentes al 4.31% de la Planta total; esta área comprende los empleos responsables de la dirección estratégica institucional, de la formulación de políticas administrativas y asistenciales, de la coordinación de los procesos de planeación y control, de la toma de decisiones gerenciales orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Interpretación integral de la gráfica. La gráfica permite identificar tres conclusiones estructurales relevantes

• **LA ORIENTACION ASISTENCIAL DE LA PLANTA DE PERSONAL:** Más del 80% del personal de Talento Humano se encuentra destinado a la prestación directa de servicios de salud, lo que evidencia una estructura Institucional alineada con la misión hospitalaria.

• **ADECUADO SOPORTE ADMINISTRATIVO:** El 14.66% de cargos en logística sugiere la existencia de un aparato administrativo que permite respaldar la operación hospitalaria sin generar una sobrecarga burocrática.

- **GOBERNANZA INSTITUCIONAL EFICIENTE:** La estructura directiva que se porcentual en un 4.31%, indica un modelo organizacional con niveles jerárquicos limitados, lo cual puede favorecer procesos de decisión más ágiles y una gestión pública más eficiente.

La distribución de cargos evidencia que la planta de personal de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, presenta una configuración organizacional predominante misional, en la que la mayor parte del recurso humano se destina a la atención directa de los usuarios del sistema de salud. Esta estructura responde a criterios de racionalidad administrativa, eficiente en el uso del recurso humano y coherencia con la naturaleza jurídica de las empresas sociales del Estado; garantizando el equilibrio entre las funciones estratégicas de dirección, el soporte logístico administrativo y la prestación directa de los servicios de salud.

4.11.3. DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE PLANTA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS) ADSCRITAS A LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

A continuación, se presenta la distribución del personal de planta asignado a las Instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) adscritas a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona; esta caracterización contempla la cantidad de funcionarios vinculados por cada sede y su clasificación funcional en el personal administrativo y asistencial.

La estructura del talento humano responde a criterios de organización Institucional, cobertura territorial, demanda de servicios y necesidades operativas propias de cada centro de salud. Dichas distribuciones tienen como propósito garantizar la continuidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud; así como fortalecer los procesos de gestión administrativa, logística y asistencial en el área de influencia de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| PAMPLONA | 22 funcionarios Administrativos |
| | 64 funcionarios Asistenciales |
| PAMPLONITA | 5 funcionarios Asistenciales |
| MUTISCUA | 5 funcionarios Asistenciales |
| SILOS | 4 funcionarios Asistenciales |
| CUCUTILLA | 6 funcionarios Asistenciales |
| CACOTA | 4 funcionarios Asistenciales |
| CHITAGA | 6 funcionarios Asistenciales |

En términos generales, la mayor concentración de Talento Humano se encuentra en la sede principal ubicada en el municipio de pamplona, donde se desarrollan tanto actividades asistenciales de mayor complejidad como los procesos estratégicos, administrativos y logísticos que soportan el funcionamiento de toda la red Institucional.

Es importante resaltar que el personal adscrito a las áreas de Dirección, gestión administrativa y logística, conformado por 22 funcionarios, desarrolla sus actividades en la sede principal de

la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona; desde esta sede se centraliza los procesos de planeación estratégico, administración de recursos, coordinación operativa, gestión contractual y soporte Institucional para todas las IPSs adscritas.

Así mismo, debe tenerse en cuenta que los centros de salud ubicados en los municipios mencionados, no cuentan con autonomía administrativa ni financiera, por lo cual su funcionamiento depende directamente de la estructura organizacional y de la toma de decisiones de la sede principal en la ciudad de Pamplona. En este sentido, los procesos administrativos, financieros, de contratación, abastecimiento y gestión del Talento Humano, son coordinados y gestionados de manera centralizada por el Hospital sede; garantizando la articulación Institucional y la estandarización de los procesos.

Esta organización del Talento Humano permite optimizar el uso de los recursos disponibles, asegurar la supervisión y el control administrativo de las sedes periféricas y mantener la integridad en la prestación de los servicios de salud dentro del área de influencia de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona; contribuyendo al cumplimiento de su misión institucional y a la mejora continua en la atención a la población

4.11.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL HISTÓRICO DE NÓMINA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA.

El comportamiento de la planta de personal y la asignación presupuestal de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona ha experimentado una evolución constante en el período comprendido entre los años 2016 y 2024. En particular, se observa una tendencia creciente tanto en el número de cargos en la dirección y logística como en la sección operativa, con un incremento sostenido en los recursos asignados para la nómina.

Desde 2016 hasta 2024, la cantidad total de cargos ha mantenido un comportamiento estable en 112 cargos hasta 2018, con un aumento a 115 a partir de 2019, manteniéndose esta cifra hasta 2024. Se destaca que el incremento se ha concentrado en la dirección y logística, la cual pasó de 15 cargos en 2016 y 2017 a 21 cargos desde 2018 en adelante.

En contraste, la sección operativa experimentó una reducción en 2018, disminuyendo de 97 a 94 cargos, sin variaciones posteriores.

El presupuesto total destinado a la nómina ha mostrado un crecimiento constante. En 2016, la asignación presupuestal fue de \$2.691.866.940, aumentando progresivamente hasta alcanzar los \$5.253.377.886 en 2025. Esto representa un crecimiento absoluto de \$2.561.510.946, equivalente a un incremento del 95,16% en el período analizado.

Dirección y Logística: La asignación presupuestal pasó de \$381.035.004 en 2016 a \$975.717.752 en 2025, lo que representa un crecimiento del 156,01%. Este incremento se relaciona directamente con la ampliación de la planta de personal en este segmento.

Operativa: El presupuesto asignado a la sección operativa pasó de \$2.310.831.936 en 2016 a \$4.277.660.134 en 2025, reflejando un aumento del 85,11% en el período. Aunque la cantidad de cargos en este segmento se redujo en 2018, la inversión en la nómina ha continuado aumentando, lo que sugiere ajustes salariales y mejoras en las condiciones laborales.

| | PERIODOS | | | | | |
|------------------------------|--------------|------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|
| | N° de cargos | 2023 | N° de cargos | 2024 | N° de cargos | 2025 |
| DIRECCION Y LOGISTICA | 21 | \$767.734.188 | 21 | \$879.976.327 | 21 | \$ 975.717.752 |
| OPERATIVA | 94 | \$ 3.365.833.704 | 94 | \$ 3.857.918.594 | 94 | \$ 4.277.660.134 |
| TOTAL | 115 | \$4.133.567.892 | 115 | \$ 4.737.895.520 | 115 | \$ 5.253.377.886 |

De esta manera se refleja la evolución organizacional y financiera de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona en materia de talento humano, consolidando una tendencia de crecimiento en la estructura salarial y optimización del personal asignado a las diferentes áreas. Asimismo, esta evolución evidencia un esfuerzo institucional por fortalecer la gestión del talento humano, garantizando condiciones laborales competitivas y una distribución eficiente del capital humano.

4.11.5. APROBACIÓN DE PLANTA DE PERSONAL PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025

En el marco de la planificación financiera y administrativa de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, se informa que, mediante el Acuerdo No. 024 de diciembre de 2024, se ha aprobado la estructura de gastos de funcionamiento asociados a la planta de personal para la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

Dicho acuerdo modifica y actualiza el Acuerdo No. 012 del 30 de mayo de 2024, el cual estableció el Plan de Cargos y las asignaciones civiles de la entidad hospitalaria.

De acuerdo con el análisis presupuestal y financiero, el costo total asignado para la planta de personal de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona en el ejercicio fiscal 2025 asciende a \$5,253,337,886.

Este valor ha sido determinado con base en criterios de sostenibilidad financiera, eficiencia en la distribución de recursos y cumplimiento de las normativas vigentes en materia de gestión del talento humano en el sector salud.

A continuación, se presenta la desagregación del presupuesto aprobado, en la cual se detallan los rubros específicos asignados a cada componente del gasto de funcionamiento del personal de planta.

| | VIGENCIA 2025 | |
|------------------|------------------|---------------------------------|
| | N° DE CARGOS | PRESUPUESTO INICIAL APROBADO |
| DIRECCION | 4 | \$ 388,902,005 |
| LOGISTICA | 17 | \$ 586,815,747 |
| OPERATIVA | 94 | \$ 4,277,660,134 |
| TOTAL | 115 | \$ 5,253,377,886 |

4.11.6. APROBACIÓN DE PLANTA DE PERSONAL PARA LA VIGENCIA FISCAL 2025

A continuación, se presentan los principales resultados de la Gestión adelantada durante la vigencia 2025 en relación con la administración, depuración y seguimiento del pasivo pensional (PASIVOCOL) de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Se consolidan las actuaciones realizadas en materia de revisión de obligaciones pensionales, saneamiento de aportes con administradoras del sistema pensional y la actualización de la información reportada al Gobierno Nacional mediante la plataforma PASIVOCOL.

GESTION DE BONOS PENSIONALES TIPO B.

Durante la vigencia 2025, Colpensiones realizó el cobro a la Institución de bonos pensionales Tipo B por un valor de CIENTO VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE (\$129.996.000). Luego de realizar el análisis jurídico y técnico correspondiente, la entidad sustentó que dichas obligaciones no correspondían al Hospital, debido a que los aportes relacionados habían sido efectuados a la Caja Nacional de previsión social (CAJANAL) en el período comprendido entre 1976 y 1995.

En este contexto, se argumentó que dichos pasivos fueron asumidos por la Nación y que la entidad se encuentra incluida dentro del contrato de concurrencia del sector salud del Departamento de Norte de Santander. En consecuencia, la obligación corresponde a la Unidad de Gestión pensional y parafiscales (UGPP).

Como resultado de la gestión adelantada, se solicitó la anulación de los cobros realizados al hospital, evitando un impacto financiero por valor de CIENTO VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE (\$129.996.000).

SANEAMIENTO DE OBLIGACIONES CON FONDOS PRIVADOS.

Durante la vigencia también se desarrolló un proceso técnico de revisión y depuración de obligaciones pensionales con administradoras privadas. En el caso del fondo SKANDIA, se realizó una verificación documental que permitió demostrar que los aportes reclamados ya habían sido cancelados o justificados oportunamente; logrando el saneamiento total del cobro por valor de QUINCE MILLONES SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$15.061.655).

De manera similar, con el fondo PROTECCION se adelantó una revisión detallada de planillas y soportes institucionales; este proceso permitió reducir la obligación inicialmente reclamada por valor de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$12.408.076) a UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.300.000); generando una reducción de ONCE MILLONES CIENTO OCHO MIL SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$11.108.076)

En general, estas acciones permitieron depurar obligaciones por un valor total equivalente a VEINTISEIS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$26.169.731), evitando pagos que no correspondían a obligaciones reales de la Institución y contribuyendo a la protección del patrimonio público.

GESTION DE CERTIFICACIONES LABORALES Y ACTUALIZACION DEL PASIVO PENSIONAL

Durante el período 2025 se gestionaron más de 30 certificaciones CETIL (Certificaciones Electrónicas de tiempos laborados); atendiendo solicitudes de ex funcionarios que requieren validar sus tiempos de servicio ante el sistema pensional colombiano; así mismo, se realizaron nueve (9) reportes de actualización de bases de datos ante el ministerio de Hacienda y Crédito público, mediante la plataforma Pasivocol, lo cual implicó procesos de revisión, depuración y validación de la información institucional relacionada con el pasivo pensional.

RESULTADOS E IMPACTO DE LA GESTION.

Las gestiones realizadas durante la vigencia 2025 generaron un impacto financiero positivo para la Institución, reflejado en la reducción y depuración de obligaciones pensionales que no correspondían al Hospital. En términos globales, estas actuaciones permitieron evitar pagos por un valor total de CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES CIENTO SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$156.165.731); fortaleciendo la sostenibilidad financiera Institucional y la correcta administración de los recursos públicos.

La gestión adelantada evidencia la importancia de los procesos de revisión histórica, verificación documental y control administrativo en materia pensional. La adecuada articulación con entidades como Colpensiones, la UGPP, el Ministerio de Hacienda y las

administradoras privadas de pensiones, permitió aclarar responsabilidades y evitar erogaciones indebidas.




Adicionalmente, el proceso permanente de actualización del pasivo pensional en la plataforma PASIVOCOL contribuye a mejorar la transparencia institucional, la calidad de la información reportada al Gobierno nacional y la trazabilidad de las obligaciones pensionales de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

CONVENIOS DOCENCIA SERVICIOS CON INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y EMPRESAS.

En el marco de las políticas Institucionales orientadas al fortalecimiento de los procesos de formación académica, investigación y proyección social, la Institución ha consolidado durante la vigencia 2025 una estrategia de articulación Interinstitucional mediante la suscripción y ejecución de convenios docencia servicio con diversas entidades educativas y organizaciones del orden local y regional.

Los convenios docencia servicio constituyen instrumentos de cooperación que permiten integrar los procesos formativos con escenarios reales de práctica, facilitando el desarrollo de competencias profesionales, el fortalecimiento del aprendizaje práctico y la interacción permanente entre el sector educativo, las Instituciones prestadoras de servicios y el sector productivo. En este sentido, dichas alianzas constituyen el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos formativos; promoviendo la generación de conocimiento, la investigación aplicada y la participación de los estudiantes en entornos reales de desempeño profesional.

Durante la vigencia 2025 se suscribieron tres (3) nuevos convenios con Instituciones Educativas y organizaciones, orientados al fortalecimiento de los procesos de formación práctica y cooperación Institucional, entre los cuales se destacan:

-  Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano – Instituto Técnico Laboral Competitivo de Colombia (INTELCOC).
-  Universidad de Pamplona.
-  Fundación Rosa Delia.

Adicionalmente, se formalizó un contrato de comodato o préstamo de uso con el Batallón de infantería No 13 General custodio García Rovira de la ciudad de Pamplona, con el propósito de facilitar el uso de 4 camillas hospitalarias por labores sociales de la Institución; esta acción permite el fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales con entidades del orden público.






4.11.7. ANALISIS DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS

Los convenios docencia servicio representan, un componente fundamental dentro del modelo de articulación Institucional con el sector educativo y productivo, permitiendo generar espacios de formación práctica que fortalecen las competencias profesionales de los estudiantes y contribuye al desarrollo de la Institución. Estas alianzas estratégicas facilitan la integración entre la formación académica y la práctica profesional, la generación de escenarios de aprendizaje en contextos reales, el fortalecimiento de procesos de investigación aplicada e innovación. La actualización permanente de los contenidos curriculares en función de las necesidades del entorno, el fortalecimiento de la proyección social y del compromiso institucional con el desarrollo regional.

RESULTADOS ALCANZADOS DURANTE LA VIGENCIA 2025

Como resultado de la implementación de los convenios docencia servicio durante el período evaluado, se evidencian importantes avances en materia de fortalecimiento académico e institucional.

Entre los principales resultados alcanzados se destacan:

-  Consolidación de alianzas estratégicas con instituciones educativas del ámbito local y regional.
-  Ampliación de los escenarios de práctica para estudiantes de programas técnicos, tecnológicos y profesionales.
-  Fortalecimiento de los procesos de formación práctica en áreas relacionadas con los servicios institucionales.
-  Contribución al desarrollo de competencias profesionales en los estudiantes en formación.
-  Generación de espacios de cooperación académica y transferencia de conocimiento.

De igual manera, la institución ha contribuido activamente al proceso de formación del talento humano, brindando acompañamiento y orientación a los estudiantes durante el desarrollo de sus prácticas académicas.

4.11.8. CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS Y DOCENTE SERVICIO VIGENTES, LIDERADOS DESDE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO VIGENCIA 2025

Actualmente la institución mantiene convenios docencia servicio, de cooperación Interadministrativo, de préstamo por libranza, con diversas entidades educativas del orden local y regional, lo que ha permitido ampliar las oportunidades de formación práctica y fortalecer la cooperación interinstitucional.

| ENTIDAD DOCENTE | CONVENIO | CARACTERIZACION | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION | OBSERVACIONES |
|---|----------------|---|-------------------|----------------------|---------------|
| EFORSALUD | | DOCENCIA SERVICIO | MARZO 2019 | MARZO 2029 | VIGENTE |
| EFORSALUD | | DOCENCIA SERVICIO | MAYO 2023 | | VIGENTE |
| UNAD | | DOCENCIA SERVICIO | FEBRERO 2025 | FEBRERO 2025 | VIGENTE |
| CECOL-CORPORACION EDUCATIVA COLOMBIANA | No 01 | DOCENCIA SERVICIO | AGOSTO 2018 | AGOSTO 2028 | VIGENTE |
| IFINORTE- CONVENIO LIBRANZA | No 0064 | PRESTAMO POR LIBRANZA | JUNIO 2016 | | VIGENTE |
| COMFAORIENTE | | PRESTAMO POR LIBRANZA | SEPTIEMBRE 2021 | | VIGENTE |
| INSTITUTO CULTURAL ARGENTINO-COLOMBIANO | | CONVENIO DE COOPERACION INTERADMINISTRATIVAS PARA LA REALIZACION DE PRACTICAS | FEBRERO 202 | FEBRERO 20230 | VIGENTE |
| INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACION RURAL-ISER | | CONVENIO DE COOPERACION INTERINSTITUCIONAL PARA LA REALIZACION DE PRACTICAS EMPRESARIALES | MAYO 2019 | MAYO 2029 | VIGENTE |
| UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR | | CONVENIO DOCENCIA SERVICIO | OCTUBRE 2020 | OCTUBRE 2030 | VIGENTE |
| UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA-UNAB | No 003 de 2018 | CONVENIO DOCENCIA SERVICIO | DICIEMBRE 2018 | DICIEMBRE 2028 | VIGENTE |
| FONESPA | | CONVENIO PARA DESCUESTOS DE NOMINA | MAYO 2024 | | VIGENTE |
| SENA | NDS-001-2021 | CONVENIO APOYO INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE PRACTICAS | MARZO 2021 | MARZO 2031 | VIGENTE |
| UDES | | CONVENIO DOCENCIA SERVICIO | MAYO 2020 | MAYO 2030 | VIGENTE |
| UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER- UFPS | | CONVENIO DOCENCIA SERVICIO | JUNIO 2024 | JUNIO 2034 | VIGENTE |
| INSTITUTO TECNICO LABORAL COMPETITIVO DE COLOMBIA-INTELCOC | No 001-2025 | CONVENIO DOCENCIA SERVICIO | FEBRERO 2025 | FEBRERO 2035 | VIGENTE |
| INSTITUTO TECNICO DE COLOMBIA- CUCUTA-TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA | | DOCENCIA SERVICIO | FEBRERO 2023 | FEBRERO 2033 | VEGENTE |
| UNIPAMPLONA | No 304- 2021 | DOCENCIA SERVICIO | AGOSTO 2021 | AGOSTO 2031 | VIGENTE |
| UNIPAMPLONA | No 004-2026 | COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL | 26 ENERO DEL 2026 | ENERO 2036 | VIGENTE |

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------|---|----------------|----------------|---------|
| UNIPAMPLONA | No 0006-2025 | COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL | ENERO 2025 | ENERO 20235 | VIGENTE |
| UNIPAMPLONA | No 156-2019 | COOPERACION INTERINSTITUCIONAL | ABRIL 2019 | ABRIL 2029 | VIGENTE |
| TOUR VACATION HOTELES AZUL SAS | | CONVENIO DE COLABORACION | NOVIEMBRE 2024 | NOVIEMBRE 2026 | VIGENTE |
| FUNDACION ROSADELIA CHAVEZ | | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE COOPERACION | ENERO 2025 | ENERO 2028 | VIGENTE |

Entre las principales entidades vinculadas se encuentran:

-  Universidad de Pamplona
-  Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD
-  Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB
-  Universidad Simón Bolívar
-  Universidad de Santander – UDES
-  Corporación Educativa de Colombia – CECOL
-  Instituto Superior de Educación Rural – ISER
-  EFORSALUD
-  Instituto Cultural Argentino Colombiano
-  Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA
-  Instituto Técnico de Colombia – Cúcuta (Programa Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería)
-  Instituciones técnicas y tecnológicas de la región

Estas alianzas fortalecen la interacción permanente entre la academia y las instituciones prestadoras de servicios, contribuyendo al desarrollo regional y a la formación de talento humano calificado.

4.11.9. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, en cumplimiento de lo establecido en la Circular externa No 009 del 21 de abril del 2026 expedida por la Superintendencia Nacional de salud, presenta el informe consolidado y actualizado sobre la implementación, seguimiento y control del sistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo (SARLAFT), correspondiente al período 2025.

El presente informe es elaborado por el oficial de cumplimiento de la entidad, Dr. Carlos Ernesto Roza Toloza, quien en ejercicio de sus funciones presenta el balance de las actividades desarrolladas en relación con la administración del riesgo asociado al lavado de activos y la financiación del terrorismo dentro de la Institución.

A continuación, se describen las acciones adelantadas en materia de implementación, monitoreo, control, reporte y fortalecimiento del sistema, así como los reportes realizados ante la Unidad de Información y análisis Financiero (UIAF), entidad encargada de centralizar y analizar información para la prevención y detección de operaciones relacionadas con actividades ilícitas; de igual manera, se exponen los mecanismos institucionales implementados para la gestión del riesgo y los procesos de debida diligencia aplicados a usuarios, proveedores, empleados y demás contrapartes, y las estrategias adoptadas para garantizar la transparencia y legalidad en el manejo de los recursos públicos dentro de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, en el Departamento de Norte de Santander.

Se presentan de manera detallada las actividades, acciones y resultados derivados de la implementación y operación del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT), desarrolladas por el oficial de cumplimiento de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, durante el periodo 2025:

- Evidenciar el cumplimiento normativo de la Institución frente a los lineamientos establecidos para la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo en el sector salud.
- Presentar los resultados del monitoreo y control de operaciones susceptibles de generar riesgos asociados a este tipo de actividades.
- Informar sobre los reportes realizados a la unidad de información y análisis financiero UIAF
- Exponer las acciones institucionales de fortalecimiento del sistema; incluyendo la actualización de información de empleados, contratistas y demás contrapartes durante el año 2025.
- Contribuir al fortalecimiento de los principios de transparencia, legalidad, control interno y gestión del riesgo institucional.

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA SARLAFT

La superintendencia Nacional de salud, mediante la circular externa No 009 del 21 de abril del 2016, estableció las directrices obligatorias para que las entidades del sector salud adopten e implementen un sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación terrorismo (SARLAFT), con el propósito de prevenir que las instituciones prestadoras de servicios de salud sean utilizadas para canalizar o legitimar recursos provenientes de actividades ilícitas.

En cumplimiento de esta normativa, la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, adoptó formalmente el sistema SARLAFT, implementando políticas, procedimientos y mecanismos de control orientados a la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos asociados a estas conductas. Desde el año 2016, la Institución ha mantenido de forma permanente la figura del Oficial de cumplimiento, responsable de velar por la correcta implementación del sistema y de realizar los reportes correspondientes ante las autoridades competentes.

Inicialmente, la designación del Oficial de cumplimiento se formalizó mediante Acta No 083 del 19 de diciembre de 2019, en cumplimiento de los Acuerdos 021 y 022 del 2016;

posteriormente, mediante la resolución No 257 del 05 de agosto del 2019, se actualizaron y formalizaron dichos nombramientos; actualmente el cargo es ejercido por:

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO TITULAR: Dr. CARLOS ERNESTO ROZO TOLOZA- Jefe de Oficina de Talento Humano.

El oficial de cumplimiento tiene dentro de sus responsabilidades principales:

1. Supervisar la correcta implementación del SARLAFT
2. Monitorear las operaciones Institucionales que puedan representar riesgo
3. Garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente
4. Reportar oportunamente información a la UIAF
5. Promover la cultura Institucional de prevención del riesgo

4.11.10. REPORTE A LA UNIDAD DE INFORMACION Y ANALISIS FINANCIERO (UIAF)

Durante la vigencia 2025, la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, dio cumplimiento oportuno al envío de los reportes exigidos por la normativa vigente ante la Unidad de Información y análisis financiero (UIAF), a través del sistema de reporte en línea.

(ROS) El reporte de operaciones sospechosas, es el mecanismo mediante el cual los sujetos obligados informan a la UIAF sobre operaciones, hechos o situaciones que puedan estar relacionados con el lavado de activos o la financiación del terrorismo, independientemente de su cuantía. Es importante señalar que el ROS, no constituye una denuncia penal y que la información reportada tiene carácter reservado. La ley establece exoneración de responsabilidad para quienes reporten buena fe.

Reporte objetivo de procedimientos. Corresponde al reporte de transacciones en efectivo superiores a CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$5.000.000) relacionadas con la prestación de servicios médicos o procedimientos realizados por la Institución.

Reporte Operativo de Proveedores Este reporte incluye transacciones en efectivo superiores a CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$5.000.000) relacionadas con pagos realizados a proveedores o contratistas.

Para cada reporte enviado, la UIAF genera un certificado digital de recepción, el cual incluye el respectivo número de radicación en formato PDF. Es importante destacar que todos los reportes generados durante este período fueron obtenidos como NEGATIVOS, lo cual significa que no se identificaron operaciones sospechosas ni transacciones en efectivo que superaran los límites establecidos y que pudieran representar riesgo de lavado de activos o financiación del terrorismo dentro de la Institución.

El análisis de los reportes enviados durante la vigencia 2025 y conforme al histórico de reportes generados, demuestra que los procesos administrativos, financieros y asistenciales de la Institución se han desarrollado dentro de los parámetros de transparencia, legalidad y control

Institucional lo cual reduce significativamente el riesgo de que la entidad sea utilizada para la canalización de recursos provenientes de actividades ilícitas.

ACTUALIZACION Y FORTALECIMIENTO DEL SARLAFT VIGENCIA 2025

Como parte del proceso de fortalecimiento Institucional y en cumplimiento de las políticas internas de control y prevención, durante el año 2025 la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona adelantó un proceso de actualización del registro SARLAFT para el personal vinculado a la Institución

Este proceso incluyó:

1. Actualización de la Información del personal de planta.
2. Registro y validación de información de contratistas vinculados mediante orden de prestación de servicios
3. Registro del personal perteneciente a equipos Básicos en salud
4. Actualización de datos del personal vinculado a programas de salud pública y Plan de Intervenciones colectivas (PIC)
5. Validación de información del personal vinculado mediante agremiación ACTISALUD

ANALISIS DE RESULTADOS

El análisis de la gestión desarrollada en el marco del Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT, durante la vigencia 2025, permite evidenciar que la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona ha mantenido un compromiso permanente con el cumplimiento de las disposiciones normativas emitidas por la Superintendencia Nacional de salud y demás autoridades competentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

En primer lugar, se destaca, la implementación y mantenimiento de los instrumentos institucionales necesarios para la operación del sistema, tales como el Manual del sarlaft, las políticas institucionales de control del riesgo y los procedimientos de la debida diligencia, los cuales han permitido fortalecer los mecanismos de verificación y control frente a las personas naturales y jurídicas que establecen relaciones contractuales o comerciales con la Institución.

En segundo lugar, la entidad ha dado cumplimiento oportuno y sistemático al envío de reportes ante la UIAF, a través del sistema de reportes en línea (SIREL), garantizando el seguimiento permanente de las operaciones susceptibles de análisis; durante las vigencias evaluadas, todos los reportes fueron presentados como negativos, lo que indica que no se identificaron operaciones sospechosas ni transacciones que representan un riesgo asociado al lavado de activos o a la financiación del terrorismo. A sí mismo, es importante resaltar el fortalecimiento del proceso de control y actualización de información del talento Humano Institucional durante la vigencia 2025 mediante la implementación del requisito obligatorio del diligenciamiento y actualización del registro SARLAFT para el personal de planta, contratistas, proveedores y demás colaboradores vinculados a la entidad.

Como resultado de esta estrategia, se ha alcanzado un avance aproximado del 85% en la actualización de la información SARLAFT del personal Institucional, incluyendo profesionales vinculados a través de diferentes modalidades contractuales como Equipos básicos en salud (EBS), programas de salud pública, Plan de Intervenciones colectivas (PIC), ACTISALUD, contratos de prestación de servicios y personal de planta. Este proceso ha permitido fortalecer los mecanismos de debida diligencia Institucional, garantizando una mayor transparencia en los procesos de vinculación laboral y contractual, así como una adecuada gestión del riesgo Institucional.

Finalmente se concluye que, la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, ha logrado consolidar un sistema SARLAFT funcional, activo y alineado con la normatividad vigente; contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de la legalidad, transparencia y control dentro de la Institución, así como a la protección de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud a la comunidad.

CONCLUSIÓN INSTITUCIONAL

En conclusión, durante la vigencia 2025 la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona mantuvo un enfoque preventivo en la gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, fortaleciendo los mecanismos de control institucional y promoviendo la cultura organizacional de cumplimiento.

Las acciones desarrolladas permitieron consolidar el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo -SARLAFT como un instrumento fundamental para la protección de la integridad institucional, la transparencia en la gestión pública y el adecuado manejo de las relaciones contractuales y operativas de la entidad. En este sentido, la institución reafirma su compromiso con el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, la implementación de buenas prácticas de control y la adopción de medidas orientadas a prevenir cualquier forma de utilización indebida de sus procesos para la realización de actividades ilícitas.

4.11.11. GESTIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

INTRODUCCION

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona, en cumplimiento de su responsabilidad institucional y de la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, orienta sus acciones hacia la protección integral de sus trabajadores, contratistas y demás partes interesadas, mediante la implementación de estrategias que permitan prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como fortalecer ambientes laborales seguros y saludables. En este contexto, la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo se constituye en un componente esencial para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud y el adecuado funcionamiento de la institución.

Año tras año, la ESE ha venido fortaleciendo sus procesos institucionales, consolidando una cultura de prevención y autocuidado, y actualizando su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos establecidos por las autoridades competentes en la materia. Este proceso ha permitido mejorar la gestión del riesgo laboral, optimizar las condiciones de trabajo y garantizar el cumplimiento progresivo de los estándares mínimos del SG-SST, evidenciando el compromiso institucional con la seguridad y la salud de sus trabajadores.




Durante la vigencia objeto de la presente rendición de cuentas, la entidad ejecutó diversas actividades orientadas al fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre las cuales se destacan el desarrollo de jornadas de capacitación, sensibilización y entrenamiento dirigidas al personal, enfocadas en la prevención de riesgos laborales, el uso adecuado de los elementos de protección personal, la preparación y respuesta ante emergencias, y el fortalecimiento de las competencias del talento humano en Seguridad y Salud en el Trabajo. Estas acciones reflejan los avances alcanzados en la gestión institucional y contribuyen al mejoramiento continuo del desempeño en materia de SST.

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se desarrolla mediante un proceso sistemático basado en el ciclo de mejora continua, que comprende la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y acciones de mejora, con el propósito de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo, garantizando condiciones laborales seguras y saludables y el cumplimiento de los requisitos legales aplicables.

OBJETIVO GENERAL

Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de la prestación de servicios de salud de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona, a través de la promoción de la salud y de la identificación, evaluación y control de los riesgos, con el fin de minimizar la presentación de accidentes de trabajo y de enfermedades laborales que puedan afectar la calidad de vida de los trabajadores, contratistas y demás partes interesadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-  Mantener y promover la salud de los trabajadores, indiferente del tipo de contratación mediante la gestión los riesgos ocupacionales que puedan desencadenar enfermedades de origen laboral o de origen común agravadas por la exposición a los riesgos derivados de la prestación de servicios de salud
-  Establecer la metodología que permita identificar los peligros, evaluar y priorizar los riesgos que puedan afectar la Seguridad y Salud en el Trabajo; estableciendo los controles necesarios para la promoción de ambientes de trabajo seguros y saludables
-  Proporcionar en los diferentes niveles de la institución los elementos y conocimientos adecuados, para planear, organizar, dirigir y controlar actividades tendientes a mitigar

las consecuencias de un evento súbito que pueda poner en peligro la estabilidad de la empresa.

ALCANCE

El presente informe gerencial se elabora en cumplimiento de la normatividad vigente que establece la rendición de cuentas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el fin de evaluar el nivel de cumplimiento del sistema en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona y evidenciar las acciones implementadas para su fortalecimiento. Asimismo, permite verificar la gestión realizada en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, la participación de los diferentes niveles de la entidad y las acciones de mejora desarrolladas para optimizar el desempeño del sistema y garantizar la prevención y control de los riesgos asociados a las actividades misionales de la institución.

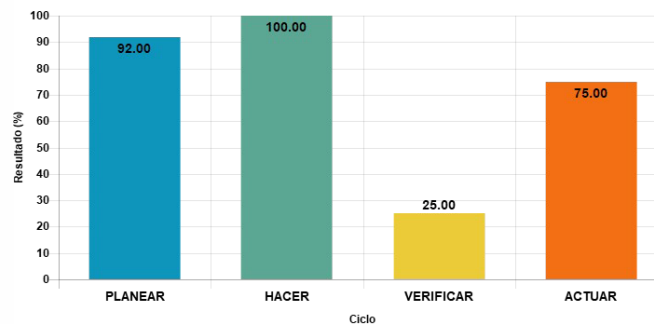
Marco normativo adoptado en la institución.

| | |
|---|--|
| Por medio del cual se actualiza el reglamento interno del comité de convivencia laboral de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona. | Resolución No. 148 (18 de abril de 2024) |
| Reglamento de higiene y seguridad industrial | Resolución No 196 marzo del 28 de junio del 2022 |
| Por medio de la cual se crea el comité hospitalario de emergencias | Resolución No 217 11 de agosto de 2016 |
| Por la cual se integra el comité de investigación de accidentes de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona | Resolución No 29 de noviembre 8 de 2016 |
| Asignación de roles y responsabilidades del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo | Resolución No 197 del 28 de junio de 2022 |
| Por medio de la cual se actualiza la versión de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo contenida en la Resolución No. 109 del 7 de marzo de 2019. | Resolución No. 229 08 de agosto de 2025 |
| Política de prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas | Resolución No 021 20 de enero de 2021 |
| "Por medio de la cual se designa a los representantes de los trabajadores ante el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST". | Resolución No. 122 (24 de abril de 2025) |
| Por medio de la cual se designa a los miembros del Comité de convivencia laboral COVILA". | Resolución No. 123 24 de abril de 2025 |
| Por medio de la cual se adopta la política de acoso sexual en el ámbito laboral de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona | Resolución 131 14 de mayo del 2025 |

EVALUACIÓN DEL SG-SST 2025

Se realizó la evaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) utilizando el formato establecido por el Ministerio del Trabajo, conforme a los lineamientos

definidos en la Resolución 0312 de 2019. Como resultado de la aplicación de los criterios de evaluación establecidos en dicha normatividad, se obtuvieron los siguientes porcentajes de avance en el cumplimiento de los estándares mínimos del sistema.



| CICLO | RESULTADO ESPERADO | RESULTADO OBTENIDO | PORCENTAJE DEL CICLO OBTENIDO |
|--------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| PLANEAR | 25,00% | 23,00% | 92,00% |
| HACER | 60,00% | 60,00% | 100,00% |
| VERIFICAR | 5,00% | 1,25% | 25,00% |
| ACTUAR | 10,00% | 7,50% | 75,00% |
| TOTAL | 100% | 91,75% | 91,75% |

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN SST

Durante la vigencia 2025, se ejecutó el programa de formación en Seguridad y Salud en el Trabajo, en articulación con el Plan Institucional de Capacitaciones (PIC), con un enfoque orientado a los procesos y procedimientos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona que presentan mayor exposición a riesgos psicosociales, físicos, ergonómicos y demás riesgos laborales identificados en la institución.

Estas actividades de capacitación fueron desarrolladas con el apoyo de personal interno con competencias en Seguridad y Salud en el Trabajo y en el fortalecimiento de la cultura de calidad institucional, así como con el acompañamiento de proveedores especializados en los diferentes temas y la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), garantizando la pertinencia técnica y el cumplimiento de los lineamientos normativos vigentes.

A continuación, se relacionan las actividades de capacitación ejecutadas durante la vigencia 2025, las cuales contribuyeron al fortalecimiento de los conocimientos, habilidades y competencias del talento humano en materia de prevención de riesgos laborales, de conformidad con lo establecido en el Plan Institucional de Capacitaciones (PIC).

| | | |
|--|--------------------------|----------|
| Bioseguridad, riesgo biológico, prevención accidentes de trabajo y promoción del autocuidado | 25/05/2025 26/05/2025 | 02 15 |
| Comité COVILA normatividad y funcionamiento | 26/05/2025 28/05/2025 | 09 14 |
| Socialización de COPASST | 28/05/2025 | 8 |
| Seguridad Vial | 21/07/2025 | 6 |
| Salud Mental: trabajo en equipo, resolución de conflictos comunicación asertiva, trato digno, humanización de servicios de salud Primeros Auxilios Psicológicos y Manejo del estrés, estilos de vida saludable liderazgo, y Gestión Organizacional | 7/04/2025 | 15 |
| | 20/03/2025 | 22 |
| | 02/05/2025 | 21 |
| | 05/05/2025 | 18 |
| | 09/05/2025 | 1 |
| Riesgo Ergonómico | 15/05/2025 | 17 |
| | 10/04/2025 27/05/2025 | 12 15 |
| Anexo 5 resolución 482/2018, Dosimetría | 28/10/2025 | 5 |
| Atención prehospitalaria, código rojo, Manejo de hemorragia Post-parto y post-cesárea y de complicaciones intraparto, Código azul RCP pediátrico y adulto | 8/04/2025 | 36 |
| | 29/09/2025 | 56 |
| | 21/07/2025 | 10 |
| | 16/06/2025 | 28 |
| | 26/05/2025 | 21 |

POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Durante la vigencia 2025, el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) se reunió con el fin de verificar el cumplimiento y la pertinencia de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona, conforme a los lineamientos establecidos en el Decreto 1072 de 2015 y demás normatividad vigente. Como resultado de esta revisión, el comité identificó la necesidad de realizar una actualización de la política institucional, con el propósito de fortalecer su alcance y alinearla con los principios actuales en materia de inclusión, diversidad y equidad en el entorno laboral.

En este sentido, el COPASST propuso incorporar dentro de la política institucional el reconocimiento y promoción de la diversidad, la equidad de género y la igualdad de oportunidades, reafirmando el compromiso de la entidad con la generación de ambientes de trabajo seguros, respetuosos e incluyentes para todos los trabajadores, incluyendo personas en condición de vulnerabilidad o con discapacidad.

Como resultado de lo anterior, se estableció la modificación del artículo primero de la Resolución 109 del 07 de marzo de 2019, mediante la cual se actualiza la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, quedando definida en los siguientes términos.

ARTÍCULO PRIMERO: Modificar el artículo primero de la Resolución 109 del 07 de marzo de 2019, el cual actualiza la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la siguiente manera:

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona reconoce la importancia del capital humano y se compromete con la implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, encaminado a promover y mantener el bienestar físico, mental y social de los trabajadores, contratistas y demás partes interesadas, ejecutando las mejores prácticas en materia de seguridad, salud y medio ambiente, minimizando los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

De igual forma, la institución promueve un entorno laboral inclusivo, equitativo, respetuoso de la diversidad, garantizando la igualdad de oportunidades, la no discriminación y condiciones laborales seguras para todas las personas, incluyendo grupos en condición de vulnerabilidad o con discapacidad.

ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

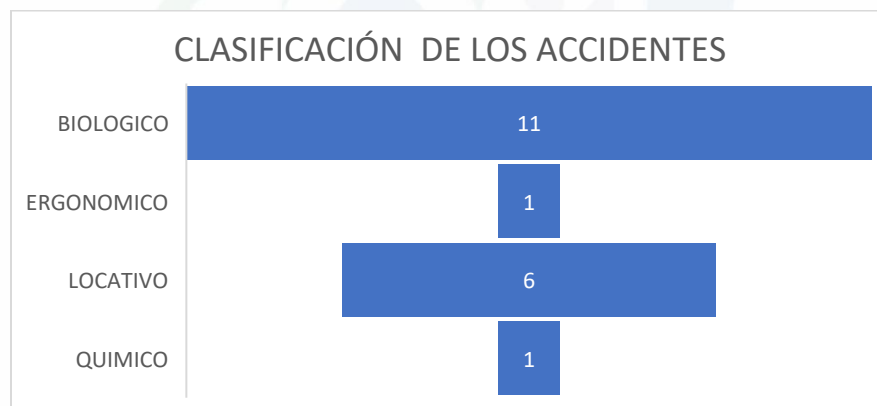
La entidad cuenta con un procedimiento establecido para el reporte e investigación de accidentes e incidentes de trabajo, el cual ha sido actualizado conforme a los lineamientos definidos por el Ministerio del Trabajo y la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), incluyendo la gestión del riesgo biológico como uno de los principales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.

El propósito de este procedimiento es estandarizar el proceso de notificación, registro e investigación de los accidentes e incidentes laborales, permitiendo identificar sus causas, establecer acciones correctivas y preventivas, y fortalecer la gestión del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. De esta manera, se contribuye a la prevención de la ocurrencia de nuevos eventos y a la disminución de los impactos asociados al personal de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Para la vigencia 2025, se registró la siguiente información relacionada con la ocurrencia de accidentes de trabajo, la cual permite analizar el comportamiento de la accidentalidad laboral y establecer las acciones de mejora correspondientes dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

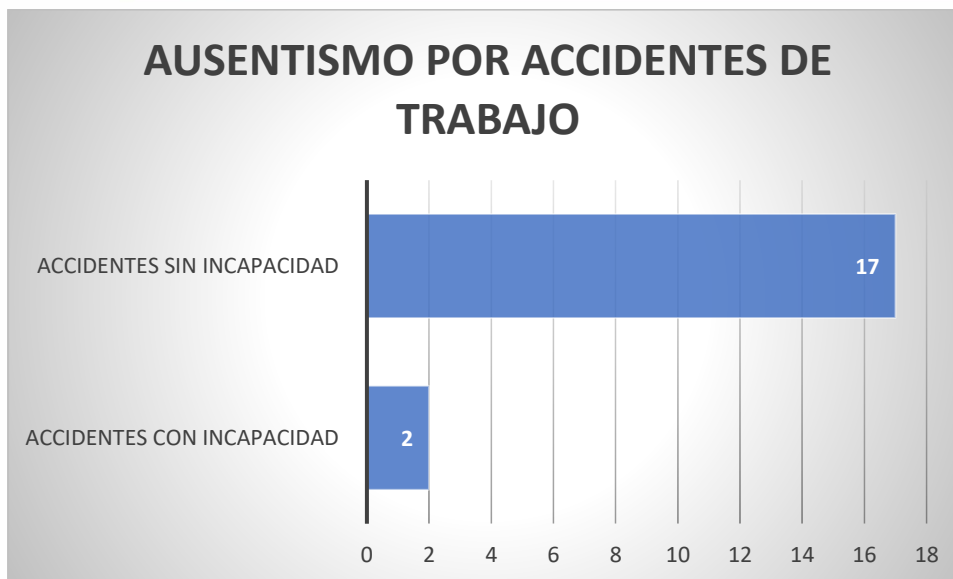


En la vigencia 2025 se presentó 19 accidentes de trabajo clasificados de la siguiente manera.



La clasificación de los accidentes de trabajo evidencia un total de 19 eventos durante el periodo evaluado. El riesgo biológico presenta la mayor frecuencia con 11 casos (57,9 %), seguido del riesgo locativo con 6 casos (31,6 %). Los riesgos ergonómico y químico registran 1 caso cada uno (5,3 % respectivamente).

Desde el punto de vista técnico, se identifica una mayor incidencia asociada a la exposición a agentes biológicos, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las medidas de bioseguridad y control del riesgo.



En la vigencia 2025 se presentó un total de 19 accidentes de los cuales el 11% requirió incapacidad temporal que corresponde a 2.

ENFERMEDADES LABORALES

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona no presentó enfermedades laborales reportados ante la aseguradora de riesgos laborales.

Matriz de elementos de protección personal

La entidad realizó actualización de la matriz de elementos de protección personal con el fin de redefinir el uso de acuerdo con el riesgo y dependencias de la entidad.

Esta matriz además definir los EPP que se usan en cada área, esta informa sobre las normas que deben cumplir en cuanto a la calidad del EPP y da la indicación del uso de cada uno de ellos.

| | | | |
|--|---|---------|---|
| Índice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo (frecuencia de accidentalidad) | IFA = (Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100 | 4,51664 | Por cada 100 trabajadores que laboran en el año se presenta 5 accidentes de trabajo en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona |
| Índice de Frecuencia de Ausentismo | IFA= (Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100 | 6,1% | En el año se perdió 6,1% de los días programados de trabajo por incapacidad médica |

PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona dispone de un plan de emergencias basado en el Sistema Comando de Incidentes, el cual establece claramente los roles y las personas responsables de la coordinación y logística en situaciones de emergencia. Además, la entidad realiza simulacros anuales con el fin de evaluar la capacidad de respuesta ante diversas situaciones, asegurando la eficacia de los protocolos establecidos. El personal está debidamente dotado de los recursos necesarios y participa en capacitaciones periódicas para fortalecer sus conocimientos y habilidades en atención prehospitalaria, garantizando así una pronta y adecuada respuesta ante cualquier eventualidad.

SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

CAPACITACIÓN BRIGADA DE EMERGENCIAS



SIMULACRO DE EVACUACIÓN

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona realizó un Simulacro de Evacuación institucional el día 19 de septiembre de 2025, con el propósito de evaluar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia y verificar la efectividad de los procedimientos establecidos en el Plan Hospitalario de Emergencias. Este ejercicio permitió identificar oportunidades de mejora en los procesos de evacuación, coordinación y respuesta del personal, fortaleciendo la preparación institucional frente a posibles eventos que puedan poner en riesgo la seguridad de trabajadores, usuarios y visitantes.

Durante la vigencia 2025, se evidenció como mejora significativa el fortalecimiento de las comunicaciones internas, mediante la implementación de radios de comunicación en los diferentes servicios, lo cual permitió optimizar la coordinación entre las áreas, facilitar la transmisión oportuna de información y mejorar la capacidad de respuesta durante el desarrollo del simulacro.

Este tipo de actividades contribuye al cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y al fortalecimiento de la cultura de prevención y preparación ante emergencias dentro de la institución.



4.12. EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

4.12.1. EQUIPOS DE COMPUTO

La ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona durante la vigencia 2025 adquirió equipos tecnológicos del área de informática, de acuerdo con las especificaciones que se nombran a continuación:

| CANTIDA | ELEMENTO |
|---------|--------------------------|
| 2 | IMPRESORA MULTIFUNCIONAL |
| 4 | EQUIPOS DE ESCRITORIO |

4.12.2. GESTIÓN COMUNICACIONES Y PLAN DE COMUNICACIONES

El proceso de Gestión de la Información en el área de Comunicaciones de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona tiene como propósito principal fortalecer la imagen corporativa institucional y garantizar la difusión oportuna, clara y veraz de la información hacia los diferentes públicos de interés.

Este proceso se rige por la Política de Comunicaciones, la cual establece los lineamientos para la interacción con públicos internos y externos, así como los canales oficiales para la divulgación de información. En cumplimiento de su naturaleza como entidad pública, el Hospital tiene el deber de suministrar información adecuada, precisa y accesible, contribuyendo al fortalecimiento de la transparencia institucional y al cumplimiento de sus objetivos misionales.

En este contexto, la comunicación asertiva se convierte en un eje estratégico, permitiendo posicionar la gestión institucional mediante el desarrollo de estrategias comunicativas que visibilizan las actividades, programas y servicios ofrecidos a la comunidad.

Medios Digitales

Canal: Redes sociales

Las redes sociales institucionales constituyen uno de los principales canales de interacción con la comunidad, permitiendo ampliar el alcance de la información y fortalecer la relación con los usuarios.







Facebook: @ESEHospitalPamplona

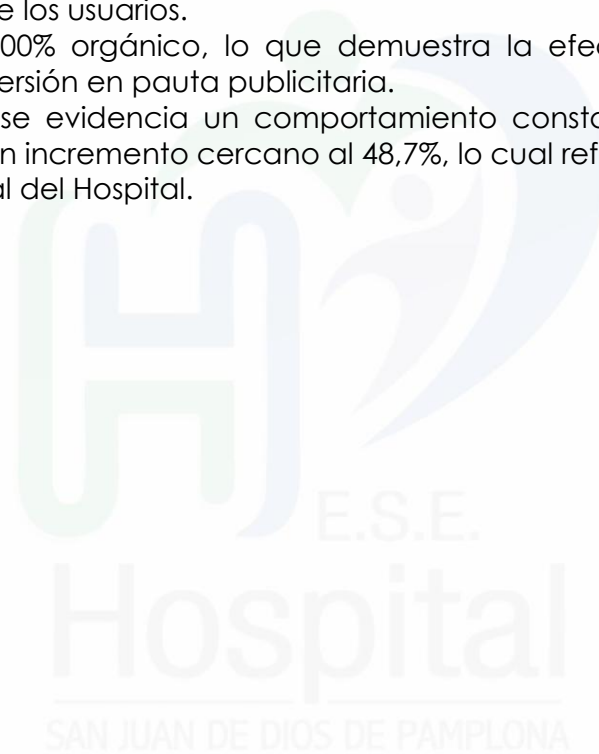
<https://www.facebook.com/ESEHospitalPamplona?mibextid=ZbWKwL>

La página oficial fue creada en 2019 y fortalecida significativamente durante el año 2020, especialmente en el contexto de la pandemia, consolidándose como un canal clave de comunicación institucional.

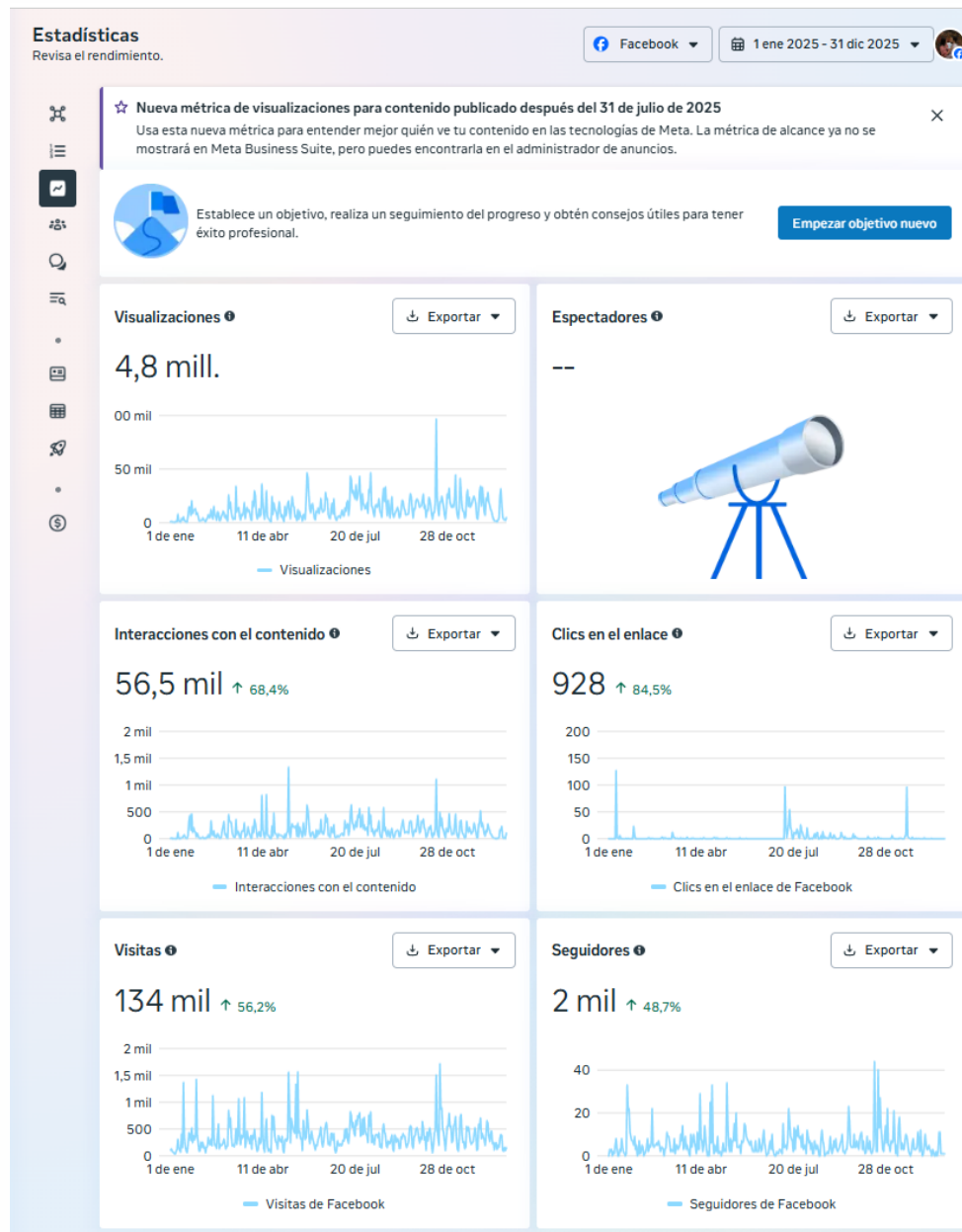
Al cierre de la vigencia 2025, la cuenta registra un total de 10.483 seguidores, evidenciando un crecimiento sostenido.

De acuerdo con las estadísticas:

-  Se alcanzaron aproximadamente 4,8 millones de visualizaciones durante el año.
-  Se registraron 269.900 reproducciones de video de al menos 5 segundos, lo que evidencia un alto consumo de contenido audiovisual.
-  Las interacciones con el contenido alcanzaron 56.500, reflejando un nivel significativo de participación por parte de la audiencia.
-  El tiempo total de reproducción fue de 109 días y 7 horas, indicador relevante del interés y permanencia de los usuarios.
-  El alcance fue 100% orgánico, lo que demuestra la efectividad del contenido sin necesidad de inversión en pauta publicitaria.
-  Adicionalmente, se evidencia un comportamiento constante en el crecimiento de seguidores, con un incremento cercano al 48,7%, lo cual refleja el fortalecimiento de la comunidad digital del Hospital.



Estadística Facebook 2025:



Instagram: <https://instagram.com/esehospitalpamplona?igshid=YmMyMTA2M2Y=>

Instagram se ha consolidado como un canal estratégico para llegar a un público más joven, gracias a su enfoque visual y dinámico.

La cuenta institucional cuenta con 1.859 seguidores y durante la vigencia 2025 alcanzó un total aproximado de 17.800 personas, según métricas reportadas.









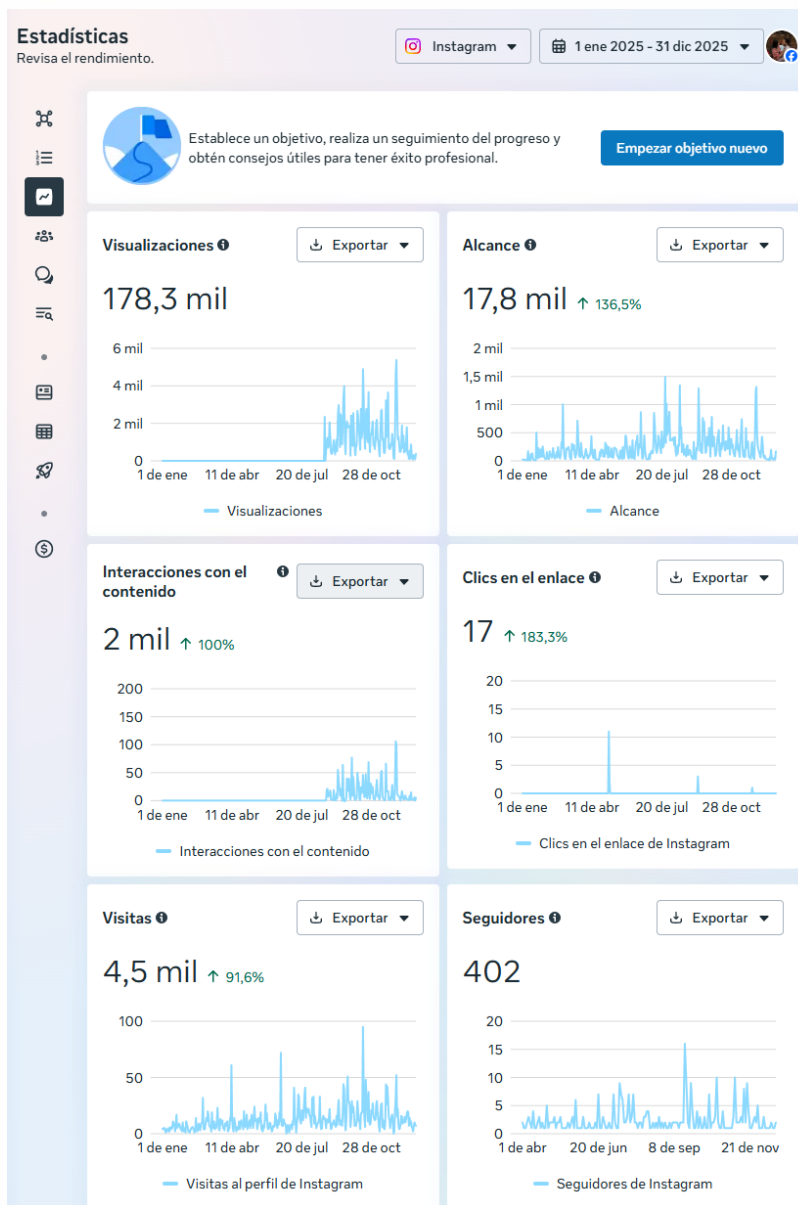
Los contenidos incluyen información completa en formato de audio, con el propósito de facilitar el acceso a personas con discapacidad visual y auditiva, promoviendo así una comunicación inclusiva.

Las imágenes incorporan elementos gráficos y vectores relacionados con el contenido, los cuales complementan la información escrita y facilitan su comprensión, especialmente para aquellas personas que presentan dificultades en la lectura.

Por su parte, los textos o copys que acompañan las piezas gráficas son claros, breves y contienen la información más relevante, permitiendo que cualquier persona comprenda el mensaje de manera efectiva y garantizando que la comunicación institucional llegue de forma adecuada a todos los seguidores.

Dentro de los principales indicadores se destacan:

-  178.300 visualizaciones de contenido, evidenciando el alcance de las publicaciones.
-  2.000 interacciones, lo que demuestra un adecuado nivel de engagement.
-  Incremento del alcance en un 136,5%, reflejando el crecimiento en la visibilidad del contenido.
-  4.500 visitas al perfil, indicador del interés generado en los usuarios.
-  Crecimiento progresivo de seguidores, consolidando la presencia institucional en esta plataforma.
-  Estos resultados evidencian la efectividad de las estrategias implementadas, especialmente en formatos como reels, historias y contenido educativo



Estrategia de Contenidos

La producción de contenido institucional se desarrolla bajo criterios de accesibilidad, inclusión y claridad:

- Los contenidos audiovisuales incluyen elementos de apoyo visual (textos en pantalla) para personas con discapacidad auditiva.
- Se incorporan recursos narrativos en audio para facilitar el acceso a personas con discapacidad visual.
- Las piezas gráficas contienen elementos visuales (íconos y vectores) que facilitan la comprensión del mensaje.

 Los textos o copys se elaboran de manera clara, breve y precisa, priorizando la información relevante para garantizar su comprensión por todo tipo de público.

Esta estrategia permite una comunicación incluyente, alineada con principios de accesibilidad universal.

Página web

La página web institucional constituye un canal obligatorio para entidades públicas, orientado al cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

En los últimos años, este canal ha sido fortalecido mediante la actualización constante de contenidos y la implementación de herramientas de accesibilidad, como:

- Ajuste de tamaño de letra.
- Modificación de contrastes de color para facilitar la lectura.

La información publicada mantiene un enfoque educativo e informativo, abordando temas institucionales, actividades, servicios y contenidos orientados a la promoción y prevención en salud.

Asimismo, el lenguaje utilizado es claro, inclusivo y no discriminatorio, garantizando el respeto por los usuarios y el talento humano de la institución.

Plan de comunicación

Durante la vigencia 2025 se realizó la actualización integral del Plan de Comunicaciones, el cual orienta la ejecución de estrategias de acuerdo con las necesidades de los públicos y los canales disponibles.

Entre las principales acciones implementadas se destacan:

- Facebook Live institucionales, enfocados en promoción y mantenimiento de la salud.
- Boletines internos, fortalecidos con periodicidad mensual.
- Producción constante de contenido audiovisual y gráfico.
- Divulgación de ofertas laborales.
- Cubrimiento de eventos institucionales y externos.

Según el cronograma de actividades, se evidencia un alto nivel de cumplimiento (100%) en la mayoría de las actividades programadas, destacándose:

- Producción de contenidos (videos, diseños, infografías): 100%
- Cubrimiento de eventos: 100%
- Recomendaciones en salud: 100%
- Publicación de ofertas laborales: 100%
- Boletines internos y externos: 100%
- Programa institucional (Facebook Live): 100%

- Actualización de bases de datos: 100%
- Relacionamiento con medios (boletines de prensa): 100%
- Programa radial: 100%
- Bolefín gerencial: 100%

Se identifica como oportunidad de mejora el fortalecimiento del contenido para procesos de inducción y reinducción, con un cumplimiento del 50%, lo que permitirá optimizar la capacitación interna del personal.

Conclusión

La gestión de comunicaciones durante la vigencia 2025 evidencia un fortalecimiento significativo de los canales digitales, especialmente en redes sociales, donde se destacan altos niveles de alcance, interacción y crecimiento orgánico.

El cumplimiento del Plan de Comunicaciones refleja una adecuada planificación y ejecución de estrategias, contribuyendo al posicionamiento institucional, la transparencia y la cercanía con la comunidad.

Asimismo, se resalta el enfoque inclusivo y accesible de los contenidos, alineado con las necesidades de los diferentes públicos, lo que permite consolidar una comunicación efectiva, humanizada y centrada en el usuario.

4.12.3. ENTIDADES QUE VIGILAN LA ENTIDAD Y CONCEPTO EN INFORMES

A continuación, se relacionan las principales entidades que vigilan la entidad y a la cuales se debe rendir cuentas:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Dirige el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia.

Tipo de control: Administrativo (Inspección y vigilancia) Ubicación:
Carrera 13 No. 32-76, piso 1, Bogotá.

Página web: <http://www.minsalud.gov.co>

Enlace servicios al ciudadano:
<https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/Solicitudes-sugerencias-quejas-o-reclamos.aspx>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Protege los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna.

Tipo de control: Administrativo (Inspección, vigilancia y control)

Ubicación: Av Ciudad de Cali 51-66 Pisos 6-7, World Business Center – Bogotá

Página web: <http://www.supersalud.gov.co>

Enlace atención al ciudadano: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/contactenos>

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander en virtud de la ley 100 de 1993 y la ley 715 de 2001 contribuirá a crear condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, como un servicio público a cargo del estado y a mejorar y mantener la calidad de vida de los habitantes del Departamento, mediante la dirección, coordinación, asesoría, vigilancia y control de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, de tal forma que los servicios se presten con criterios de equidad, integridad, participación, eficiencia, oportunidad y calidad.

Tipo de control: Administrativo (Inspección y vigilancia)

Ubicación: Avenida 0 9-60 Edificio Rosetal. Cúcuta – Norte de Santander. Página web: <http://www.ids.gov.co/>

Enlace atención al ciudadano: <https://ids.gov.co/web/atencion/servicios-al-ciudadano/>

CONTRALORÍA GENERAL DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER

La Contraloría General del Departamento Norte de Santander es una entidad pública de carácter técnico con autonomía administrativa y presupuestal, encargada de vigilar, en forma posterior y selectiva, la gestión fiscal de la Administración y de los particulares o entidades que manejan fondos o bienes públicos en el orden departamental, incluyendo el control financiero, de gestión de resultados, teniendo en cuenta el componente ambiental y cultural, fundado en los principios de eficiencia, eficacia, economía, equidad y valoración de los costos ambientales.

Tipo de control: Fiscal

Ubicación: Av 5 # 11 - 20 Pisos 2 y 3 Edif. Antiguo Banco de la República Cúcuta – Norte de Santander

Página web: <http://www.contraloriands.gov.co/>

Enlace atención al ciudadano: <http://www.contraloriands.gov.co>

CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

Entidad rectora responsable de regular la contabilidad general de la nación, con autoridad doctrinaria en materia de interpretación normativa contable, que uniforma, centraliza y consolida la contabilidad pública, con el fin de elaborar el Balance General, orientado a la toma de decisiones de la administración pública general, que contribuye a la gestión de un Estado moderno y transparente.

Tipo de control: Contable

Ubicación: Calle 95 N° 15 – 56 Bogotá.

Página web: <http://www.contaduria.gov.co/>

Enlace atención al ciudadano: <https://www.contaduria.gov.co/peticiones-quejas-reclamos-sugerencias-y-denuncias>

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Fortalece la gestión de las Entidades Públicas Nacionales y Territoriales, mejora el desempeño de los servidores públicos al servicio del Estado, contribuye al cumplimiento de los compromisos del gobierno con el ciudadano y aumentar la confianza en la administración pública y en sus servidores.

Tipo de control: Administrativo Ubicación: Carrera 6 No. 12-62 Bogotá Página web: www.funcionpublica.gov.co

Enlace atención al ciudadano: <http://www.funcionpublica.gov.co/ciudadano>

COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

Garantiza a través del mérito, que las entidades públicas cuenten con servidores de carrera competentes y comprometidos con los objetivos institucionales y el logro de los fines del Estado.

Tipo de control: Administrativo

Ubicación: Carrera 4 No. 75-49, Bogotá

Página web: <http://www.cnsc.gov.co>

Enlace atención al ciudadano: <http://gestion.cnsc.gov.co/cpqr/>

4.13. GESTION FINANCIERA

4.13.1. PRESUPUESTO

INGRESOS

| Rubro | Nombre del Rubro | PRESUPUESTO Y MODIFICACIONES | | | Total Reconocimientos | Total Recaudos |
|-----------|---|------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|
| | | Presupuesto Inicial | Incorporaciones | Presupuesto Definitivo | | |
| 1 | INGRESOS | 28.238.201.131,00 | 57.423.978.817,21 | 85.662.179.948,21 | 103.393.347.040,35 | 80.896.644.301,28 |
| 1.0 | DISPONIBILIDAD INICIAL | - | 14.144.284.812,19 | 14.144.284.812,19 | 14.144.284.812,19 | 14.144.284.812,19 |
| 1.1 | INGRESOS CORRIENTES | 28.058.001.213,00 | 43.265.470.623,02 | 71.323.471.836,02 | 89.041.834.352,72 | 66.545.131.613,65 |
| 1.1.02 | INGRESOS NO TRIBUTARIOS | 28.058.001.213,00 | 43.265.470.623,02 | 71.323.471.836,02 | 89.041.834.352,72 | 66.545.131.613,65 |
| 1.1.02.05 | VENTA DE BIENES Y SERVICIOS | 28.058.001.213,00 | 20.858.051.281,98 | 48.916.052.494,98 | 68.614.989.722,68 | 46.118.286.983,61 |
| 1.1.02.06 | Trasferencias a otras entidades del gobierno en general | - | 22.179.665.891,04 | 22.179.665.891,04 | 20.199.091.180,04 | 20.199.091.180,04 |
| 1.2 | Recursos de capital | 180.199.918,00 | 14.223.382,00 | 194.423.300,00 | 207.227.875,44 | 207.227.875,44 |

La ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA, para a la vigencia 2025 inicia con un presupuesto aprobado por la Junta Directiva y CODFIS Departamental según Acuerdo No 025 de 2024 por la suma de \$ 28.238 millones de pesos, durante la vigencia 2025 se realizaron incorporaciones por valor de \$ 57.424 millones de pesos, para un presupuesto definitivo de \$85.662 millones.

Después de realizar las operaciones de cierre de la vigencia 2024 da como resultado una disponibilidad inicial incorporada por valor de \$14.144. millones, esta disponibilidad tuvo como destinación la continuación de la construcción del puesto de salud de Chitagá, continuidad de equipos básicos de salud, y gastos de funcionamiento y de operación comercialización.

Las incorporaciones realizadas durante la vigencia corresponden a recursos de:

- Disponibilidad inicial
- Recuperación de cartera
- Salud pública municipal y departamental
- Transferencias del departamento y de la nación.

Los Reconocimientos ascendieron a la suma de \$103.193 millones, de los cuales se desglosan en:

- Disponibilidad inicial por valor de \$14.144 millones
- Ingresos Corrientes \$89.041 millones
- Recursos de capital por valor de \$207 millones.

GASTOS

| Rubro | Nombre del Rubro | Presupuesto Inicial | Presupuesto Definitivo | Total Compromisos | Total Obligaciones | Total Pagos | Saldo CxP | compro/def | %participacion |
|-------|---|---------------------|------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-----------|------------|----------------|
| 2 | GASTOS | 28.238.201.131,00 | 85.662.179.948,00 | 71.400.301.589,00 | 71.400.301.589,00 | 71.400.301.589,00 | 0,00 | 83,35% | 100,00% |
| 2.1 | FUNCIONAMIENTO | 5.715.733.050,00 | 14.122.443.846,00 | 13.381.157.268,00 | 13.381.157.268,00 | 13.381.157.268,00 | 0,00 | 94,75% | 18,74% |
| 2.1.1 | GASTOS DE PERSONAL | 2.055.124.768,00 | 2.055.124.768,00 | 1.482.230.231,00 | 1.482.230.231,00 | 1.482.230.231,00 | 0,00 | 72,12% | 11,08% |
| 2.1.2 | ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | 3.380.948.282,00 | 11.564.800.868,00 | 11.396.885.979,00 | 11.396.885.979,00 | 11.396.885.979,00 | 0,00 | 98,55% | 85,17% |
| 2.1.3 | TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 54.660.000,00 | 282.413.450,00 | 282.413.451,00 | 282.413.451,00 | 282.413.451,00 | 0,00 | 100,00% | 2,11% |
| 2.1.8 | GASTOS POR TRIBUTOS, TASAS, CONTRIBUCIONES, MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA | 225.000.000,00 | 220.104.760,00 | 219.627.607,00 | 219.627.607,00 | 219.627.607,00 | 0,00 | 99,78% | 1,64% |
| 2.3 | INVERSION | | 11.709.482.244,00 | 9.589.139.381,00 | 9.589.139.381,00 | 9.589.139.381,00 | 0,13 | 81,89% | 13,43% |
| 2.4 | GASTOS DE OPERACION COMERCIAL | 22.522.468.081,00 | 59.830.253.858,00 | 48.430.004.940,00 | 48.430.004.940,00 | 48.430.004.940,00 | 0,68 | 80,95% | 67,83% |
| 2.4.1 | GASTOS DE PERSONAL | 9.218.951.441,00 | 9.218.951.441,00 | 8.187.292.749,00 | 8.187.292.749,00 | 8.187.292.749,00 | 0,00 | 88,81% | 16,91% |
| 2.4.5 | GASTOS DE COMERCIALIZACION Y PRODUCCION | 13.303.516.640,00 | 50.611.302.417,00 | 40.242.712.191,00 | 40.242.712.191,00 | 40.242.712.191,00 | 0,00 | 79,51% | 83,09% |

La ESE HSJDP para la vigencia 2025, cierra la ejecución de gastos con un presupuesto definitivo que asciende a la suma de \$85.662 millones, de los cuales se ejecutaron el 83,35% por valor de \$71.400 millones.

Del total de los gastos comprometidos, obligados y pagados por valor de \$71.400 millones se ejecutaron de la siguiente manera:

- Gastos de funcionamiento 18,74%,
- Gastos de Inversión \$13,43%
- Gastos de operación comercial 67,83%.

La ESE cierra la vigencia 2025 con un punto de equilibrio de 1.13

VARIACIONES:

| Nombre del Rubro | 2024 | 2025 | % variación |
|------------------------|---------------|----------------|-------------|
| PRESUPUESTO INICIAL | 23.764.558,58 | 28.238.201,00 | 19% |
| INCORPORACIONES | 60.203.336,39 | 57.423.978,00 | -5% |
| DISPONIBILIDAD INICIAL | 7.668.940,48 | 14.144.284,00 | 84% |
| PRESUPUESTO DEFINITIVO | 83.967.894,97 | 85.662.179,00 | 2% |
| TOTAL, RECONOCIMIENTOS | 70.356.169,00 | 103.393.347,00 | 47% |
| TOTAL, RECAUDO | 84.960.997,00 | 80.896.644,00 | -5% |

- En cuanto a los ingresos se aprecia:
- Un incremento en el presupuesto inicial del 19% con respecto a la vigencia 2024.
- Las incorporaciones realizadas al presupuesto se presenta una disminución en un 5%, esto dado a los recursos recibidos por la nación para - EQUIPOS BASICOS, -HOSPITAL DE CHITGA, - COMPRA DE AMBULANCIAS, - PLANOS DEL NUEVO HOSPITAL, dado que estos recursos no se ejecutaron en su totalidad en la vigencia 2024 y su saldo se incorporó en la vigencia 2025.
- El total de la venta de servicio de salud se incrementó en un 47%
- El total de Recaudo de cartera se disminuye en un 5%, esto dado a los gastos de inversión.

| Nombre del Rubro | 2024 | 2025 | Presupuesto Definitivo |
|------------------------|---------------|---------------|------------------------|
| PRESUPUESTO INICIAL | 23.764.558,58 | 28.238.201,00 | 19% |
| ADICIONES | 60.203.336,39 | 57.423.978,00 | -5% |
| PRESUPUESTO DEFINITIVO | 83.967.894,97 | 85.662.179,00 | 2% |
| COMPROMISOS | 69.743.290,13 | 71.400.301,00 | 2% |
| OBLIGACIONES | 69.743.290,13 | 71.400.301,00 | 2% |
| PAGOS | 69.743.290,13 | 71.400.301,00 | 2% |

Con respecto a la vigencia anterior se ve un incremento en los comprometido, obligado y pagado, del 2% esto es un % austero para la vigencia.

La ESE respaldó cada compromiso adquirido durante la vigencia, no generando cuantas por pagar.



4.13.2. CONTABILIDAD

"Humanizando la Salud. Transformando vidas"

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA
NIT 890.501.019 - 9

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA
31 DE DICIEMBRE DEL 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
CIFRAS EN PESOS CORRIENTES

| ACTIVO CORRIENTE | NOTA | dic-25 | dic-24 | Variación |
|---|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO | 5 | 17,104,653,746.85 | 7,030,038,632.98 | 143.31% |
| CAJA | | 18,847,580.99 | 29,540,249.98 | -36.20% |
| DEPOSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS | | 17,085,806,165.86 | 7,000,498,383.00 | 144.07% |
| CUENTAS POR COBRAR | 7 | 21,433,698,789.46 | 16,434,992,611.34 | 30.42% |
| PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | | 20,928,098,386.19 | 16,306,387,101.37 | 28.34% |
| OTRAS CUENTAS POR COBRAR | | 505,600,403.27 | 428,256,164.42 | 18.06% |
| SUBVENCIONES POR COBRAR | | - | - | - |
| DETERIORO ACUMULADO DE CUENTAS POR COBRAR (CR) | | - | (299,650,654.45) | -100.00% |
| INVENTARIOS | 9 | 1,516,917,377.85 | 1,807,558,055.87 | -16.08% |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | | 1,516,917,377.85 | 1,807,558,055.87 | -16.08% |
| TOTAL ACTIVO CORRIENTE | | \$ 40,055,269,914.16 | \$ 25,272,589,300.19 | 58.49% |
| ACTIVO NO CORRIENTE | NOTAS | dic-25 | dic-24 | Variación |
| CUENTAS POR COBRAR | 7 | 664,837,452.07 | 308,843,490.03 | 115.27% |
| PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | | 4,648,370,374.31 | 4,220,916,939.59 | 10.13% |
| OTRAS CUANTAS POR COBRAR | | 1,305,400,494.56 | 1,039,034,954.37 | 25.64% |
| DETERIORO ACUMULADO DE CUENTAS POR COBRAR (CR) | | (5,288,933,416.80) | (4,951,108,403.93) | 6.82% |
| PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO | 10 | 30,700,180,773.09 | 21,808,557,944.45 | 40.77% |
| TERRENOS | | 9,618,546,000.00 | 8,607,200,000.00 | 11.75% |
| EDIFICACIONES EN CURSO | | 8,518,763,841.05 | 3,027,941,806.00 | 181.34% |
| EDIFICACIONES | | 9,465,878,089.00 | 9,127,568,454.00 | 3.71% |
| REPUESTOS | | 7,334,224.27 | 90,743,303.08 | -91.92% |
| MAQUINARIA Y EQUIPO | | 214,048,800.72 | 312,545,406.59 | -31.51% |
| EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO | | 8,387,086,392.09 | 10,676,831,612.09 | -21.45% |
| MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA | | 811,392,211.81 | 859,172,245.51 | -5.56% |
| EQUIPOS DE COMUNICACION Y COMPUTACION | | 1,265,486,888.42 | 1,772,639,588.04 | -28.61% |
| EQUIPOS DE TRANSPORTE, TRACCION Y ELEVACION | | 5,067,933,817.34 | 4,211,899,924.08 | 20.32% |
| EQUIPOS DE COMEDOR, COCINA, DESPENSA Y HOTELERIA | | - | 117,227,414.52 | -100.00% |
| DEPRECIACION ACUMULADA DE PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO (CR) | | (12,656,289,491.61) | (13,967,270,003.46) | -9.39% |
| OTROS ACTIVOS | 13 | 3,183,514,557.62 | 2,713,699,457 | 17.31% |
| PLAN DE ACTIVOS PARA BENEFICIOS POSEMPLEO | | 361,489,984.00 | 361,489,984 | 0.00% |

"Humanizando la Salud, Transformando vidas"

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA
NIT 890.501.019 - 9

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA
31 DE DICIEMBRE DEL 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
CIFRAS EN PESOS CORRIENTES

| | | dic-25 | dic-24 | Variación |
|---|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| BIENES Y SERVICIOS PAGADOS POR ANTICIPADO (SALUD, PENSION, RIESGOS) | | 428,398,049.00 | 428,398,049.00 | 0.00% |
| OTROS ACTIVOS | 13 | 134,223,420.42 | 1,073,422,053 | -87.50% |
| AVANCES Y ANTICIPOS ENTREGADOS (HOSPITAL CHITAGA) | | 134,223,420.42 | 1,073,422,053 | -87.50% |
| DEPOSITOS ENTREGADOS EN GARANTIA | | 408,508,559.25 | 289,236,676.25 | 41.24% |
| PROPIEDADES DE INVERSIÓN | 13 | 3,151,292,494.00 | 2,771,208,948.00 | 13.72% |
| DEPRECIACIÓN ACUMULADA DE PROPIEDADES DE INVERSIÓN (CR) | | (1,324,397,949.06) | (1,160,634,199.86) | 14.11% |
| ACTIVOS INTANGIBLES | 14 | 550,379,180.00 | 550,379,180.00 | 0.00% |
| AMORTIZACIÓN ACUMULADA DE ACTIVOS INTANGIBLES (CR) | | (526,379,179.99) | (526,379,179.99) | 0.00% |
| TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE | | \$ 34,548,532,782.78 | \$ 24,831,100,891.88 | 39.13% |
| TOTAL ACTIVO | | \$ 74,603,802,696.94 | \$ 50,103,690,192.07 | 48.90% |

| PASIVO CORRIENTE | NOTAS | dic-25 | dic-24 | Variación |
|---|-------|-----------------------------|--------------------------|------------|
| CUENTAS POR PAGAR | 21 | 600,474,404.29 | 176,994,410.31 | 239.26% |
| ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES | | - | - | - |
| RECURSOS A FAVOR DE TERCEROS | | 165,815,749.79 | 176,994,410.31 | -6.32% |
| DESCUENTOS DE NÓMINA | | 315,328.00 | - | - |
| RETENCIÓN EN LA FUENTE E IMPUESTO DE TIMBRE | | 397,943,326.50 | - | - |
| IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS | | - | - | - |
| CRÉDITOS JUDICIALES | | - | - | - |
| OTRAS CUENTAS POR PAGAR | | 36,400,000.00 | - | - |
| BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS | | 199,666,581.00 | - | - |
| BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS A CORTO PLAZO | | 199,666,581.00 | - | - |
| PROVISIONES | 23 | - | - | - |
| LITIGIOS Y DEMANDAS | | - | - | - |
| OTROS PASIVOS | | 16,316,417,852.41 | 10,763,520.50 | 151489.97% |
| INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO (COOPAGOS C. MODERADORAS) | | 15,473,782.94 | 10,763,520.50 | 43.76% |
| OTROS PASIVOS DIFERIDOS | | 16,300,944,069.47 | - | - |
| TOTAL PASIVO CORRIENTE | | \$ 17,116,558,837.70 | \$ 187,757,930.81 | 9016.29% |

"Humanizando la Salud, Transformando vidas"

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA
NIT 890.501.019 - 9

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA
31 DE DICIEMBRE DEL 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
CIFRAS EN PESOS CORRIENTES

| PASIVO NO CORRIENTE | NOTAS | dic-25 | dic-24 | Variación |
|---|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| CUENTAS POR PAGAR | 21 | 521,367,875.70 | 861,140,070.00 | -39.46% |
| RECURSOS A FAVOR DE TERCEROS | | 521,367,875.70 | 861,140,070.00 | -39.46% |
| PROVISIONES | 23 | 2,622,801,515.00 | 2,985,925,965.00 | -12.16% |
| LITIGIOS Y DEMANDAS | | 2,622,801,515.00 | 2,985,925,965.00 | -12.16% |
| OTROS PASIVOS DIFERIDOS GIRADOS POR EL MINISTERIO (EDIFICACION H.CHITAGA Y EBS) | | - | 10,204,667,889.60 | -100.00% |
| TOTAL PASIVO NO CORRIENTE | | \$ 3,144,169,390.70 | \$ 14,051,733,924.60 | -77.62% |
| TOTAL PASIVO | | \$ 20,260,728,228.40 | \$ 14,239,491,855.41 | 42.29% |
| PATRIMONIO | | dic-25 | dic-24 | Variación |
| PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS | 27 | 50,494,152,785.68 | 44,939,985,549.74 | 12.36% |
| CAPITAL FISCAL | | 35,529,983,801.69 | 33,800,244,620.69 | 5.12% |
| RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES | | 14,964,168,983.99 | 11,139,740,929.05 | 34.33% |
| RESULTADO DEL EJERCICIO | | 3,848,921,682.86 | 3,824,428,054.94 | 0.64% |
| TOTAL PATRIMONIO | | \$ 54,343,074,468.54 | \$ 48,764,413,604.68 | 11.44% |

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

NIT 890.501.019-9

ESTADO DE CAMBIOS EN EL PATRIMONIO

DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2024-2025

CIFRAS EN PESOS CORRIENTES

| | CAPITAL FISCAL | SUPERAVIT POR DONACIÓN | IMPACTOS POR TRANSICIÓN NUEVO MARCO | RESULTADO DEL EJERCICIO | Total |
|---|-------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Periodo Enero 1 a Diciembre 31 de 2024 | | | | | |
| VIENEN | | | | | |
| Aumento de capital Fiscal en Enero por traslado | 33,800,244,621 | 0 0 | 0 | 11,139,740,929 0 | 44,939,985,550 |
| aumento de capital fiscal por avalúo de PPE | - | | | | 0 |
| del resultado del ejercicio 2023 | 2,489,913,320 | 0 | 0 | (2,489,913,320) | 0 |
| disminución de capital Fiscal en enero - diciembre ajustes de periodos anteriores por litigios y demandas | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilidad neta obtenida en el ejercicio 2024 | 0 | 0 | 0 | 3,824,428,055 | 3,824,428,055 |
| | | 0 | | | |
| Saldo al Final del periodo 2024 | \$36,290,157,941 | - | 0 | \$0 | \$12,474,255,664 |
| | | 0 | | | \$48,764,413,605 |

| | Periodo Enero 1 a Diciembre 31 de 2025 | | | | |
|---|---|-----|---|------------------|-------------------------|
| VIENEN | | | | | |
| Aumento de capital Fiscal en enero por traslado | 33,800,244,621 | 0 0 | 0 | 14,964,168,984 0 | 48,764,413,605 |
| aumento de capital fiscal por avalúo de PPE | 1,729,739,181 | | | | 1,729,739,181 |
| del resultado del ejercicio 2024 | 3,824,428,055 | 0 | 0 | (3,824,428,055) | 0 |
| disminución de capital Fiscal en enero - diciembre ajustes de periodos anteriores por litigios y demandas | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Utilidad neta obtenida en el ejercicio 2025 | 0 | 0 | 0 | 3,848,921,683 | 3,848,921,683 |
| | | 0 | | | |
| Saldo al Final del periodo 2025 | \$39,354,411,857 | - | 0 | \$0 | \$14,988,662,612 |
| | | 0 | | | \$54,343,074,469 |

4.13.3. ALMACEN

Por medio de la presente relaciono compras en la vigencia 2025, de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona:

| Sede: Cra 9 # 5-1 Pamplona | |
|--|-------------------------|
| ITEM | VALOR |
| Edificios | |
| Muebles y Enseres | \$ 63,091,746 |
| Maquinaria y Equipo | |
| Mercancías Propias - Fijas | |
| Equipo de Computo y Procesamiento de Datos | \$ 122,940,000 |
| Equipo Medico | \$ 783,159,875 |
| FLOTA Y EQUIPO DE TRANSPORTE TERRESTRE | \$ 1,300,454,336 |
| EQUIPO DE COMUNICACION | \$ 8,530,300 |
| MATERIALES Y SUMINISTROS HERRRIENTAS | |
| PATRIMONIO ASEGURADO | \$ 2,278,176,257 |

| Sede: Cécota | |
|--|---------------------|
| ITEM | VALOR |
| Muebles y Enseres | |
| Equipo de Computo y Procesamiento de Datos | \$ 3,664,000 |
| Equipo Medico | |
| EQUIPO DE COMUNICACION | |
| PATRIMONIO ASEGURADO | \$ 3,664,000 |

| Sede: Mutiscua | |
|--|-------------------|
| ITEM | VALOR |
| Muebles y Enseres | |
| Equipo de Computo y Procesamiento de Datos | \$ 900,000 |
| Equipo Medico | |
| EQUIPO DE COMUNICACION | |
| PATRIMONIO ASEGURADO | \$ 900,000 |

| Sede: Chitagá | |
|--|---------------------|
| ITEM | VALOR |
| Muebles y Enseres | |
| Equipo de Computo y Procesamiento de Datos | \$ 6,428,000 |
| Equipo Medico | |
| EQUIPO DE COMUNICACION | |
| PATRIMONIO ASEGURADO | \$ 6,428,000 |

| Sede: Silos | |
|--|-------------------|
| ITEM | VALOR |
| Muebles y Enseres | |
| Equipo de Computo y Procesamiento de Datos | \$ 900,000 |
| Equipo Medico | |
| EQUIPO DE COMUNICACION | |
| PATRIMONIO ASEGURADO | \$ 900,000 |

| Sede: Cucutilla | |
|--|-------------------|
| ITEM | VALOR |
| Muebles y Enseres | |
| Equipo de Computo y Procesamiento de Datos | \$ 900,000 |
| Equipo Medico | |
| EQUIPO DE COMUNICACION | |
| PATRIMONIO ASEGURADO | \$ 900,000 |

| Sede: Cra 9 # 5-1 Pamplonita | |
|--|------------|
| ITEM | VALOR |
| Muebles y Enseres | |
| Equipo de Computo y Procesamiento de Datos | \$ 900,000 |
| Equipo Medico | |
| EQUIPO DE COMUNICACION | |
| PATRIMONIO ASEGURADO | \$ 900,000 |

4.13.4 CONTRATACION ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS

La ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA al ser una Empresa Social del Estado y prestadora de servicios de salud de baja complejidad, requiere para el cumplimiento de su misionalidad, contratar personal para el nivel asistencial y administrativo de la Entidad en pro de su responsabilidad social.

Por ello, se realiza la contratación de manera directa mediante contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo que son los que permitidos para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad.

Es así como, en pro de prestar servicios eficientes, eficaces y de calidad, la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA contrato a en el NIVEL ASISTENCIAL la suma de SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS (\$6,390,369,680.00) en servicios de apoyo, auxiliar, técnico y profesional para brindar los servicios asistenciales a cargo de la ESE, en un total de 1.721 contratos.

A su vez, se contrató a nivel administrativo la suma de DOS MIL CINCUENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS (\$ 2,053,339,999.00), abarcando un total de 646 contratos de prestación de servicios profesionales distribuidos en las diferentes dependencias de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA para brindar asesoría, apoyo y acompañamiento a los procesos adelantados por la entidad, procesos que finalizaron en los términos contractuales acordados.

En Salud Pública contrató la suma de NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS \$ 972,850,000.00), abarcando un total de 186 contratos de prestación de servicios profesionales distribuidos en las diferentes dependencias de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA para brindar asesoría, apoyo y acompañamiento a los procesos adelantados por la entidad, procesos que finalizaron en los términos contractuales acordados.

En Equipos Básicos de Salud contrató la suma de CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS VEINTITRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS \$ 4,966,523,779.00), abarcando un total de 810 contratos de prestación de servicios profesionales distribuidos en

las diferentes dependencias de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA para brindar asesoría, apoyo y acompañamiento a los procesos adelantados por la entidad, procesos que finalizaron en los términos contractuales acordados.



4.13.5. CONTRATACION DE BIENES Y/O SUMINISTROS

CONTRATACION 2025

| DESCRIPCION | N° DE CONTRATO | VALOR CONTRATACION B Y S |
|---|----------------|--------------------------|
| CONTRATOS DE SUMINISTROS BIENES Y/O SUMINISTROS | 365 | \$ 32.764.082.289,96 |
| TOTAL, CONTRATACION | 365 | \$ 32.764.082.289,96 |

CONTRATACION DE SUMINISTROS

De acuerdo con lo segregado en la tabla que antecede se puede evidenciar que la entidad hospitalaria vela por que cada una de las áreas mantenga un stop de insumos y servicios suficientes con el cual pueda proporcionar servicios a los usuarios de manera eficiente y oportuna.

Por otro lado la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona para el año 2025, registro toda su contratación en las plataformas electrónicas SECOP II y SIA OBSERVA, con el fin de cumplir con la normatividad vigente, demostrando así transparencia en sus procesos contractuales, remitiéndose a realizar estudios en donde se verifican especificaciones técnicas de calidad y se permitieron mantener los precios de los productos, se verificó que los mismos no sobrepasan los establecidos por el termómetro de precios y los precios de mercado, se continuo con la adquisición de insumos necesarios para mantener medidas de bioseguridad, con el fin de brindar a los usuarios un ambiente en óptimas condiciones de seguridad, desarrollando los procesos para dicha adquisición de acuerdo a lo estipulados en el estatuto y Manual de Contratación de la entidad hospitalaria (Acuerdo 011 de 2022 y Resolución 402 de 2022).

4.13.6. INFORME DE CARTERA

Base información primaria de acuerdo con sistema KUBAPP.

INFORME DE CARTERA - CORTE 31 DICIEMBRE DE 2025

| |
|---|
| Saldo Cartera Diciembre del 2025 |
| \$ 27.144.613.966,00 |

En sistema de cartera anexa al presente, se puede verificar que, a 31 de diciembre del 2025, existe saldo en deuda por EAPB de cartera por valor de VEINTISIETE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MCTE.

CARTERA HISTÓRICA DESDE DICIEMBRE 2024

| MES | VALOR |
|----------------|----------------------|
| Noviembre 2025 | \$ 31.155.219.227.00 |
| Diciembre 2025 | \$ 27.144.613.966.00 |

Se observa que la cartera al cierre 31 de diciembre del 2025, presenta disminución para este corte del 12.87% con respecto al cierre oficial de noviembre del 2025.

Se registra disminución obedece a la aplicación de valores existentes en la cuenta 131980.01 Valores pendientes de abono.

DISTRIBUCION EDAD DE CARTERA A CIERRE DICIEMBRE DEL 2025

| Saldo Documento | 0-60 días | 61-90 días | 91-120 días | 121-180 días | 181-360 días | Más 360 días |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 27,144,613,966.00 | 5,175,948,820.00 | 2,794,840,107.00 | 2,648,603,418.00 | 4,673,551,530.00 | 7,033,582,012.00 | 4,818,088,079.00 |

| EDAD | VALOR | PORCENTAJE % |
|--------------|--------------------------|---------------|
| 0-60 días | 5,175,948,820.00 | 19.07 |
| 61-90 días | 2,794,840,107.00 | 10.30 |
| 91-120 días | 2,648,603,418.00 | 9.76 |
| 121-180 días | 4,673,551,530.00 | 17.22 |
| 181-360 días | 7,033,582,012.00 | 25.91 |
| Más 360 días | 4,818,088,079.00 | 17.75 |
| TOTAL | 27,144,613,966.00 | 100.00 |

PARTICIPACION PORCENTUAL

La cartera se distribuye porcentualmente según edades de esta.

Porcentajes predominantes:

edad de 0-60 días, 19.07%, cartera corriente a radicar o recién radicada en proceso administrativo de norma. Cartera 91-180, con 26.97% cartera en edad perjudica dispuesta para acuerdos y la jurídica con cumplimiento de tiempos de norma.

Cartera de +360 días con porcentual de 17.75% por valor de \$4.818.088.079.00 millones se constituye en cartera de difícil cobro por la edad, entre ellos, seguros, particulares.

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| CARTERA EN RECLAMACION DICIEMBRE | 5.334.445.756.80 |
|----------------------------------|-------------------------|



PRINCIPALES DEUDORAS A CORTE DICIEMBRE DEL 2025

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA | | | \$ - | |
|--|---|-----------|---------------------|----------------------|
| NIT 890501019-9 | | | | |
| CARTERA CONSOLIDADA CORTE 31 DICIEMBRE 2025 | | | \$ 25.206.994.115 | \$ 25.206.994.115 |
| Identificación | Nombre Cliente / Proveedor | Cuenta | DEUDA POR REGIMENES | DEUDA TOTAL |
| 901037916 | ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD | 131928.01 | \$ 306.743.599,00 | \$ 306.743.599,00 |
| 890500675 | COMFAORIENTE EPS-S | 131902.01 | \$ 177.595.791,00 | \$ - |
| 890500675 | COMFAORIENTE EPS-S | 131904.01 | \$ 996.768.596,00 | \$ 1.174.364.387,00 |
| 900226715 | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA | 131902.01 | \$ 304.219.507,00 | \$ - |
| 900226715 | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA | 131904.01 | \$ 3.985.800.628,00 | \$ 4.290.020.135,00 |
| 901541137 | DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA | 131915.02 | \$ 112.922.071,00 | \$ - |
| 901540793 | DISPENSARIO MEDICO NIVEL 1 BAHÍA MÁLAGA | 131915.01 | \$ 291.120,00 | \$ 113.213.191,00 |
| 901220248 | HELP TRAUMA SALUD Y ORTOPEDIA IPS S.A.S | 131909.01 | \$ 291.654.447,00 | \$ 291.654.447,00 |
| 890500890 | INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER | 131922.01 | \$ 115.295.213,00 | \$ - |
| 890500890 | INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER | 131990.03 | \$ 913.587.466,00 | \$ 1.028.882.679,00 |
| 900156264 | NUEVA EPS | 131902.01 | \$ 4.775.333.216,00 | \$ - |
| 900156264 | NUEVA EPS | 131904.01 | \$ 9.846.567.871,00 | \$ 14.621.901.087,00 |
| 860078828 | COLSANITAS S.A. PLAN MODULAR | 131906.01 | \$ 358.500,00 | \$ - |
| 901469580 | COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS | 131924.01 | \$ 169.800,00 | \$ - |
| 800251440 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | 131902.01 | \$ 439.484.627,00 | \$ - |
| 800251440 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A | 131904.01 | \$ 1.888.109.808,00 | \$ 2.328.122.735,00 |
| 901541137 | DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA | 131915.02 | \$ 112.922.071,00 | \$ - |
| 901540793 | DISPENSARIO MEDICO NIVEL 1 BAHÍA MÁLAGA | 131915.01 | \$ 291.120,00 | \$ 113.213.191,00 |
| 901682277 | FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD PPL. (INPEC | 131915.04 | \$ 91.569.750,00 | \$ - |
| 901495943 | FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD (ANTOQUO INPEC PRIVADOS LIBERTAD) | 131915.04 | \$ 2.462.087,00 | \$ - |
| 901682277 | FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD PPL. (INPEC PRIVADOS LIBERTAD) NIT ANTIGUO EN DEUDA | 131915.04 | \$ 91.569.750,00 | \$ - |
| 830053105 | FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A (magisterio) | 131915.01 | \$ 409.335.591,22 | \$ - |
| 830053105 | FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A (PPL) | 131915.03 | \$ 89.874.473,50 | \$ 684.811.651,72 |
| 900259415 | POLICIA METROPOLITANA DE CUCUTA (NIT ANTIGUO SIN ACLARAR NORTE DE SANTANDER CUCUTA) | 131915.01 | \$ 19.474.807,00 | \$ - |
| 900259415 | POLICIA METROPOLITANA DE CUCUTA (NIT ANTIGUO SIN ACLARAR NORTE DE SANTANDER CUCUTA) | 131915.03 | \$ 33.429.767,00 | \$ - |
| 804012688 | SECCIONAL SANIDAD SANTANDER (POLICIA NACIONAL) NIT VIGENCIA ACTUAL EN USO | 131915.01 | \$ 601.084,00 | \$ - |
| 804012688 | SECCIONAL SANIDAD SANTANDER (POLICIA NACIONAL) NIT VIGENTE ACTUAL EN USO | 131915.03 | \$ 200.561.354,00 | \$ 254.067.012,00 |

A fecha de corte 31 de diciembre del 2025, las principales deudoras de la ESE, suman el total de \$25.206.994.115.00 que representa 92.86% de la cartera en deuda total.

El porcentaje restante de 7.14% lo constituye la demás cartera adeudada a la ESE por restantes deudores.

Las reclamaciones oficiales reflejadas en sistema representan un 19.65% del valor de cartera. Principales deudores:

IDS Norte de Santander, al cierre refleja el valor de \$1.028.882.679.00, el IDS radica y audita cuentas, los giros provienen del tesoro Nacional.

NUEVA EPS cierra el ejercicio con el valor en deuda reflejado de: \$14.621.901.087.00 con más usuarios contratados., al cierre del periodo pendiente por aplicar por el valor de \$855.432.771,24 corresponde a anticipos facturas cápita.

Entidad promotora de salud SANITAS S.A valor de deuda de \$2.328.122.735.00, con anticipo por aplicar de \$265.534.022.00, en porcentaje anticipos cápita por aplicar.

COOSALUD cooperativa de salud y desarrollo integral con un valor de \$4.290.020.135.00, anticipo pendiente por aplicar \$215.297.864.00 en porcentaje anticipos cápita por aplicar

PAGOS PENDIENTES POR APLICAR CUENTA 131980.01 a CARTERA A CORTE DICIEMBRE DEL 2025

Observa que el cierre de 31 de diciembre del 2025, se registra saldo de \$1.415.002.793.85 pendiente de aplicar a la deuda de carteras de EPS.

| RESUMEN CUENTA 131980.01 ANTICIPOS A LEGALIZAR | | | |
|--|---------------------|---------------------|------------------|
| EPS | VALOR | CAPITA | EVENTO |
| NUEVA EPS | \$ 855,432,771.24 | \$ 853,736,944.24 | \$ 1,695,827.00 |
| ENTIDAD PROMOT | \$ 265,534,022.00 | \$ 264,044,204.00 | \$ 1,489,818.00 |
| COOSALUD ENTIDA | \$ 215,297,864.00 | \$ 215,297,864.00 | |
| COMFAORIENTE EP | \$ 26,103,502.00 | \$ 18,930,121.00 | \$ 7,173,381.00 |
| CAPITAL SALUD EP | \$ 161,284.00 | | \$ 161,284.00 |
| SECCIONAL SANIDA | \$ 26,672,416.00 | | \$ 26,672,416.00 |
| ASEGURADORA SO | \$ 3,760,019.00 | | \$ 3,760,019.00 |
| EMSSANAR EPS S.A | \$ 3,336,001.00 | | \$ 3,336,001.00 |
| LA PREVISORA S.A. | \$ 2,800,000.00 | | \$ 2,800,000.00 |
| FUNDACION SALUD | \$ 2,571,248.00 | | \$ 2,571,248.00 |
| ADRES ADMINISTR | \$ 1,850,738.00 | | \$ 1,850,738.00 |
| E.P.S. FAMISANAR | \$ 1,770,211.00 | | \$ 1,770,211.00 |
| CAFESALUD EPS-S. | \$ 1,649,547.60 | | \$ 1,649,547.60 |
| ENTIDAD PROMOT | \$ 1,556,046.00 | | \$ 1,556,046.00 |
| DISPENSARIO MED | \$ 1,298,963.00 | | \$ 1,298,963.00 |
| AXA COLPATRIA SE | \$ 1,215,720.00 | | \$ 1,215,720.00 |
| SALUD TOTAL EPS | \$ 1,002,593.00 | | \$ 1,002,593.00 |
| EPS FAMILIAR DE C | \$ 1,000,000.00 | | \$ 1,000,000.00 |
| EQUIDAD SEGUROS | \$ 788,186.00 | | \$ 788,186.00 |
| SEGUROS DE VIDA | \$ 391,300.00 | | \$ 391,300.00 |
| SEGUROS DEL ESTA | \$ 278,132.00 | | \$ 278,132.00 |
| RIESGOS PROFESIO | \$ 187,113.01 | | \$ 187,113.01 |
| EPS Y MEDICINA PI | \$ 150,504.00 | | \$ 150,504.00 |
| ASOCIACION MUTL | \$ 119,813.00 | | \$ 119,813.00 |
| COMFAMILIAR HUI | \$ 73,800.00 | | \$ 73,800.00 |
| ECOPETROL | \$ 1,000.00 | | \$ 1,000.00 |
| TOTAL | \$ 1,415,002,793.85 | \$ 1,352,009,133.24 | \$ 62,993,660.61 |

Valores, según se observa en el cuadro corresponden a totales por aplicar según corresponde a anticipos cápita facturación mes de diciembre de 2025; el valor de \$1.352.009.133.24 y evento \$62.993.660.61






CARTERA PARTICULARES CORTE DICIEMBRE DEL 2025

De acuerdo con saldos cierre 31 de diciembre del 2025, se registra 197 deudores particulares con deuda por valor de \$55.086.790.00 los pagarés reposan en el área de facturación, los saldos corresponden al corte de información sistema operativo KubApp a corte diciembre del 2025. Se allega Excel con información detalle.

ANALISIS CUENTAS DE MUY DIFICIL COBRO DE CARTERA EDAD +360 DIAS CORTE DICIEMBRE DEL 2025

| PAGADOR | VALOR | VALOR TOTAL DEUDA | % PARTICIPACION |
|------------------------------|---------------|----------------------|-----------------|
| TOTAL DEUDA +360 DIAS | | 4.818.088.082 | 100,00 |
| PRINCIPALES | | 3.069.098.837 | |
| Nueva EPS | 1.088.392.520 | | 22,59 |
| Comfaorienté EPS | 34.252.440 | | 1,00 |
| Coosalud EPS | 793.396.000 | | 15,47 |
| Compensar eps | 251.267.727 | | 5,01 |
| Help Trauma | 179.086.297 | | 3,72 |
| IDS | 627.169.969 | | 13,00 |
| Policía Nacional | 47.459.975 | | 1,00 |
| Salud total | 28.648.944 | | 1,00 |
| Sanidad Militar | 19.424.965 | | 1,00 |
| FONDO GESTION RIESGO | | 578.649.297 | 12,00 |
| ADRES | | 226.721.724 | 4,71 |
| SEGUROS SOAT | | 207.641.204 | 4,23 |
| PARTICULARES | | \$ 51.957.139,00 | 1,08 |
| DEMÁS PAGADORES | | 684.019.881,00 | 14,20 |

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| EN RECLAMACION EDAD +360 DIAS | \$ 2.028.995.752,00 |
|----------------------------------|---------------------|

-  Se observa en el cuadro presente que la cartera a +360 días al corte diciembre del 2025 asciende al valor de \$4.818.088.082,00
-  El valor de las facturas en reclamación para cartera en edad de +360 días corresponde al 42,11%.
-  De los deudores inmersos dentro de este rango de edad, se puede, establecer los potenciales recuperables, de acuerdo con sus características, situaciones y/o definiciones de cartera entre partes se podrían considerar Comfaorienté EPS, Sanitas EPS, Dispensario médico, Help Trauma, IDS (con la implicación que los recursos provienen de nivel Nacional,) Nueva Eps, Coosalud Eps, Policía, Sanidad Militar, Salud Total
-  Existe un alto riesgo de incobrabilidad en los pagadores señalados en rojo los cuales corresponden al valor de 22,01% del total cartera +360 días, se encuentran en gestión de abogados externos.
-  Los pagadores en semaforización roja con riesgo por la edad y las situaciones particulares ya conocidas, de muy, escaso o ningún recaudo. Dentro de ellos particulares y seguros.

CONSOLIDADO INGRESO MENSUAL GIRO DIRECTO CORTE DICIEMBRE DEL 2025

| RESUMEN GIRO DIRECTO ADRES 2025 | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2.025 | EVENTO | CAPITA | TOTAL |
| TOTAL | \$ 18.123.308.108,00 | \$ 14.858.625.989,00 | \$ 32.981.934.097,00 |

Al corte diciembre del 2025, de acuerdo a información de identificación por tesorería se observa que el valor total de ingreso del giro directo corresponde a \$32.981.934.097.00 de los cuales \$18.123.308.108.00 corresponde a evento y \$14.858.625.989.00 pagos contratos cápita.

CONSOLIDADO INGRESOS TOTALES IDENTIFICADOS POR GIRO DIRECTO Y BANCOS A DICIEMBRE DEL 2025

| INGRESOS IDENTIFICADOS CON RECIBOS DE CAJA (RC) VIGENCIA 2025 (no todos aplicados a la fecha) | | | | | | |
|---|-------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------------------------|
| VIGENCIA | MESES | GIRO DIRECTO | | BANCOS | | SUMA INGRESO TOTAL MES |
| | | CAPITA | EVENTO | CAPITA | EVENTO | |
| CORTE DICIEMBRE DE 2025 | A DICIEMBRE | \$ 14,858,625,989.00 | \$ 18,123,308,108.00 | \$ 5,097,168,391.81 | \$ 9,296,661,048.04 | \$ 47,375,763,536.85 |

Corresponde en el mes de diciembre al total acumulado de ingresos el valor de \$47.375.763.536.85 oficiales giro directo y bancos según identificaciones de tesorería y aplicaciones mediante RC y/o DA.

| INGRESO RECIBIDO MODALIDAD | |
|----------------------------|--------------------------|
| CAPITA | 19,955,794,380.81 |
| EVENTO | 27,419,969,156.04 |
| TOTAL | 47,375,763,536.85 |

Se observa en el cuadro ingreso total diciembre del 2025 por valor de \$47.375.763.536.85 recibidos de bancos o giro directo nacional en valores por modalidad de contratación cápita y evento; en el segundo cuadro se muestra el valor de ingreso según vigencia presente 2025 o anteriores.

COMPORTAMIENTO DE TOTAL PAGOS APLICADOS EN LA VIGENCIA 2025

| COMPORTAMIENTO VALOR DE PAGOS APLICADOS 2025 | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| MES | VIGENCIA ANTERIOR | VIGENCIA 2025 | TOTAL |
| CORTE DICIEMBRE 2025 | 15,516,861,801.00 | 30,774,114,129.00 | 46,290,975,930.00 |

Se observa que el total pagos aplicados en esta vigencia de acuerdo a lo identificado corresponde al valor de \$46.290.975.930.00 a corte diciembre de 2025; de los cuales 15.516.861.801.00 corresponde a vigencia anterior y \$30.774.114.129.00 servicios y pagos de vigencia 2025.

TOTAL, PAGOS APLICADOS EN LA VIGENCIA 2025 VIGENCIA. SEGÚN MODALIDAD CONTRATACION CORTE DICIEMBRE DE 2025.

| APLICACIÓN PAGOS 2025 SEGUN MODALIDAD CONTRATACION | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| MES | VIGENCIA 2025 | CAPITA | EVENTO |
| CORTE DICIEMBRE 2025 | \$ 30,774,114,172.00 | \$ 18,070,562,394.00 | \$ 12,703,551,778.00 |

Se observa que del valor total aplicado a servicios de la vigencia 2025, corte diciembre corresponde al total de \$30.774.114.172.00; de los cuales a modalidad cápita \$18.070.562.394.00, y a evento de vigencia \$12.703.551.778.00







4.13.7. PROYECTOS INSTITUCIONALES

Durante la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona alcanzó importantes avances orientados al fortalecimiento de su capacidad institucional, la ampliación de la oferta de servicios, el mejoramiento de la atención en salud y la sostenibilidad financiera de la entidad. Entre los resultados más representativos se destacan la remodelación, adecuación y dotación de la sala de cirugía, así como la adquisición de instrumental quirúrgico básico y de alta tecnología, acciones que permitieron fortalecer la capacidad resolutoria del hospital y generar mejores condiciones para la prestación segura, oportuna y eficiente de los servicios quirúrgicos. De igual manera, se avanzó en la incorporación de nuevos procedimientos, entre ellos cirugías de piso pélvico, colporrafia anterior y posterior, cistopexia suprapúbica, histerectomía vaginal, histerectomías abdominales, colposcopia con biopsia, conizaciones, electrocauterización de cérvix, bloqueos regionales ecoguiados de miembro superior, bloqueos abdominales TAP ecoguiados con enfoque analgésico, cirugía laparoscópica y colecistectomía laparoscópica, ampliando la complejidad y el alcance de la atención especializada.

En materia de infraestructura y fortalecimiento institucional, se realizó la adecuación del área del SIAU, con el propósito de mejorar la experiencia del usuario y optimizar los procesos de atención, orientación e interacción con la comunidad. Así mismo, se registraron avances en

el proyecto de construcción del centro de salud de Chitagá, iniciativa estratégica para ampliar la presencia institucional y mejorar el acceso a los servicios en la red. En el componente logístico y de transporte asistencial, la entidad fortaleció su capacidad operativa mediante la adquisición de tres camionetas institucionales destinadas al traslado del personal en la red y de los biológicos, así como la incorporación de una ambulancia medicalizada, lo que representa una mejora sustancial en la respuesta institucional y en la movilidad requerida para la prestación de los servicios.

Uno de los logros más relevantes de la vigencia estuvo relacionado con el fortalecimiento del modelo de atención y la ampliación del acceso a los servicios de salud. En este sentido, se gestionaron recursos para la ejecución del proyecto de Atención Primaria en Salud para la vigencia 2025, y adicionalmente la E.S.E. fue priorizada dentro del proyecto de fortalecimiento de la atención primaria en salud con especialidades, incluyendo medicina interna, medicina familiar, ginecología y pediatría. Este avance se articuló con el aumento en la oportunidad y accesibilidad a consulta externa tanto en la sede principal como en las sedes integradas, así como con el incremento de horas de atención especializada en medicina interna, pediatría, psiquiatría, ginecología y obstetricia, y cirugía general, favoreciendo una respuesta más oportuna a las necesidades de la población usuaria.

-  Identificación y caracterización de 17.091 viviendas, 17.231 hogares y 38.823 personas intervenidos en la regional Pamplona y acciones resolutivas implementadas en los mismos a través del plan de cuidado en salud.
-  Identificación de 180 gestantes en la Regional Pamplona y atención de las mismas con base a las rutas integrales en salud.
-  identificación de 1.950 personas en situación de discapacidad en la Regional y atención a las mismas por parte de los profesionales de equipos básicos en salud.
-  Identificación de 3.059 menores de cinco (5) años y 7.569 adultos mayores de sesenta (60) años en los diferentes hogares y viviendas intervenidos por los equipos básicos en salud.
-  Respecto a vacunación se evidencia un incremento significativo en la extramuralidad con el apoyo de los equipos básicos en salud, con la administración de 2.515 dosis
-  La presencia de especialistas ha permitido que una mayor parte de la población de Pamplona recibiera atención oportuna reduciendo barreras geográficas, económicas y sociales, se logra atender 1.805 usuarios en los diferentes municipios por las especialidades: Pediatría (500 usuarios), Ginecología (332 usuarias), medicina familiar (490 usuarios), medicina interna (483 usuarios)

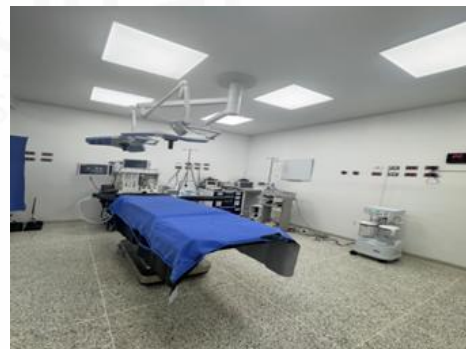
En el ámbito de salud mental, la institución consolidó un fortalecimiento significativo del talento humano y de la capacidad de atención. En psiquiatría se incrementó el número de consultas de primera vez y de control, reduciendo los tiempos de espera y ampliando la cobertura, además de aumentar la disponibilidad de valoración y seguimiento de pacientes en el servicio de urgencias. En psicología se logró un aumento importante en el número de sesiones de psicoterapia individual, en respuesta a la creciente demanda de intervenciones oportunas, y se intensificaron las acciones de prevención del suicidio mediante tamizaje de riesgo psicosocial, activación de rutas de atención en crisis, jornadas educativas y articulación con

redes de apoyo comunitario. Como reflejo de este trabajo, durante un evento institucional de cierre que contó con la participación de trabajadores, usuarios y aliados estratégicos, el hospital recibió un reconocimiento otorgado por el Instituto Departamental de Salud Mental, en el marco de la III Feria Departamental de Salud Mental “En el Norte la Paz se construye con Salud Mental” 2025.

También se registraron avances importantes en programas prioritarios de atención. Se fortaleció la ruta materno perinatal en Pamplona y en las sedes integradas mediante la asignación de un profesional de enfermería exclusivo para este componente, y se logró la adquisición e implementación de pruebas rápidas para infecciones de transmisión sexual, fortaleciendo las acciones de detección oportuna y atención integral. De igual forma, se optimizó el servicio de alimentación hospitalaria con la introducción de alimentación enteral, mejorando la capacidad institucional para responder a las necesidades nutricionales de los pacientes hospitalizados.

Desde el punto de vista financiero y de sostenibilidad, la entidad obtuvo resultados de alto impacto. Se gestionaron recursos por valor de 2.000 millones de pesos ante el Ministerio de Salud y Protección Social para el fortalecimiento de la mediana complejidad, lo que representa una oportunidad importante para seguir consolidando la capacidad institucional. Así mismo, se mejoraron las condiciones salariales del personal vinculado mediante OPS, tanto asistencial como administrativo, contribuyendo al fortalecimiento del talento humano y a la estabilidad operativa de la institución. Finalmente, se logró la recuperación de cartera por atención a población migrante por un valor aproximado de 1.700 millones de pesos, resultado que aporta de manera significativa a la solidez financiera de la E.S.E. y a su capacidad para continuar respondiendo a las necesidades de la comunidad.

Remodelación, adecuación y dotación de la sala de cirugía





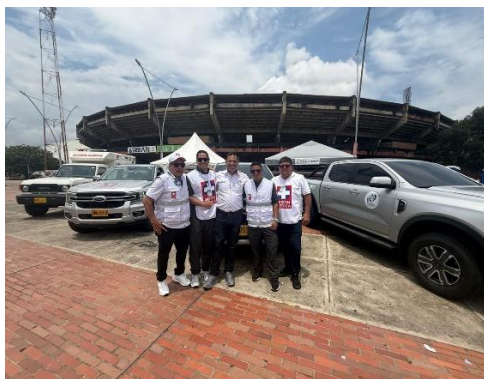
Adecuación de la Infraestructura del SIAU



Avances en el proyecto de la construcción del centro de salud de Chitagá



Adquisición de 3 camionetas institucionales para el traslado del personal en la Red y de los biológicos



Adquisición de una ambulancia medicalizada



Adquisición de instrumental quirúrgico básico y de alta tecnología





Fortalecimiento de la Ruta materno perinatal en Pamplona



Se realizó un evento institucional de cierre en el que participaron trabajadores, usuarios y aliados estratégicos. Durante esta jornada, el hospital recibió un reconocimiento otorgado por el Instituto Departamental de Salud Mental, en el marco de la III Feria Departamental de Salud Mental "En el Norte La Paz se construye con Salud Mental" 2025.



Se instauró la Semana de la Sepsis a nivel institucional



E.S.E.
Hospital
SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA