



**INFORME DE GESTION Y
RESULTADOS
2025**

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01	
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024	

ESE HOSPITAL ISMAEL ROLDÁN VALENCIA DE QUIBDÓ

INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS

**VERSIÓN 1
2025**

	  ALCALDÍA DE QUIBDÓ NIT. 891680011-0
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISMAEL ROLDÁN VALENCIA

NAUDY CECILIA ORTEGA ÚSUGA
Gerente

Abril, 2025

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
DESCRIPCIÓN DE CONTEXTO	7
AVANCES Y RESULTADOS DE LA GESTIÓN	8
1. Planeación	8
1.1. Avance Plan de Desarrollo.....	8
1.2. Avance Plan de Gestión Gerencial.....	9
1.3. Avance MIPG	11
2. Prestación de Servicios de Salud	11
2.1. Indicadores de Oportunidad y calidad de la atención en salud	11
2.2. Servicios Prestados.....	13
2.3. Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud desarrolladas durante la vigencia	25
2.4. Perfil epidemiológico.....	33
2.5. Actividades de Salud Pública Implementadas durante la vigencia en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente.....	38
2.6. Información relacionada con la caracterización de los usuarios y la gestión del riesgo en salud	39
3. Contratación	42
3.1. Información actualizada de la evolución y estado actual de los procesos de contratación de la red	42
3.2. Número, objeto, monto y estado de los contratos terminados y en ejecución durante el periodo	45

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

4. Aspectos Financieros	48
4.1. Condiciones Financieras de la entidad y la gestión de los recursos del Sistema	48
4.2. Análisis de la ejecución presupuestal.....	48
4.3. Información sobre la gestión del riesgo financiero.....	57
4.4. Estados Financieros	59
5. Satisfacción de Usuarios	72
5.1. Análisis comparativo del comportamiento del total de la PQR presentadas	72
5.2. Análisis de los principales motivos de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información presentadas	73
5.3. Mecanismos de atención prioritaria para personas con derechos a atención prioritaria preferencial	74
5.4. Número de acciones de usuarios vigentes.....	74
5.5. Informe de los logros obtenidos como producto del trabajo conjunto entre la administración y las alianzas, asociaciones de usuarios y demás instancias de participación de la Entidad	75
5.6. Informe de las encuestas de satisfacción.....	75
6. Gestión Ambiental.....	78
7. Control Interno.....	88

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

INTRODUCCIÓN

La ESE Hospital Ismael Roldán Valencia de Quibdó es una institución reconocida por su compromiso con la prestación de servicios de salud, la excelencia en la atención y el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, orientados al bienestar de sus grupos de interés.

El presente Informe de Gestión de la vigencia 2025 tiene como propósito exponer los avances, logros y estrategias ejecutadas en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica o Asistencial.

A lo largo del informe encontrarán los avances y resultados de la gestión con enfoque en derechos humanos, en primer lugar, en lo referente a la planeación institucional, los indicadores que muestran la evolución de la gestión institucional, avances del plan de desarrollo y en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. En el segundo componente del informe se presenta lo relacionado con la atención en salud, indicadores de oportunidad, y calidad de la atención en salud, y los servicios prestados (Producción), las actividades de salud pública implementadas durante la vigencia, información relacionada con la caracterización de los usuarios y la gestión del riesgo en salud y el informe de gestión del programa de seguridad del paciente. Finalmente se muestran los asuntos de contratación, gestión financiera, satisfacción de usuarios y las actividades de gestión ambiental y evaluación de control interno.

El Informe de Gestión y Resultados de la vigencia 2025, presenta los correspondientes indicadores financieros y asistenciales, así como otras gestiones realizadas para el logro de los objetivos institucionales, demostrando con ello el esfuerzo, el trabajo en equipo y las mejores prácticas organizacionales para lograr una eficaz y eficiente gestión institucional.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

DESCRIPCIÓN DE CONTEXTO

La ESE Hospital Local "Ismael Roldán Valencia" de Quibdó, fue creada mediante Acuerdo N° 016 del 5 de diciembre de 1997, por el Concejo Municipal de Quibdó, como una Empresa Social del Estado, con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud Municipal de Quibdó y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios y al Acuerdo # 008 de 1999 expedido por el Honorable Concejo de Quibdó – Chocó, y por Acuerdo N° 001 de 1999 del Concejo Municipal de Quibdó, se establecieron y se adoptaron los estatutos de la misma.

La Empresa Social del Estado Ismael Roldán Valencia de Quibdó es una institución prestadora de Servicios de Salud (IPS) con un modelo organizacional de atención en salud de baja complejidad y algunos de mediana complejidad. Es la única IPS pública de primer nivel de atención en salud del municipio de Quibdó, y cuenta con una red de servicios y capacidad instalada para dar cumplimiento real y efectivo en atención en salud a la población de Quibdó, cuyos servicios están dirigidos prioritariamente a la población pobre y vulnerable, tanto en las seis (6) comunas de su cabecera municipal – la ciudad de Quibdó, que en la actualidad cuenta con tres (3) centros de salud y un (1) Hospital, situados estratégicamente, y en la zona rural hace presencia en los veintisiete (27) corregimientos del municipio, con la atención permanente de una promotora de salud.

La ESE se encuentra ubicada en el municipio de Quibdó, en el departamento del Chocó, dista de la sede pública de II Nivel en aproximadamente 3 kilómetros. Con relación a los sitios de referencia por fuera del Departamento la ESE se encuentra a unos 234 Km de distancia con la capital del departamento de Antioquia, Medellín, con seis horas de recorrido aproximadamente; a 250 Km de distancia con la capital del departamento de Risaralda, Pereira, 7 horas de recorrido; a 424 Km de distancia con la capital del departamento del Valle, Cali, 9 horas y 25 minutos de recorrido.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

AVANCES Y RESULTADOS DE LA GESTIÓN

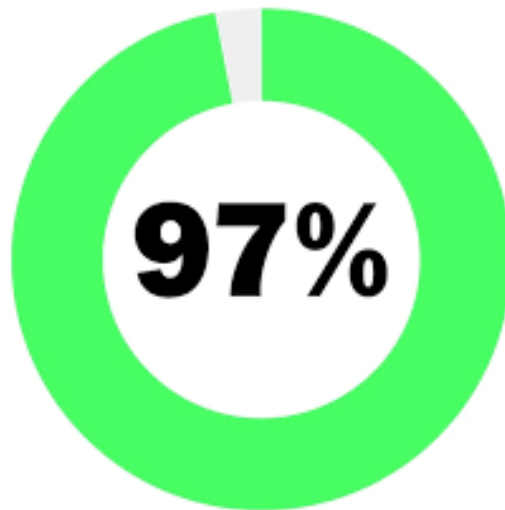
1. Planeación

1.1. Avance Plan de Desarrollo

El Plan Operativo Anual – POA, es una de las herramientas de planificación de la inversión, que le permite a la alta gerencia determinar cuál es el conjunto de planes, programas y proyectos que de manera prioritaria se incorporarán en la ejecución del presupuesto de la vigencia y que ayudan al cumplimiento de la visión de la Institución.

Para la vigencia 2025 el POA de la E.S.E Hospital Local Ismael Roldán Valencia de Quibdó lo constituyeron 32 indicadores distribuidos de la siguiente forma: Desempeño Institucional (10), Prestación de Servicios (7) Gestión Ambiental e Infraestructura (2), Talento Humano (7), Finanzas (6). Durante la vigencia 2025, el plan operativo obtuvo un cumplimiento del 97% obteniendo un nivel de cumplimiento Satisfactorio.

Cumplimiento del POA – Nivel Satisfactorio



Fuente: Oficina de Planeación

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

Cumplimiento por área

COMPONENTE ESTRATÉGICO	PROMEDIO PONDERADO
Desempeño Institucional	100%
Prestación de Servicios	100%
Gestión Ambiental e Infraestructura	50%
Talento Humano	100%
Finanzas	100%

Fuente: Oficina de Planeación

1.2. Avance Plan de Gestión Gerencial

El Plan de Gestión Institucional 2024 - 2027 de la E.S.E. Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó aprobado por los miembros de la Junta Directiva contiene los logros a alcanzar durante el periodo 2024 - 2027, se establecen los compromisos y actividades a realizar para cumplir con las metas establecidas en la resolución 408 del 2018 y serán evaluadas anualmente mediante indicadores de gestión por cada área definida en la normatividad actual.

El Plan de Gestión del Gerente, constituye el documento que refleja los compromisos que el Representante Legal de la entidad establece ante la Junta Directiva, los cuales deben incluir como mínimo metas y actividades en las áreas de: Dirección y Gerencia (20%), Financiera y Administrativa (40%) y Gestión Clínica y Asistencial (40%), estas a su vez, tienen un peso porcentual que al final de la evaluación permite calcular el nivel del cumplimiento de este.

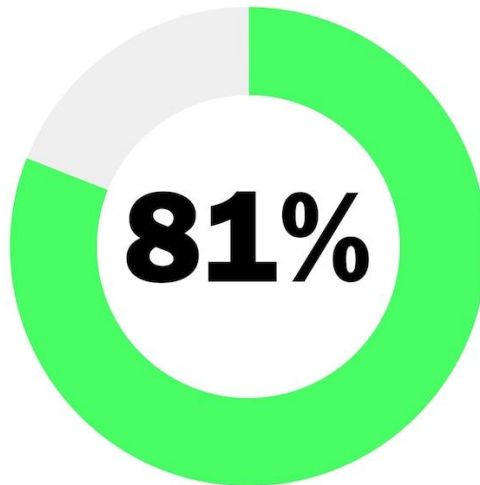
Para la E.S.E Hospital Local Ismael Roldán Valencia, el Plan de Gestión Gerencial lo constituyen 17 indicadores distribuidos de la siguiente forma: Dirección y Gerencia tres (3), Financiera y Administrativa ocho (8) y Gestión Clínica y Asistencial seis (6).

Durante la vigencia 2025, el plan de gestión del gerente obtuvo un cumplimiento del 81% con una calificación de 4,05 puntos sobre 5 obteniendo un nivel Satisfactorio. El plan de gestión de la E.S.E. Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó establece metas anuales por cada uno de los indicadores aplicables a las entidades de nivel I de complejidad los cuales están distribuidos en tres áreas de gestión:

1. Dirección y Gerencia 20%
2. Financiera y Administrativa 40%
3. Gestión clínica o asistencial 40%

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024

Cumplimiento del Plan de Gestión – Nivel Satisfactorio



Fuente: Oficina de Planeación

Si revisamos el cumplimiento por área, se puede observar que el área que obtuvo un cumplimiento más bajo fue Financiera y administrativa con el 52,5%, mientras que el área Gestión Clínica o Asistencial alcanzó un 100% al igual que el área de Dirección y Gerencia con un 100%. El promedio de calificación del área de Dirección y Gerencia es de 5, debido a que sus tres (3) indicadores obtuvieron una calificación de cinco (5). Mientras que el área Asistencial su promedio de calificación es de 5, debido a que, sus seis (6) indicadores, tienen calificación cinco (5).

Cumplimiento por área

ÁREA	CALIFICACIÓN	RESULTADO PONDERADO	% CUMPLIMIENTO
Dirección y Gerencia 20%	5.0	1.0	100%
Financiera y Administrativa 40%	3.0	1.05	52.5%
Gestión Clínica o asistencial 40%	5.0	2.0	100%
Cumplimiento		4.05	81%

Fuente: Oficina de Planeación

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

1.3. Avance MIPG

El Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual se define un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. El modelo funciona mediante tres (3) componentes: la institucionalidad, la operación y la medición.

La institucionalidad está representada en las entidades por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. La operación de MIPG se hace través de siete (7) dimensiones: 1) Talento Humano, 2) Direccionamiento Estratégico y Planeación, 3) Gestión con valores para resultados, 4) Evaluación de resultados, 5) Información y comunicación, 6) Gestión del conocimiento y la innovación, 7) Control Interno. Cada una de las dimensiones agrupa una o varias políticas de gestión y desempeño institucional las cuales permiten implementar y poner en funcionamiento el modelo de manera adecuada. En total son 19 políticas de MIPG distribuidas en las dimensiones mencionadas.

La medición del modelo cuenta con dos instrumentos fundamentales:

- Medición del desempeño institucional, a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, realizado anualmente, que para la vigencia 2025 donde se evalúa el 2024 fue de 58.3%.
- Herramienta de autodiagnóstico a través de los instrumentos dispuestos por la Función Pública que permite a cada entidad conocer el estado de las políticas.

De acuerdo con lo anterior la E.S.E Hospital Local Ismael Roldán Valencia ha estado realizando la implementación de MIPG a través de las políticas partiendo de los autodiagnósticos realizados en el año 2023, para los cuales se formularon planes de acción que se han venido ejecutando durante la vigencia 2024 y 2025.

2. Prestación de Servicios de Salud

2.1. Indicadores de Oportunidad y calidad de la atención en salud

El año 2025 para la ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia se caracteriza por una consolidación en la experiencia del usuario y una capacidad de respuesta operativa superior frente a la crisis de la red hospitalaria departamental. A pesar de un deterioro crítico en la eficacia clínica durante el tercer trimestre debido a la presión asistencial externa, los datos del cuarto trimestre muestran una recuperación significativa y estabilización de los indicadores de reingreso.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024

A continuación, se presenta la evolución anual unificada de los indicadores trazadores:

DOMINIO	INDICADOR	META	ESTADO FINAL			
			I SEMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
Oportunidad	Med. General (Días)	3	2.2	1.21	1.26	Óptimo
Oportunidad	Triage II (Min)	< 30 min	15.9	11.53	9.5	Excelente
Experiencia	Satisfacción Global	> 90	95.3%	100%	100%	Excelente
Eficacia	Reingreso Urg. < 72h	< 1.4	0.57%	1.91%	1.17%	Cumple
Eficacia	Reingreso Hosp. < 15d	< 1.5	0.9%	0%	0.69%	Óptimo
Seguridad	Eventos Adversos (EA)	Vigilancia	0 (Sospecha infra reporte)	55 (100% analizados) reingresos incluidos	25 (100% analizados) reingresos incluidos	En Mejora

Análisis de Hallazgos por Trimestre

Primer Semestre: Estabilidad y Alerta de Infrarreporte

- La institución mantuvo resultados óptimos en oportunidad y satisfacción.
- Se identificó un riesgo en seguridad debido a la ausencia de reportes de eventos adversos (0 casos), lo que motivó el lanzamiento de campañas de cultura no punitiva, con capacitaciones individualizadas y búsqueda activa de casos.

Tercer Trimestre: El Desafío de la Presión Externa

- Se presentó una alerta crítica en el Reingreso a Urgencias (1.91%), superando la meta institucional.
- Este aumento se vinculó directamente al cierre de otras IPS en el Chocó, lo que generó una "fatiga del sistema".

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

- Logro: La cultura de reporte maduró, logrando identificar y analizar 55 eventos adversos, con los reingresos incluidos.

Cuarto Trimestre: Recuperación y Eficiencia

- Mejora en Urgencias: La tasa de reingreso a urgencias bajó al 1.17% (59 de 5049), retornando al rango de cumplimiento de la meta (< 1.4%).
- Optimización de Procesos: El tiempo de Triage alcanzó su mejor nivel histórico (9.5 min), una reducción del 17.53% frente al periodo anterior.
- Voz del Usuario: Se mantuvo el 100% de satisfacción con una muestra estadística más robusto (429 encuestas), lo que valida la confianza de la comunidad en la institución.

Como conclusiones y recomendaciones se puede citar:

1. Cierre Exitoso de Gestión: El hospital logró absorber el impacto de la crisis de la red departamental, estabilizando los resultados clínicos hacia el final del año.
2. Sostenibilidad del Talento Humano: Se recomienda mantener el esquema de personal en Triage que permitió los excelentes tiempos de respuesta del cuarto trimestre.
3. Seguridad del Paciente: El aumento en el número de reportes voluntarios debe ser visto como un activo de gestión; el reto para 2026 es que los análisis de causa raíz (ACR) realizados en 2025 se traduzcan en una disminución de la frecuencia absoluta de errores.

2.2. Servicios Prestados

La ESE Hospital Ismael Roldán Valencia cuenta con los siguientes Servicios: consulta externa de medicina general, atención odontológica, atención de urgencia del primer nivel, hospitalización de baja complejidad, laboratorio clínico de baja complejidad, radiología e imágenes diagnósticas de baja complejidad, servicio farmacéutico, fisioterapia, terapia ocupacional y respiratoria, psicología, nutrición y dietética, trabajo social, detección temprana, protección específica, vacunación, transporte asistencial básico, enfermería, atención del parto.

Según el documento “AJUSTE AL PROGRAMA TERRITORIAL DE REDISEÑO REORGANIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN DE LA RED PÚBLICA DEPARTAMENTAL” modificado en 2024 El Hospital Local Ismael Roldán Valencia, hospital de primer nivel de

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

atención de la ciudad capital, es un hospital de tipología PPC, “Punto de atención en donde se proveen servicios intra y extra mural, telemedicina como prestador remitente, para la atención de baja y mediana complejidad, que se oferta de manera programada, y que incluye los servicios de consulta externa por medicina general, enfermería, psicología, nutrición y dietética, terapia respiratoria, vacunación y odontología general; toma de muestras de laboratorio clínico, laboratorio clínico, toma e interpretación de radiologías odontológicas, toma de muestras de cuello uterino, atención del parto de bajo riesgo y la garantía de la hospitalización de baja complejidad, urgencias de baja complejidad, imágenes diagnósticas ionizantes, servicio de farmacia y transporte asistencial básico. El apoyo programado y sistemático de especialidades básicas no quirúrgicas en medicina familiar, medicina interna, ginecología, pediatría”.

Servicios

La ESE Hospital Local Ismael Roldan Valencia actualmente tiene habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud de Chocó los siguientes servicios en las complejidades y modalidades especificadas:

SERVICIO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD
Urgencias	Intramural	Baja
Hospitalización Adultos	Intramural	Baja
Hospitalización Pediátrica	Intramural	Baja
Enfermería	Intramural / Extramural	Baja
Medicina General	Intramural / Extramural	Baja
Nutrición y Dietética	Intramural / Extramural	Baja
Odontología General	Intramural / Extramural	Baja
Psicología	Intramural / Extramural	Baja
Vacunación	Intramural / Extramural	Baja
Laboratorio Clínico	Intramural	Baja
Toma de muestras de laboratorio clínico	Intramural	Baja
Imágenes diagnósticas	Intramural	Baja
Laboratorio citologías	Intramural	Baja
Fisioterapia	Intramural / Extramural	Baja
Imágenes Diagnósticas	Intramural	Baja
Toma de muestras de cuello uterino	Intramural	Baja
Atención del Parto	Intramural	Baja
Transporte asistencial básico	Intramural	Baja

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

Capacidad Instalada Sede Principal

SEDE CENTRAL	
HOSPITALIZACION ADULTOS	
Nº de camas	14
Nº camas aislamiento	1
HOSPITALIZACION PEDIATRIA	
Nº de camas	7
OBSTETRICIA	
Nº salas de parto	1
Nº camas TPR	2
Nº camas trabajo de parto	2
URGENCIAS	
Nº camas observacion pediatrica	4
Nº camas observacion hombres	5
Nº camas observacion mujeres	7
Nº camas observacion sala ERA	6
Nº Procedimientos	1
Sala de reanimación	1
Nº consultorios triage	1
Nº consultorios urgencias	3
CONSULTA EXTERNA	
Nº consultorios medicina	4
Nº consultorios enfermería	1
Nº consultorios odontología	1
Nº consultorios psicología	1
Nº consultorios nutrición	1
Vacunación	1
APOYO DIAGNOSTICO	
Nº puestos de toma de muestra	
laboratorio clínico	2
Nº camas Fisioterapia	4
Nº puestos toma citología	1
Sala rayos x	1
TRANSPORTE ASISTENCIAL	
Nº TAB	3
Nº Unidad movil	1

Fuente: REPS

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

Capacidad Instalada Centros de Salud

CENTRO DE SALUD MEDRANO	
Nº consultorios medicina	1
Nº consultorios enfermería	1
Nº consultorios odontología	1
Nº puestos toma citología	1
CENTRO DE SALUD SAN VICENTE	
Nº consultorios medicina	2
Nº consultorios enfermería	1
Nº consultorios odontología	1
Vacunación	1
Nº puestos de toma de muestra laboratorio clínico	1
Nº puestos toma citología	1
CENTRO DE SALUD REPOSO	
Nº consultorios medicina	2
Nº consultorios enfermería	1
Nº consultorios odontología	1
Vacunación	1
Nº puestos de toma de muestra laboratorio clínico	1
Nº puestos toma citología	1

Fuente: REPS

Producción de Servicios por Trimestre 2025

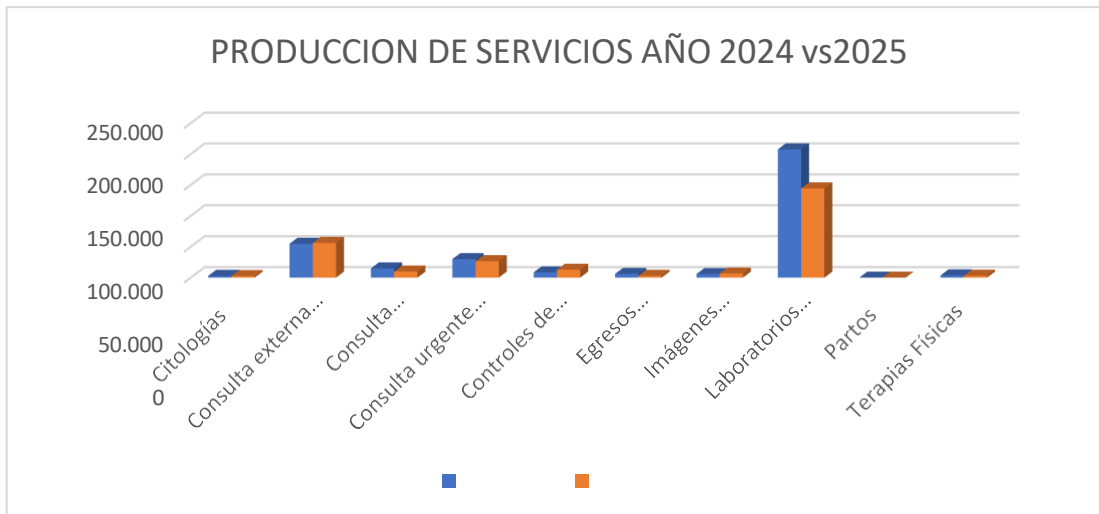
El comportamiento institucional entre 2024 y 2025 muestra una dinámica mixta, con áreas de crecimiento estratégico importante y servicios con estabilidad moderada, por consiguiente, podemos decir que el resultado general refleja un proceso de transformación en el modelo de atención con un enfoque en atención primaria, prevención y salud materna, lo que mejora el posicionamiento comunitario y cumplimiento de metas.

Producción de Servicios Año 2024 Vs 2025

SERVICIOS	AÑO 2024	AÑO 2025	VARIACIÓN
Citologías	2,842	2,483	-12.6%
Consulta externa de Medicina General	54,899	56,302	2.55%
Consulta odontológica (valoraciones)	14,916	9,940	-33%
Consulta urgente de Medicina General	29,938	26,639	-11%
Controles de promoción y prevención	8,572	12,857	49.9%
Egresos hospitalarios	6,051	2,972	-50%
Imágenes Diagnosticas	5,681	6,578	16%
Laboratorios clínicos	207,604	144,444	-30%
Partos	24	71	195.80%
Terapias Físicas	3683	3,125	-15.1%

Fuente: Infosalud

Representación gráfica de la producción año 2024 vs 2025



La vigencia 2025 muestra un comportamiento mixto, con avances significativos en promoción, prevención y servicios maternos, pero con disminuciones importantes en hospitalización y apoyo diagnóstico.

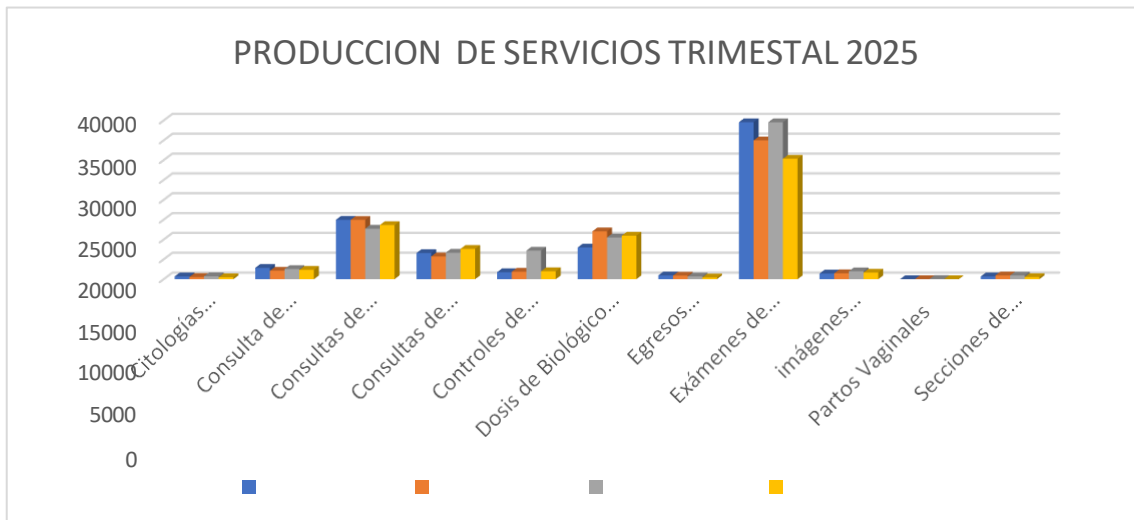
			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ NIT. 891680011-0
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

Producción de Servicios Por Trimestre Año 2025

Variable	I TRIM 2025	II TRIM 2025	III TRIM 2025	IV TRIM 2025
Citologías Cervicovaginales	708	548	730	497
Consulta de Odontología (valoración)	2,864	2,150	2,563	2,363
Consultas de Medicina General Electivas	14,969	14,950	12,732	13,651
Consultas de Medicina General Urgentes	6,596	5,728	6,675	7,640
Controles de Promoción y Prevención	1,767	1,881	7,205	2,004
Dosis de Biológico Aplicadas	7,991	12,063	10,519	10,963
Egresos Hospitalarios	955	901	686	430
Exámenes de Laboratorio	39,564	34,982	39,543	30,355
imágenes Diagnostica	1,424	1,497	1,993	1,664
Partos Vaginales	8	11	34	18
Secciones de Terapia Física	699	949	934	543

Fuente: Infosalud

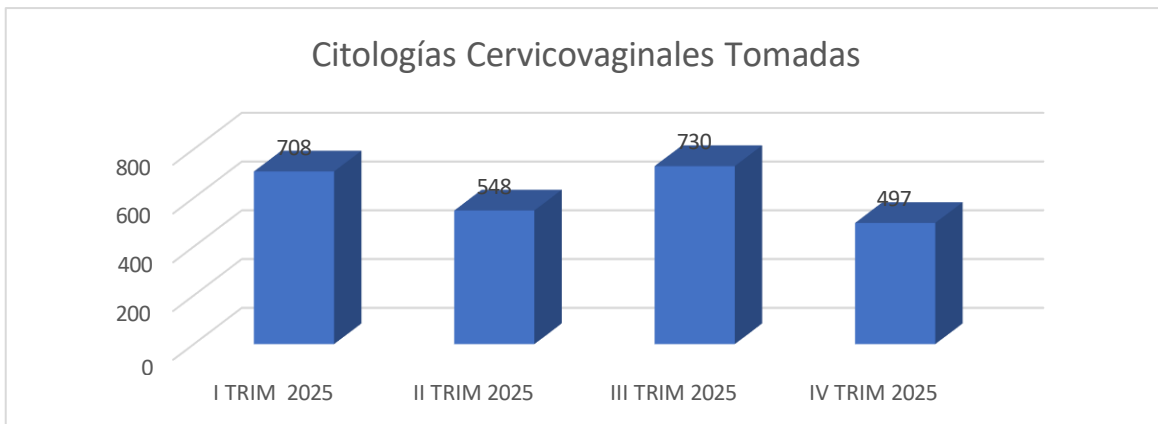
Representación Gráfica De La Producción De Servicios Trimestrales Año 2025



			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

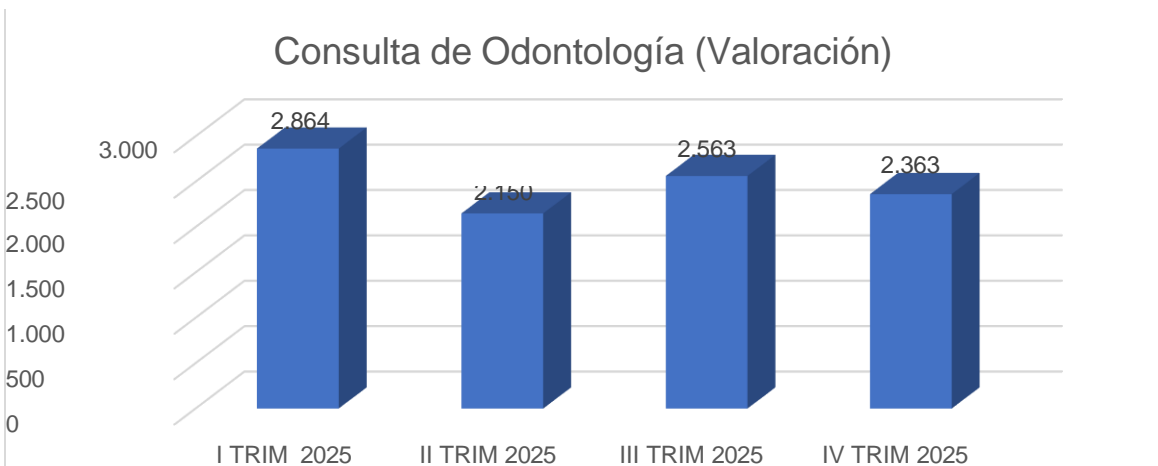
En el análisis productivo se evidencia el comportamiento de los cuatro trimestres, muestra una dinámica variable con concentración productiva en el segundo y tercer trimestre, y desaceleración en el cuarto trimestre en varios servicios, y se muestra que el III trimestre es el de mayor rendimiento global, especialmente en servicios diagnósticos y de promoción y prevención, obteniendo así una mejora notable en los servicios.

Productividad Detallada Por Servicios Trimestrales 2025



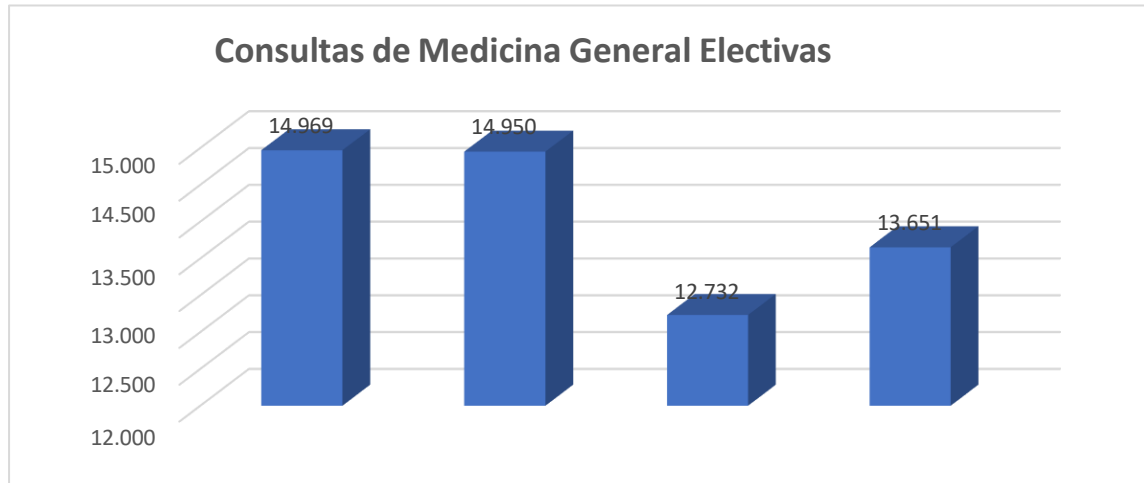
En este análisis se observa el aumento importante en el III trimestre (+33% vs II), seguido de caída marcada en el IV trimestre (-32%). Puede estar relacionado con campañas puntuales o jornadas específicas.

La producción anual es adecuada en volumen total; sin embargo, presenta fluctuaciones importantes y tendencia descendente al cierre del año,

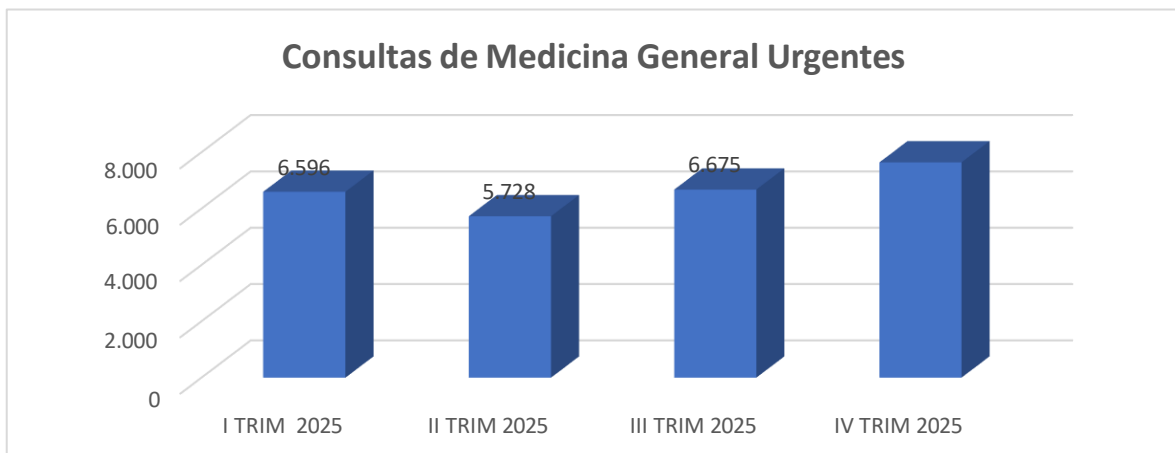


			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

La producción anual es adecuada en volumen global; sin embargo, presenta una tendencia de reducción progresiva respecto al inicio del año, con recuperación parcial pero insuficiente para alcanzar niveles iniciales.



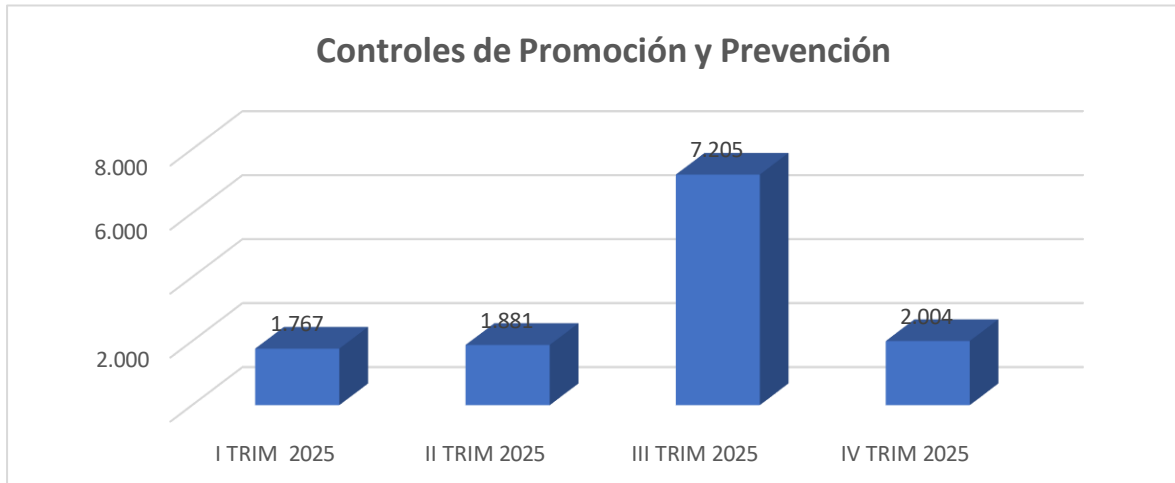
El análisis de la producción de medicina general muestra una tendencia general ligeramente descendente, con una caída importante en el tercer trimestre y recuperación moderada al cierre del año, donde todo esto obedece a APS prestada por los Equipos Básicos en Salud en todo el municipio lo cual permite una gran descongestión en el servicio y un acercamiento más a la comunidad para cubrir sus necesidades en salud.



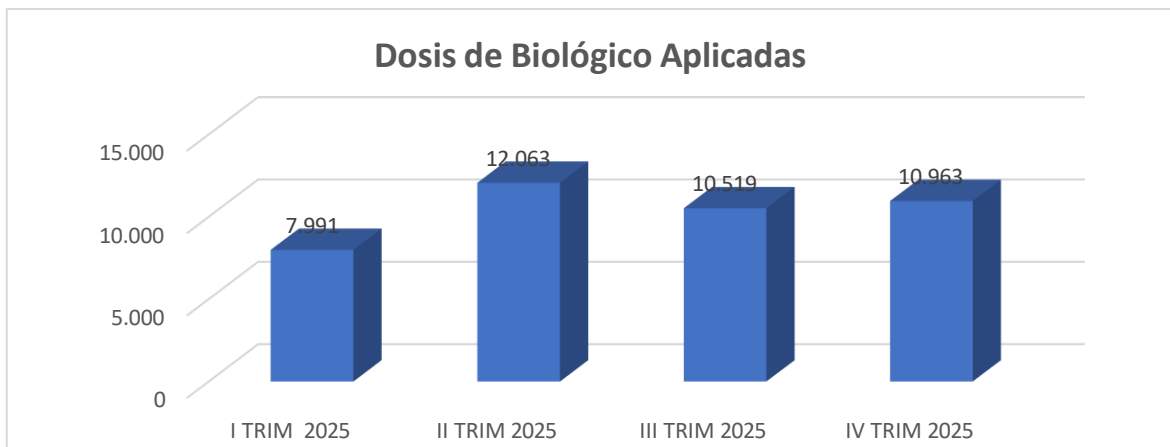
La producción de Medicina General Urgente presenta tendencia creciente en el segundo semestre y cierre anual superior al inicio del año, lo que evidencia aumento en la demanda asistencial no programada, se identifica una tendencia creciente en el segundo semestre,

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

cerrando el año con un aumento acumulado del 15,8% respecto al inicio. también es importante tener presente que la ESE fue la única institución que presentaba los servicios de urgencias debido al cierre de otras instituciones de salud.



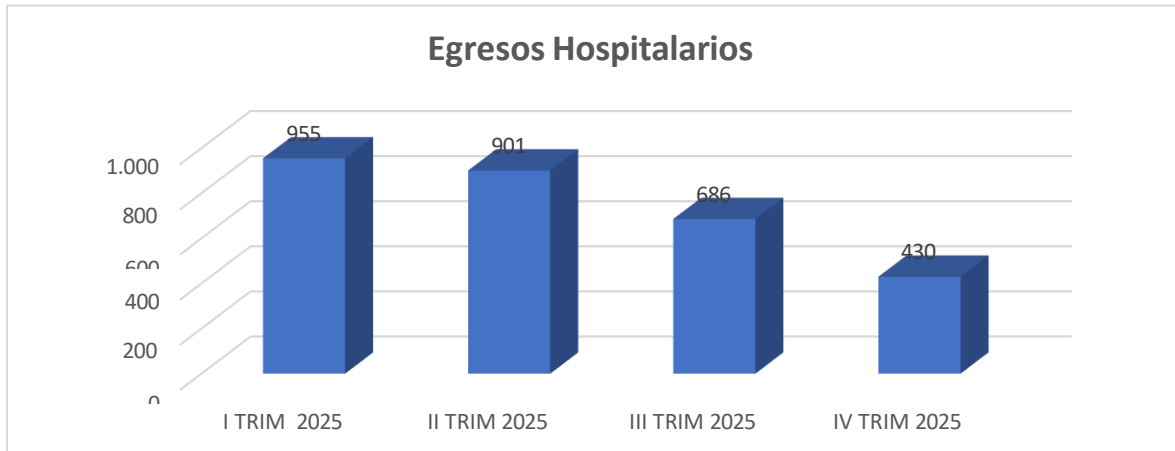
El servicio presenta alto volumen anual con comportamiento altamente concentrado en el tercer trimestre, lo que evidencia cumplimiento de metas mediante estrategias intensivas, y teniendo en cuenta todos los procesos de EBS que nos permiten aumentar nuestros indicadores.



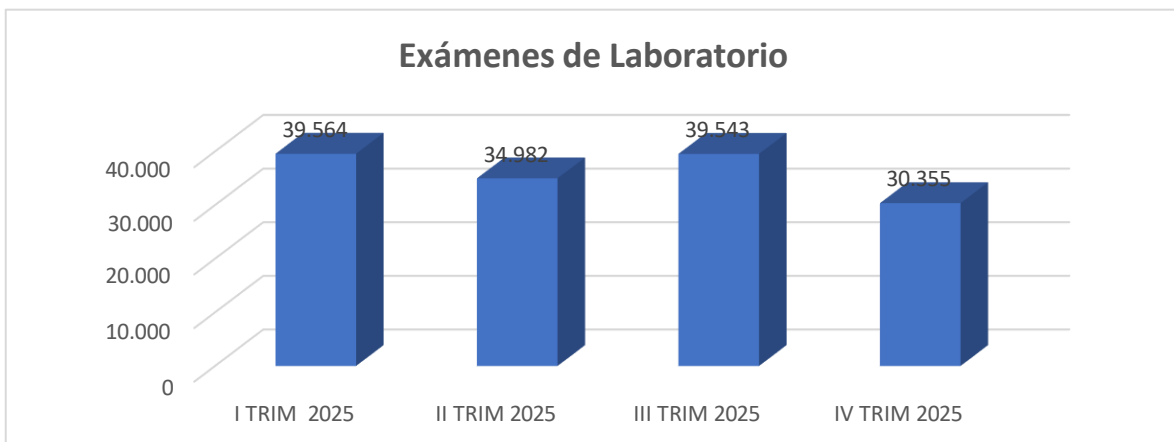
Durante el II trimestre se presenta un incremento significativo del 50,9%, siendo el punto más alto del año, En el III trimestre hay una reducción moderada (-12,8%), pero la producción se mantiene en niveles altos, El IV trimestre muestra estabilidad con leve crecimiento (+4,2%), cerrando el año con niveles superiores al inicio.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ Nit. 891680011-0
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

El programa de vacunación presenta desempeño positivo, crecimiento significativo y estabilidad en el segundo semestre, evidenciando buena gestión operativa y cumplimiento de metas sanitarias.

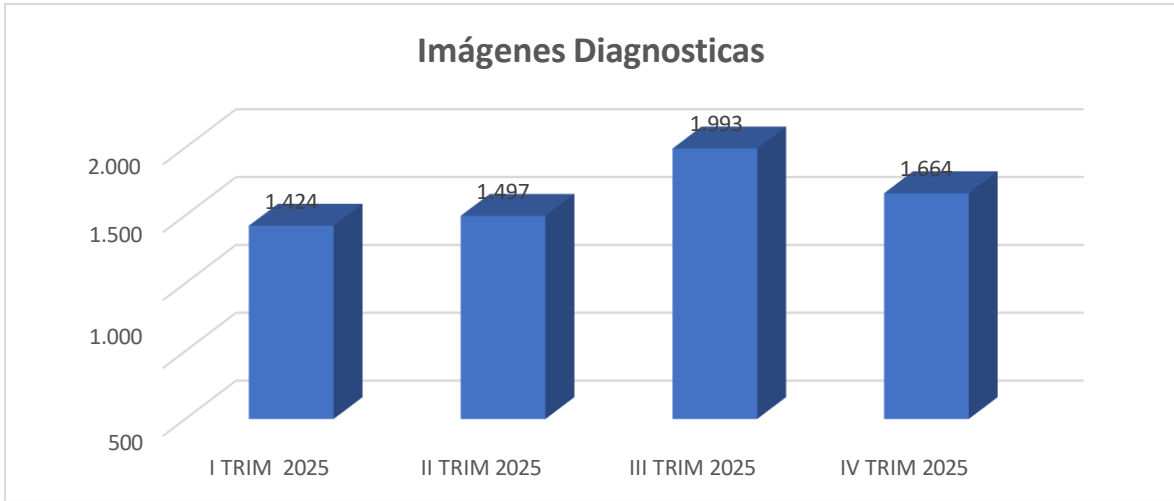


En el análisis de los Egresos Hospitalarios podemos evidenciar que el servicio presenta una contracción acumulada del 54,9% al cierre del año, lo que representa una reducción considerable en la producción hospitalaria.

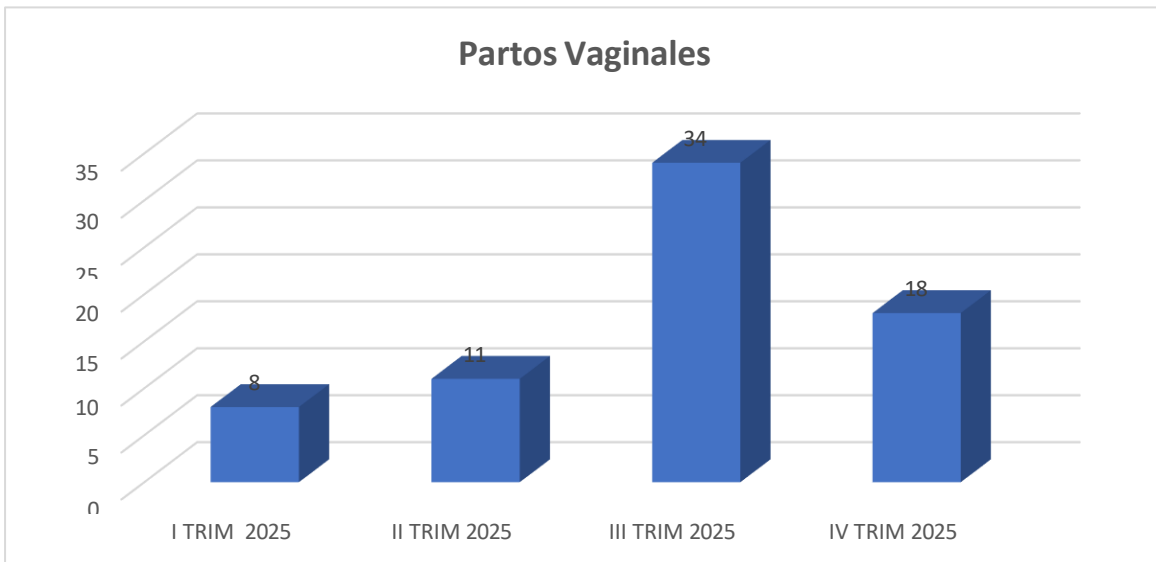


Para el análisis del servicio de laboratorio podemos observar que mantiene alto volumen anual y estabilidad en el primer semestre, pero presenta una reducción significativa al cierre del año que requiere monitoreo y análisis integral.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024



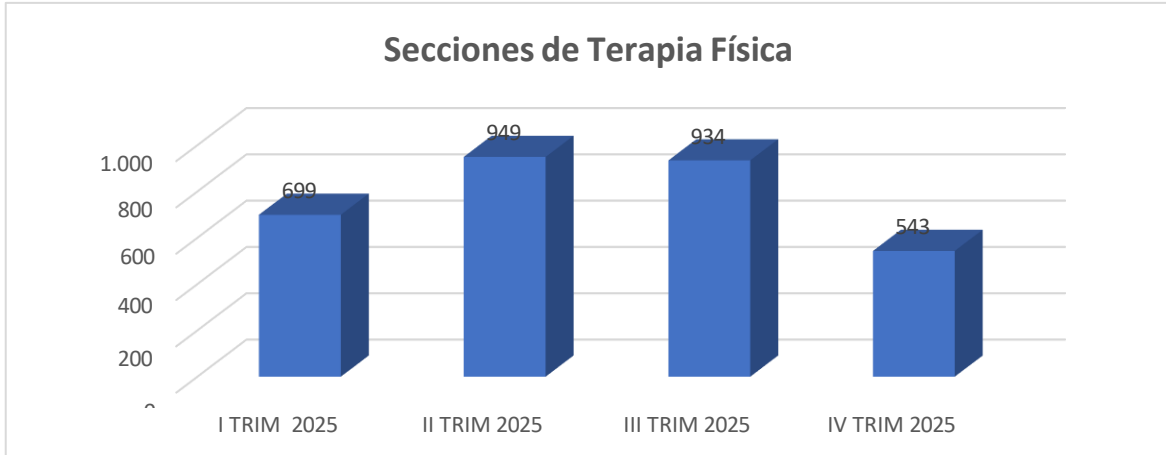
El análisis de la producción del servicio de Imágenes Diagnósticas presenta crecimiento sostenido durante 2025, con pico productivo en el tercer trimestre y cierre anual superior al inicio del año, evidenciando adecuada gestión operativa y respuesta a la demanda asistencial.



Durante el primer semestre se observa un crecimiento progresivo moderado, el III trimestre presenta un incremento excepcional del 209%, representando el 48% de la producción anual, y en el IV trimestre se evidencia disminución respecto al pico del III trimestre, sin embargo, el cierre anual duplica ampliamente el inicio del año.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

El servicio de Partos Vaginales presenta un crecimiento significativo durante 2025, con consolidación en el segundo semestre y cierre anual 125% superior al inicio del año, lo que evidencia fortalecimiento operativo y mayor captación de usuarias.



El servicio de Terapia Física presentó crecimiento sólido en el primer semestre, estabilidad en el tercer trimestre y disminución en el cuarto trimestre, cerrando el año con un total de 3.125 sesiones.

Distribución Anual Por Servicio De Los EBS

SERVICIO	TOTAL ATENCIONES	PARTICIPACIÓN
ENFERMERÍA	10.908	32,4 %
MEDICINA	10.525	31,3 %
PSICOLOGÍA	4.875	14,5 %
ODONTOLOGÍA	3.708	11,0 %
TRABAJO SOCIAL	3.622	10,8 %

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

En conclusión, el desempeño institucional durante el año 2025 evidencia una orientación progresiva hacia la atención preventiva y ambulatoria, alineada con los lineamientos del modelo de atención en salud y con las necesidades epidemiológicas de la población. El fortalecimiento de los programas de promoción y prevención, junto con la consolidación de los servicios diagnósticos, representa una oportunidad estratégica para mejorar los resultados en salud y la eficiencia operativa de la institución.

Todas estas reducciones obedecen a el fortalecimiento de estrategias comunitarias, el trabajo de los Equipos Básicos de Salud, y la ampliación de programas preventivos, han permitido mejorar la cobertura poblacional y acercar los servicios de salud a la comunidad, contribuyendo al cumplimiento de metas en salud pública.

Durante la vigencia 2025 la institución evidencia un proceso de transformación progresiva del modelo de atención, orientado hacia la promoción, la prevención y la atención primaria en salud, Los Equipos Básicos de Salud registraron una productividad anual de 33.638 atenciones.

Los Equipos Básicos de Salud han desempeñado un papel estratégico en este proceso, al ampliar la cobertura de atención, fortalecer el vínculo con la comunidad y contribuir al manejo oportuno de riesgos en salud.

La articulación entre la producción institucional y las atenciones territoriales demuestra que el fortalecimiento de los EBS no solo incrementa el acceso a los servicios, sino que también contribuye a mejorar la eficiencia del sistema de atención y a consolidar el enfoque de salud familiar y comunitaria.

2.3. Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud desarrolladas durante la vigencia

Con el propósito de mejorar y mantener la salud y la calidad de vida de nuestros afiliados, La ESE HLIRV desarrolla actividades en el marco de las rutas integrales de atención (RIAS) en salud de promoción y mantenimiento de la salud (PMS) por medio de actividades de valoración integral, detección temprana, protección específica y de educación dirigidas a toda la población en cada uno de los ciclos vitales Recién nacido, niño, adolescente, Joven adulto y vejez, ruta materno perinatal y RIAS de riesgo y especiales.

Estas actividades, están centradas en el usuario, su familia y comunidad con el objeto de promover estilos de vida saludable, promoviendo el autocuidado por medio de la identificación de riesgos, la detección temprana de las enfermedades y las intervenciones oportunas contribuyendo así a mejorar sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable.

- ✓ Tamizaje para la detección temprana de cáncer de colon y recto
- ✓ Tamizaje para la detección temprana de cáncer de cérvix, mama y próstata

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

- ✓ Atención en salud para niñas y niños por medicina general o enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 1 a 5 años
- ✓ Atención en salud para niñas y niños por medicina general o enfermería de acuerdo al esquema definido para la edad de 6 a 11 años
- ✓ Atención en salud para adolescentes, por profesional de enfermería y medicina de acuerdo al esquema definido para la edad
- ✓ Atención en salud para jóvenes, por profesional de enfermería y medicina de acuerdo al esquema definido para la edad.
- ✓ Atención en salud para la vejez por medicina general de acuerdo al esquema definido para la edad
- ✓ Atención en salud para la adultez por medicina general de acuerdo al esquema definido para la edad
- ✓ Atención en salud para cumplimiento de la Cobertura de niños y niñas con esquema completo de vacunación.
- ✓ Atención en salud para cumplimiento de la Cobertura de la población en general con atención por salud oral.
- ✓ Atención en salud para cumplimiento de la Cobertura de la población en general con atención por odontología
- ✓ Cobertura de consulta para la promoción y asesoría de la planificación familiar en adolescentes, jóvenes y población general
- ✓ Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de 2 meses y 6 meses de edad
- ✓ Cobertura de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- ✓ Captación Temprana de Gestantes antes de la semana 10
- ✓ Cumplimiento de personas entre 50 a 75 tamizadas con SOME en el año
- ✓ Captación Temprana de usuarios para el programa

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ Nit. 891680011-0
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

Rutas Integrales De Atención (RIAS) En Salud – Enfoque en Riesgo

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) son un componente clave del modelo de atención en salud en Colombia, que organiza las acciones y servicios de salud según el enfoque de riesgo, buscando mejorar el acceso, la calidad y la continuidad del cuidado.

Las RIAS son un conjunto organizado, coordinado y complementario de intervenciones, actividades, procedimientos y servicios de salud, definidos con base en las necesidades de salud de la población. Estas rutas se estructuran en tres niveles:

Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

Rutas específicas por curso de vida (niñez, adolescencia, adultez, vejez, etc.).

Rutas para grupos poblacionales o condiciones de salud específicas (embarazo, enfermedades crónicas, salud mental, etc.).

El enfoque en riesgo significa que las acciones de salud no son iguales para todos, sino que se ajustan al nivel de riesgo de cada persona o grupo poblacional. Esto permite que los servicios se prioricen de manera más eficiente y justa.

Tipos de riesgo considerados:

1. **Riesgo individual:** según edad, sexo, antecedentes familiares, hábitos de vida, enfermedades preexistentes, etc.
2. **Riesgo colectivo o poblacional:** condiciones del entorno, determinantes sociales, nivel socioeconómico, acceso a servicios.
3. **Riesgo en el curso de vida:** se adapta la atención a las necesidades y vulnerabilidades según la etapa vital (niños, gestantes, adultos mayores, etc.).

Ejemplo de RIAS con Enfoque en Riesgo

Ruta RIAS	Riesgo Considerado	Intervención
Ruta materno perinatal	Edad materna avanzada, gestación múltiple, antecedentes de preeclampsia	Controles prenatales más frecuentes, tamizajes específicos
Ruta para enfermedades crónicas	Paciente con hipertensión, obesidad y diabetes	Seguimiento intensivo, educación en autocuidado, ajuste de tratamiento
Ruta de salud mental	Adolescentes en situación de violencia o consumo de sustancias	Atención psicológica prioritaria, intervención familiar
Ruta de atención en infancia	Niños con bajo peso al nacer o con discapacidad	Atención interdisciplinaria, terapias, seguimiento especializado

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Beneficios del Enfoque en Riesgo en las RIAS

- Permite intervenciones oportunas y focalizadas.
- Optimiza el uso de recursos del sistema de salud.
- Mejora los resultados en salud pública.
- Reduce inequidades en la atención.
- Fortalece la coordinación entre niveles de atención.

Ruta Materno Perinatal

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	PERIODOS	
		2024	2025
No GESTANTES EN CONTROL PRENATAL (total- activas)	TOTAL DE GESTANTES NUEVAS/ TOTAL DE GESTANTES ACTIVAS EN CONTROL PRENATAL	147	246
CAPTACION DE GESTANTES CON CAPATACION TEMPRANA ANTES DE LA SEMANA 10 DEGESTACION	No GESTANTES NUEVAS /TOTAL, DE GESTANTES NUEVAS INSCRITAS CON MENOS DE 10 SEMANAS	95	126
No GESTANTES NUEVAS CLASIFICADAS ALTO RIESGO OBSTETRICO	No GESTANTES NUEVAS/ Nº DE GESTANTES NUEVASCLASIFICADAS CON BAJO RIESGO	94	89
NUMERO DE GESTANTES TAMIZADAS CON PERFIL INFECCIOSO (VIH, SIFILIS, HEPATITIS B)	Nº DE GESTANTES EN CONTROL PRENATAL/ NUMERO DE GESTANTES CON RESULTADO DE PERFIL INFECCIOSO	140	235
GESTANTES CON DX DE SIFILIS GESTACIONAL	NUMERO DE GESTANTES CON DX DE SIFILIS GESTACIONAL / NUMERO DE MUJERES EN CONTROL PRENATAL	12	8

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01	
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024	

Nº GESTANTES CON TRATAMIENTO DE SIFILIS GESTACIONAL TERMINADO	NUMERO DE GESTANTES QUE RECIBIERON LAS TRES DOSIS DEL TRATAMIENTO / NUMERO DE GESTANTES CON DX DE SIFILIS GESTACIONAL	9	6
NUMERO DE GESTANTES CON SIFILIS GESTACIONAL QUE TERMINARON EN SIFILIS CONGENITA	NUMERO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA/ NUMERO DE CASOS DE SIFILIS GESTACIONAL	1	2
NUMERO DE MUERTES MATERNAS	número de gestantes con muerte materna/ número de gestantes inscritas en el control prenatal	0	0

Primera Infancia

La Primera infancia es la etapa del desarrollo que comprende desde la gestación hasta los 6 años de edad, y es fundamental para el crecimiento físico, cognitivo, emocional y social de los niños y niñas.

Estas edades son los momentos del curso de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto es de vital importancia reconocer oportunamente las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas así como identificar situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer un abordaje diferencial en la atención.

				
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01	
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024	

PRIMERA INFANCIA E INFANCIA		PERIODO			
NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	2024	%	2025	%
Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o enfermería de acuerdo al esquema definido para el menor de 8 días a 5 años	número de niños y niñas atendidos en consulta de primera infancia con médico o enfermería/ población total de menores de 0 a 5 años	1120	50%	1724	60%
Cumplimiento de valoración integral en la primera infancia	número de niños y niñas atendidos en consulta de primera infancia /niños y niñas citados para la consulta de primera infancia	332	80%	1234	80%
Proporción de niñas y niños en primera infancia con desarrollo esperado o normal para la edad (EAD)	número de niños y niñas con valoración de escala abreviada del desarrollo (EAD) / número de niños y niñas atendidos en consulta de primera infancia	1,284	100%	1,635	100%
Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general o enfermería al esquema definido para el menor de 6 a 11 años	número de niños y niñas atendidos en consulta de primera infancia con médico o enfermería/ población total de menores de 5 a 11 años	237	40%	1102	60%
Cumplimiento de valoración integral en la infancia	número de niños y niñas atendidos en consulta de infancia /niños y niñas citados para la consulta de primera infancia	189	27%	765	77%
Proporción de niñas y niños en primera infancia valorados con escala abreviada del desarrollo, (EAD)	número de niños y niñas con valoración de escala abreviada del desarrollo (EAD) / número de niños y niñas atendidos en consulta de primera infancia	1,284	70%	1,564	80%

En la cobertura de atenciones realizadas por RIA de primera infancia se evidencia un aumento significativo correspondiente a un % mayor , comparado con los periodos evaluados de los años anteriores, demostrando así un impacto positivo en la ejecución de diferentes estrategias tales como demanda inducida por los diferentes medios de difusión con lo que cuenta la ESE HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA, capacitación médica, remisión de otros programas, seguimiento a base de datos para captación de usuarios a la ruta.

En la cobertura de atención de la ruta infancia se evidencia un aumento entre el año 2025 para el año 2025 se retoman y amplían las estrategias de los anteriores años logrando un

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01	
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024	

incremento de puntos porcentuales, por lo que se siguen fortaleciendo las actividades realizadas dentro de las cuales están demanda inducida por llamada telefónica, seguimiento a base de datos, mensajes de texto ,actividades extramurales; además de ello, hacer énfasis en la educación a profesionales de la salud y a los cuidadores de los menores sobre las frecuencias de uso establecidas en la resolución 3280/2018.

PRIMERA INFANCIA E INFANCIA		PERIODO			
NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	2024	%	2025	%
Cobertura de vacunación con esquema completo < 1 A 5 años con biológicos trazadores	número de niños vacunados de 6 meses a 5 años con biológicos trazadores / número de niños vacunados de 6 meses a 5 años con esquema completo	4,023	95%	1.594	95%
taza de desnutrición	número de niños menores de 5 años diagnosticados con de desnutrición/ número de niños menores de 5 años atendidos en la ESE	12	90%	16	90%

Se puede observar un cumplimiento adecuado con relación a la cobertura de vacunación en el año 2025 la cual se ha mantenido entre un 95 y 98 % garantizando la cobertura vacunal de estos niños.

Con respecto a la desnutrición en menores de 5 años se percibe que hubo una baja en la detección de los casos para el año 2025 con respecto al año 2024 en el cual se observa un notable aumento de la detección o diagnostico oportuno, por lo cual, se continuará realizando sensibilización a los profesionales médicos en la correcta clasificación de los casos, de la misma manera, las jornadas de educación para fortalecer los temas en desnutrición, su identificación y tratamiento. A la par se realizarán acciones de mejora que fortalezcan las educaciones desde la consulta para prevención de la DNT y en el seguimiento para lograr la recuperación nutricional de los menores.

RIA Adolescencia Y Juventud

En la Ruta adolescencia (va de 12 años a 17 años 11 meses y 29 días) y juventud (va desde los 18 años hasta los 28 años 11 meses y 29 días) se busca Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno se constituye en el centro de atención de la valoración integral en este momento de vida, así como el fortalecimiento de estilos de vida saludables como elemento protector para toda la vida.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN			Versión: 01	
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024	

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD		PERIODO			
NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	2024	%	2025	%
Cobertura de atención de adolescentes	Nº de Adolescentes (12 a 17 años) Atendidos en el periodo/Número de adolescentes Programados en el año	420	30%	1035	50%
Cobertura de atención de jóvenes	número de jóvenes (18 a 28 años) atendidos en el periodo /número de adolescentes	2,265	40%	2724	60%
Proporción de mujeres de 10 a 17 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y se detectó anemia	Número de mujeres de 10 a 17 años a quienes se les realizó tamizaje para hemoglobina; con resultado inferior a 12 g/dL para mujeres de 10 a 14 años; o inferior a 13 g/dL para mujeres de 15 a 17 años / número total de mujeres atendidas entre las edades de 10 a 17 años	118	50%	456	70%

Se observa baja cobertura en atenciones de adolescente, pero se presenta un aumento en 2025 respecto al año anteriores 2024. Por lo que se refuerzan acciones de demanda inducida para mejorarlas mediante el apoyo de servicios amigables y jornadas extramurales priorizando instituciones educativas. Es evidente la baja cobertura en atenciones de juventud teniendo en cuenta la frecuencia de uso de la ruta de atención. Por lo que se continúa fortaleciendo acciones de demanda inducida para la mejora de estos.

Una actividad importante es la tamización para anemia con hemoglobina-hematocrito de mujeres entre los 10-17 años de edad que se realizaron se evidencia un aumento en el dx de anemia por lo cual se vienen realizando diferentes actividades de educación en estilos de vida saludable y al personal de la salud se está realizando constantemente sensibilización de la importancia del ordenamiento y para que a su vez eduque al usuario por medio de procesos educativos sobre la importancia de realizarse el tamizaje así como llamadas de seguimiento con la Nominal entregada desde el área de gestión del dato.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN			Versión: 01	
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024	

ADULTEZ Y VEJEZ		PERIODO			
NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	2024	%	2025	%
Cobertura de personas con atención por medicina general o familiar de acuerdo al esquema definido en adultez	Número de usuarios que asiste a citas de adultes entre los 29-59 años según el esquema establecido/ total de pacientes atendidos en el programa de adultez	4,112	70%	5.745	70%
Cobertura de personas con atención por medicina general o familiar de acuerdo al esquema definido en vejez	Número de usuarios que asiste a citas de adultes entre los 60 años y mas según el esquema establecido/ total de pacientes atendidos en el programa de vejez	2,255	66%	2,962	66%

Se observa una baja cobertura en atenciones de la ruta adultez respecto a la meta de usuarios que se esperaba atender en este año, el periodo de 2025 ingresó en ruta 70 % de usuarios hasta ahora captados para esa población total, dentro de las acciones realizadas se replicó agendas de otras especialidades para verificar que usuarios no están en ruta e ingresarlos, se está realizando mensajes masivos de texto para la población no conocida para que accedan a los servicios de salud.

Se observa una baja cobertura en atenciones de la ruta vejez respecto a la meta de usuarios que se esperaba atender en un año, pero se presenta un aumento en 2025 respecto a los años anteriores, se ingresó en ruta 866% de usuarios hasta ahora captados para esa población total, y se realizan las mismas actividades descritas anteriormente.

2.4. Perfil epidemiológico

Comprende la población usuaria atendida por el Hospital Ismael Roldán Valencia en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización y programas de promoción y prevención durante el año 2025, incluyendo población de zonas urbanas, rurales y centros poblados del municipio de Quibdó y su área de influencia.

El análisis epidemiológico se realiza con base en la información generada y reportada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, con desagregación

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

por semanas epidemiológicas según los lineamientos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

El perfil se focaliza principalmente en el municipio de Quibdó, departamento del Chocó, sin perjuicio de incluir usuarios procedentes de municipios cercanos que demandan servicios en la institución. Incluye el análisis de:

- ✓ Eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria.
- ✓ Enfermedades transmisibles y no transmisibles atendidas por la institución.
- ✓ Morbilidad y, cuando aplique, mortalidad institucional.
- ✓ Variables de persona, tiempo y lugar.
- ✓ Determinantes sociales, ambientales y demográficos asociados a la situación de salud de la población atendida.

Principales EISP Captados Y Notificados En La Institución

EVENTOS	CASOS
MALARIA	1506
DENGUE	32
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	16
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	14
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	11
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	9
EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER	9
INTENTO DE SUICIDIO	9
EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER	9
SIFILIS GESTACIONAL	8
TUBERCULOSIS	5
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	4

Fuente: Sivigila web

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

Distribución Sociodemográfica Hasta Semana 52, 2025

VARIABLE	CATEGORIA	CASOS
SEXO	MASCULINO	902
	FEMENINO	731
AREA DE RESIDENCIA	CABECERA	
	MUNICIPAL	609
	CENTRO POBLADO	554
TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	RURAL DISOERSO	470
	SUBSIDIADO	1487
	CONTRIBUTIVO	64
	NO ASEGURADO	46
	INDETERMINADO	20
PERTENECIA ETNICA	ESPECIAL	3
	EXCEPCION	13
	AFRODESENDIENTE	1061
	INDIGENA	502
	OTROS	70

Fuente: Sivigila web

Atenciones realizadas de enero a diciembre de 2025, por tipo de consulta

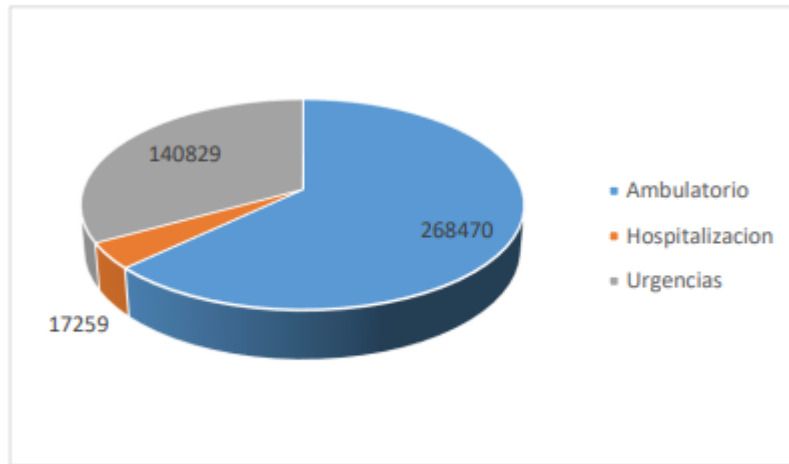
La distribución de las atenciones en el Hospital Ismael Roldán Valencia evidencia un claro predominio de la consulta ambulatoria, la cual concentra la mayor proporción de los servicios prestados. Con más de la mitad del total de atenciones, este tipo de consulta refleja una alta demanda de servicios externos, controles médicos y seguimiento de patologías, lo que posiciona al hospital como un centro fundamental en la atención primaria y continúa de la población.

Las atenciones por urgencias ocupan el segundo lugar en frecuencia, representando una parte significativa del total. Este comportamiento indica una presión constante sobre el servicio de urgencias, asociada a la atención de eventos agudos y situaciones que requieren respuesta inmediata, lo que demanda una adecuada capacidad de respuesta y recursos humanos especializados.

Por su parte, la hospitalización presenta la menor participación dentro del total de atenciones. Este resultado puede interpretarse como un manejo oportuno y eficaz de los pacientes en los servicios ambulatorios y de urgencias, reduciendo la necesidad de internación, o bien como una limitación en la capacidad hospitalaria. En conjunto, la gráfica muestra un modelo de

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

atención enfocada principalmente en la resolución ambulatoria de los casos, con un uso considerable del servicio de urgencias y una menor dependencia de la hospitalización, lo que resalta la importancia de fortalecer la atención preventiva, la gestión del riesgo en salud y la eficiencia en los servicios clínicos del hospital.



Fuente: INFOSALUD

Atenciones realizadas de enero a diciembre de 2025, por tipo de seguridad en salud

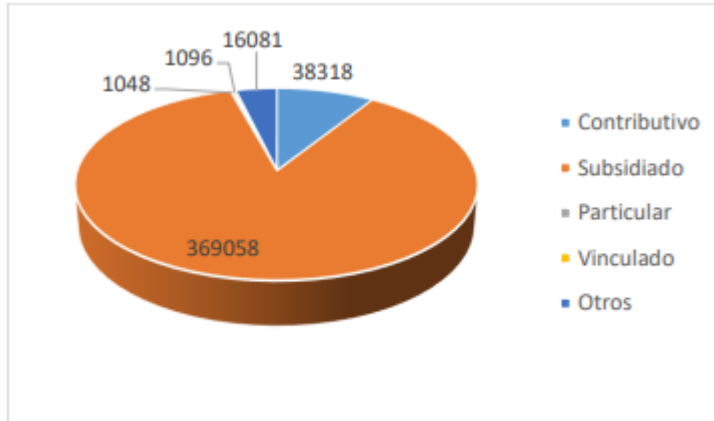
La gráfica evidencia que la mayor parte de las atenciones realizadas en el Hospital Ismael Roldán Valencia durante el período de enero a diciembre de 2025 corresponde a la población afiliada al régimen subsidiado, el cual concentra una proporción ampliamente mayoritaria del total de servicios prestados. Este comportamiento refleja el rol fundamental del hospital como institución de referencia para la atención de población vulnerable, con alta dependencia del sistema público de salud.

En segundo lugar, se encuentran las atenciones del régimen contributivo, que representan una proporción considerablemente menor en comparación con el subsidiado. Esto indica que, aunque el hospital también atiende usuarios con capacidad de pago a través de aportes al sistema, su enfoque principal está orientado a garantizar el acceso a los servicios de salud de la población subsidiada. Las atenciones correspondientes a los particulares, vinculados y otros tipos de aseguramiento presentan una participación mínima dentro del total. Esta baja proporción sugiere que estos grupos no constituyen la base principal de la demanda de servicios del hospital, reafirmando su carácter de institución pública enfocada en la atención social.

En conjunto, la distribución de las atenciones por tipo de seguridad en salud muestra que el Hospital Ismael Roldán Valencia cumple un papel estratégico en la prestación de servicios a la población del régimen subsidiado, lo que implica importantes retos en términos de

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ Nit. 891680011-0
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

sostenibilidad financiera, gestión de recursos y fortalecimiento de la calidad y oportunidad de la atención en salud.



Fuente: INFOSALUD

La tabla de atenciones realizadas en el Hospital Ismael Roldán Valencia durante el período de enero a diciembre de 2025 evidencia una mayor concentración de servicios en la población adulta. El grupo etario de 29 a 59 años registra el mayor número de atenciones, lo que indica una alta demanda de servicios de salud asociada a enfermedades crónicas, controles médicos y atención de condiciones propias de la edad productiva.

En segundo lugar, se encuentran los grupos de 0 a 5 años y 19 a 28 años, los cuales presentan cifras relevantes de atención. En el caso de la primera infancia, estas atenciones están relacionadas principalmente con controles de crecimiento y desarrollo, esquemas de vacunación y enfermedades prevalentes en la niñez. Por su parte, el grupo de adultos jóvenes demanda servicios vinculados a atención general, salud sexual y reproductiva y eventos agudos. El grupo de mayores de 60 años también representa una proporción significativa de las atenciones, reflejando la necesidad de servicios orientados al manejo de enfermedades crónicas, seguimiento clínico y atención integral del adulto mayor. Los grupos de 6 a 11 años y 12 a 18 años presentan el menor número de atenciones, lo que puede estar asociado a una menor incidencia de eventos de salud o a un mayor uso de servicios preventivos en otros niveles de atención.

En conjunto, la distribución de las atenciones por grupo etario muestra que el Hospital Ismael Roldán Valencia concentra su mayor carga asistencial en la población adulta, lo que resalta la importancia de fortalecer los programas de prevención, promoción de la salud y manejo de enfermedades crónicas, sin descuidar la atención integral de la infancia, adolescencia y el adulto mayor.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ Nit. 891680011-0
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024	

Atenciones realizadas de enero a diciembre de 2025, por grupo etario

GRUPO ETAREO	
0-5 AÑOS	6299
6-11 AÑOS	2352
12-18 AÑOS	2258
19-28 AÑOS	6022
29-59 AÑOS	16506
MAYOR O IGUAL A 60	4881

Fuente: INFOSALUD

Distribución de las patologías más frecuentes 2025

AFECCIONES INTESTINALES	AFECCIONES RESPIRATORIAS	TRASMISIBLES/ NO TRASMISIBLES
OTRAS INFECCIONES INTESNINALES	NEUMONIA	MALARIA
INFECCIONES INTESTINAL VIRAL	BRONQUITIS	DENGUE
INFECCIONES INTESTINAL BACTERIANA	INFECCIONES RESPIRATORIA NO ESPECIFICADAS	DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS
PARASITOSIS INSTETINAL	RINOFARIGITIS	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA
DISENTERIAS		VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA
		VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR
		EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER
		INTENTO DE SUICIDIO
		EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER
		SIFILIS GESTACIONAL
		TUBERCULOSIS
		ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)

Fuente: INFOSALUD

2.5. Actividades de Salud Pública Implementadas durante la vigencia en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente

En la ESE HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, se implementaron una gran variedad de actividades orientadas a mejorar la salud pública y el bienestar de las comunidades. A continuación, se destacan algunas de estas actividades:

Promoción de estilos de vida saludables:

- Fomentando la práctica regular de ejercicio para prevenir enfermedades crónicas y mejorar la salud mental, Promoción del consumo de frutas, verduras y una dieta

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>NIT. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

balanceada para combatir la malnutrición y enfermedades relacionadas la cual se realiza durante la consulta en los programas de crónicos y control prenatal y educación en salas de espera.

- Educación sobre la lactancia materna e implantación de programas para detección temprana de alteraciones nutricionales con el apoyo de la UNICEF.

Vigilancia epidemiológica: Monitoreo de enfermedades transmisibles como

- Tuberculosis; se tiene un programa que cuenta con un equipo multidisciplinario en el cual participan médico, enfermeras, auxiliar de enfermería, bacterióloga, nutricionista, psicóloga y trabajador social.
- En articulación con los técnicos de ETV de la secretaria de salud departamental se realiza **sensibilización a los usuarios** sobre la prevención, signos de alarma y cuando consultar por enfermedades transmitidas por vectores
- asistencia técnica a los médicos sobre algoritmo de manejo contra de dengue
- Articulación con los EBS en la toma de muestra de malaria en los diferentes micro territorios asignados
- Prevención del cáncer cérvix y mama (salud rosa)
- Jornadas de vacunación

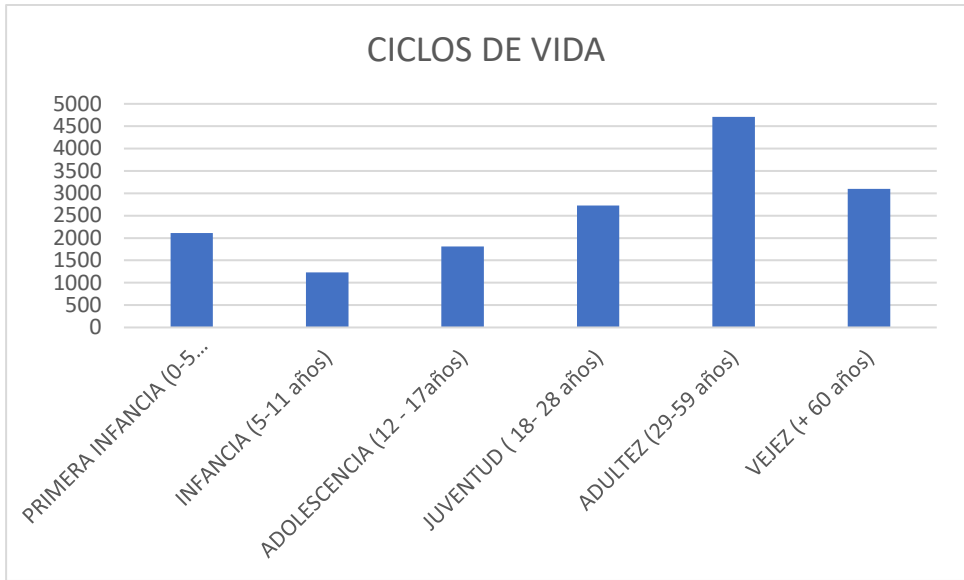
2.6. Información relacionada con la caracterización de los usuarios y la gestión del riesgo en salud

La población atendida por nuestra ESE HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA es diversa y refleja la variedad de necesidades de la comunidad. A continuación, se presenta un resumen de sus principales características:

Edad: La mayoría de los usuarios corresponden a la primera infancia niños y niñas entre 0-5 años seguido por adolescencia de 12- 17 años y adultez de 29 a 59 años, aunque también contamos con una significativa presencia de infantes, jóvenes y personas en la vejez La distribución por género es equilibrada, con una ligera predominancia de mujeres, especialmente en servicios relacionados con salud reproductiva y maternidad.

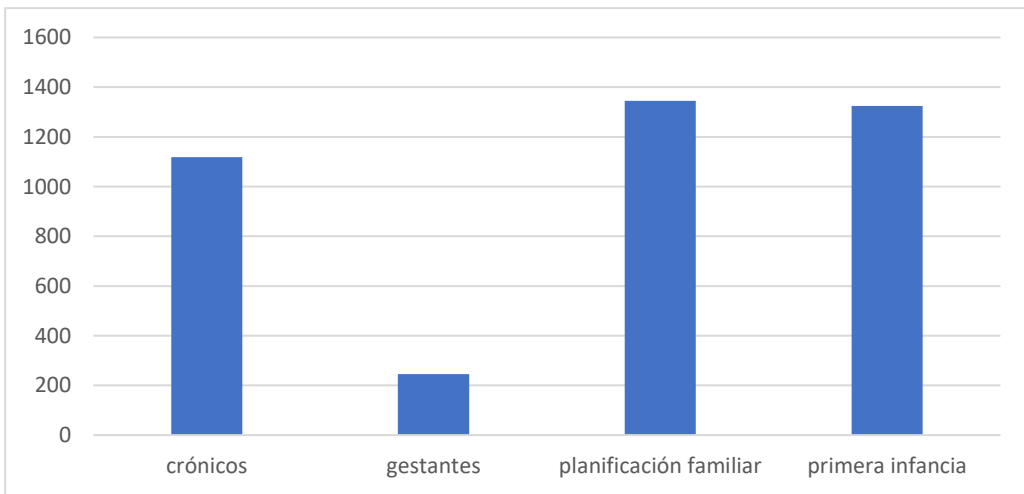
PRIMERA INFANCIA (0-5 años)	2115
INFANCIA (5-11 años)	1234
ADOLESCENCIA (12 - 17años)	1812
JUVENTUD (18- 28 años)	2724
ADULTEZ (29-59 años)	4710
VEJEZ (+ 60 años)	3102

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	



Condiciones de salud: Los usuarios acuden por diferentes motivos, siendo los más frecuentes las consultas preventivas, control de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, atención de emergencias, y servicios especializados en salud mental y atención materno-infantil.

crónicos	1118
gestantes	245
planificación familiar	1345
primera infancia	1324



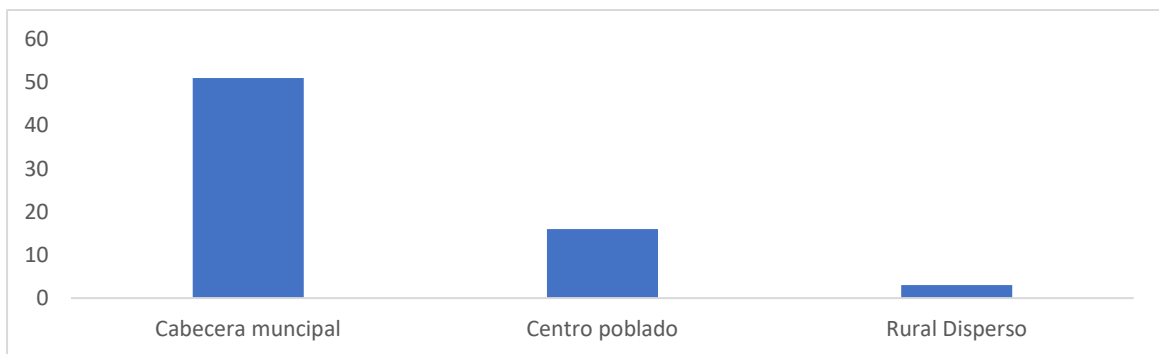
			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

Frecuencia de uso: Un porcentaje importante de pacientes realiza visitas periódicas para controles y seguimiento de condiciones crónicas, mientras que otros acuden en casos de emergencia o por necesidades puntuales. La mayoría de los usuarios utilizan los servicios de manera regular, demostrando confianza en la atención brindada.

Nivel socioeconómico: La comunidad atendida presenta una variedad en niveles socioeconómicos, aunque predominan aquellos en estratos medios y bajos. Esto influye en la elección de servicios y en la accesibilidad a ciertos procedimientos o medicamentos.



Ubicación geográfica: La mayoría de los usuarios residen en zonas cercanas a la IPS en la cabecera municipal, lo que facilita su acceso y fomenta la continuidad en la atención. Sin embargo, también atendemos a pacientes de áreas rurales y municipios cercanos, gracias a programas de atención descentralizada.



			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ Nit. 891680011-0
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

3. Contratación

3.1. Información actualizada de la evolución y estado actual de los procesos de contratación de la red

La ESE Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó, cuenta con cuatro contratos por la modalidad de cápita, con la siguiente EAPB: Comfachoco, Nueva EPS, Sanitas y Coosalud.

- **LA EPS COMFACHOCO**, para la vigencia 2025, tuvo una población asignada de 12.664 y una UPC, de \$20.685, distribuida de la siguiente manera:
 - ✓ Recuperación punto fijo con una UPC de \$7.574
 - ✓ RIAS y Vacunación con una UPC de \$13.111
 - ✓ Jornada extramural UPC \$5.357

Para esta contratación con esta EAPB, podemos evidenciar que la UPC real es de \$20.685 que al multiplicarlo por 12.664 nos da un valor mensual de \$261.954.840

La Jornada extramural tiene una UPC de \$5.357 y una población de 1.400 que al multiplicarlo nos da un total de \$7.499.800

De acuerdo con la información de los contratos podemos decir que Comfachoco tiene dos contratos con la ESE:

1. Este contrato agrupa la recuperación punto fijo, RIAS y Vacunación con una UPC
2. El segundo contrato de jornada extramural.

Es importante aclarar que Comfachoco realizó dos contratos con la ESE Hospital Local Ismael Roldan Valencia que comprende desde enero 2025 hasta abril 2025 que es el contrato anteriormente detallado, y el segundo contrato comprende desde mayo 2025 hasta diciembre 2025 detallado así:

la vigencia mayo 2025, tuvo una población asignada de 12.297 y una UPC, de \$21.760, distribuida de la siguiente manera:

- ✓ Asistenciales puntos fijos con una UPC de \$7.968
- ✓ RIAS y Vacunación con una UPC de \$13.792
- ✓ Jornada extramural UPC \$5.636

Para esta contratación con esta EAPB, podemos evidenciar que la UPC real es de \$21.760 que al multiplicarlo por 12.297 nos da un valor mensual de \$267.582.720

La Jornada extramural tiene una UPC de \$5.636 y una población de 1.377 que al multiplicarlo nos da un total de \$7.760.772.

			 ALCALDÍA DE QUIBDÓ <small>Nit. 891680011-0</small>
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

También es importante manifestar que Comfachoco ha disminuido su población mes a mes, afectado el valor mensual a pagar.

- **LA NUEVA EPS**, tenía dos contratos para la vigencia 2025, los cuales están distribuidos así:

- ✓ Cápita #1 tiene una población de usuarios 17.262 y UPC de \$29.177

Valor mensual: \$501.290.037

- ✓ Cápita #2 tienen una Población indígena 2.508 y UPC de \$6.154

Valor mensual: \$15.434.232

El valor mensual de la cápita de Nueva EPS del año 2025 tuvo un promedio de \$516.724.269

- **COOSALUD EPS AÑO 2025**

- ✓ Cápita #1, cantidad de usuarios 6906 y UPC de 8.250

Valor mensual: \$37.058.406 con un reconocimiento del 65%

- ✓ Cápita #2, cantidad de usuarios \$6.906 y UPC de 10.710

Valor mensual: \$74.060.884

- ✓ Cápita PYM, cantidad de usuarios 6906 y UPC de 4.290

Valor mensual: \$29.821.831

- ✓ Cápita de Servicio Asistencial contributivo, cantidad de usuarios 1.520 y UPC de 10.710

Valor mensual: \$16.279.200

El valor mensual de la cápita de Coosalud EPS en el año 2025 tuvo un promedio mensual de \$157.220.321

- **SANITAS EPS**

Tenía dos contratos distribuidos así:

- ✓ Cápita odontológica subsidiado la EPS Sanitas tuvo una población asignada para la vigencia 2025 de usuarios 13.376 y una UPC de \$4.051, para un promedio mensual de \$78.099.680

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024

- ✓ Cápita medica subsidiado la EPS Sanitas tuvo una población asignada para la vigencia 2025 de usuarios 13.188 y una UPC de \$22.391, para un promedio mensual de \$294.777.515

El valor mensual de la cápita de EPS Sanitas año 2025 tuvo un de UPC \$29.442 \$157.220.321 promedio mensual de 372.877.195.

			
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

3.2. Número, objeto, monto y estado de los contratos terminados y en ejecución durante el periodo

Datos EPS		Datos del Contrato					
EPS	RÉGIMEN	NUM_CONTRATO	FCH_INICIO	FCH_FIN	NUM_AFILIADOS	VLR_CONTRATO	MODALIDAD
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CPSC-005-2024	1/07/2025	31/12/2025	16.788	\$ 2.271.239.306,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CPSC-005-2024	1/07/2025	31/12/2025	16.788	\$ 2.271.239.306,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CPSC-005-2024	1/07/2025	31/12/2025	16.788	\$ 2.271.239.306,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación

			
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

Datos EPS		Datos del Contrato					
EPS	RÉGIMEN	NUM_CONTRATO	FCH_INICIO	FCH_FIN	NUM_AFILIADOS	VLR_CONTRATO	MODALIDAD
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CPSC-005-2024	1/07/2025	31/12/2025	16.788	\$ 2.271.239.306,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CI-004-2025	1/05/2025	30/06/2025	17.426	\$ 805.429.720,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CI-004-2025	1/05/2025	30/06/2025	17.426	\$ 805.429.720,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación

			
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS			Año: 2024

Datos EPS		Datos del Contrato					
EPS	RÉGIMEN	NUM_CONTRATO	FCH_INICIO	FCH_FIN	NUM_AFILIADOS	VLR_CONTRATO	MODALIDAD
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CPSC-005-2025	1/05/2024	30/04/2025	13.412	\$ 4.191.142.704,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CPSC-005-2025	1/05/2024	30/04/2025	13.412	\$ 4.191.142.704,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1A00026495	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 1.973.400.000,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CR1T00026496	1/01/2025	31/12/2025	4.437	\$ 600.798.372,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	SSCH2023CP1P00026497	1/01/2025	31/12/2025	6.923	\$ 377.460.792,00	Capitación
COOSALUD	Subsidiado	CSCH2023CR1T00026498	1/01/2025	31/12/2025	1.375	\$ 186.183.696,00	Capitación
COMFACHOCO	Subsidiado	CPSC-005-2025	1/05/2024	30/04/2025	13.412	\$ 4.191.142.704,00	Capitación
SANITAS	Subsidiado	IMDECU1573	1/01/2025	31/12/2025	13.274	\$ 4.104.373.896,00	Capitación
NUEVA EPS	Subsidiado	02-02-09-00355-2023	1/01/2025	31/12/2025	17.601	\$ 6.162.532.524,00	Capitación

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

4. Aspectos Financieros

4.1. Condiciones Financieras de la entidad y la gestión de los recursos del Sistema

La operación del Hospital Ismael Roldán Valencia en la vigencia 2025 ha evidenciado la necesidad urgente de la cooperación gubernamental para poder subsistir financieramente. A pesar de los esfuerzos por generar ingresos a través de la venta de servicios de salud, estos no son suficientes para cubrir los costos de operación y el mantenimiento de una infraestructura adecuada. Por lo tanto, los aportes del gobierno, tanto a nivel nacional, departamental como municipal, son cruciales para asegurar la estabilidad financiera del hospital y su capacidad para ofrecer servicios de salud de calidad. Estos recursos también han sido fundamentales para la financiación de proyectos de infraestructura, adquisición de equipos médicos y programas de atención a sectores vulnerables, lo que demuestra el impacto positivo de los aportes gubernamentales en la sostenibilidad del hospital y en la mejora de la salud pública en la región.

Impacto de los Aportes del Gobierno en la Mejora de los Servicios:

Los diversos aportes del Gobierno Nacional, Departamental y Municipal a través de las resoluciones, como la adquisición de equipos médicos y la financiación de proyectos específicos, han tenido un impacto directo y positivo en las finanzas del hospital. Estos recursos no solo han contribuido a generar un excedente operativo, sino que también han permitido mejorar la infraestructura y el equipamiento médico, lo cual repercute en una mejor atención a la población. Este apoyo gubernamental demuestra un compromiso con el fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando la capacidad del hospital para enfrentar las demandas de atención médica.

Beneficios Sociales y Potencial de Expansión de Servicios:

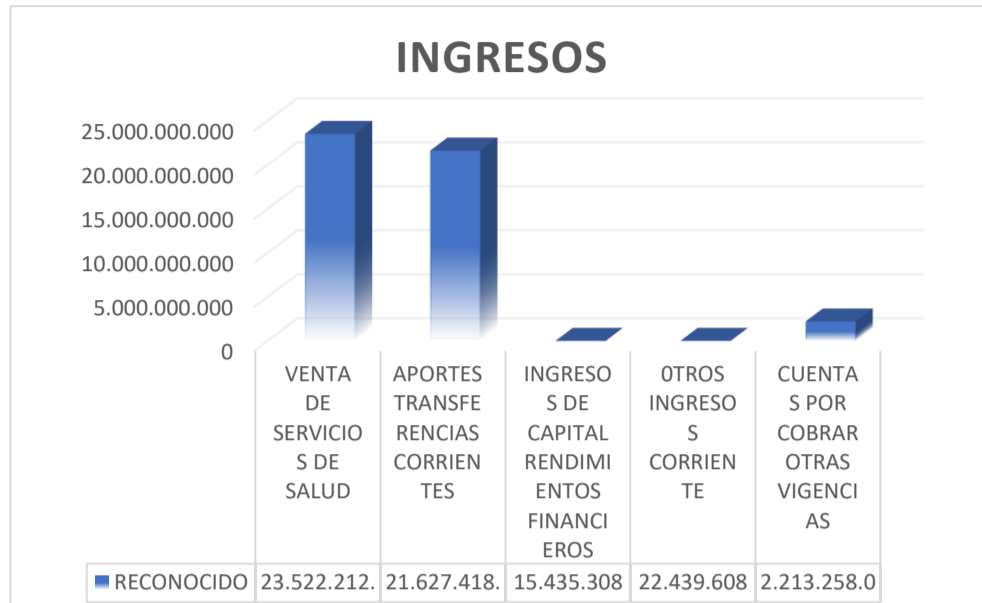
El excedente generado por la operación corriente y los aportes gubernamentales permite al hospital seguir expandiendo y mejorando su oferta de servicios. La reinversión en proyectos como la compra de nuevos equipos médicos y la mejora de la infraestructura hospitalaria tiene un impacto directo en la calidad de atención a los pacientes, beneficiando a una población más amplia. Además, la financiación de programas sociales como el proyecto PAPSIVI, equipos básicos de salud y el apoyo a iniciativas de jóvenes de paz refuerzan el papel del hospital en el bienestar social y el acceso equitativo a servicios de salud para sectores vulnerables, garantizando que las mejoras financieras también se traduzcan en beneficios sociales tangibles.

4.2. Análisis de la ejecución presupuestal

Presupuesto definitivo reconocido y recaudo a diciembre de 2025

CONCEPTO	DEFINITIVO	RECONOCIDO	RECAUDO
DISPONIBILIDAD INICIAL	20.828.741.810	20.828.741.810	20.828.741.810
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	25.173.628.210	23.522.212.102	17.803.309.518
APORTES TRANSFERENCIAS CORRIENTES	22.753.189.751	21.627.418.376	21.627.418.376
INGRESOS DE CAPITALRENDIMIENTOS FINANCIEROS	55.000.000	15.435.308	15.435.308
OTROS INGRESOS CORRIENTE	213.500.000	22.439.608	22.439.608
CUENTAS POR COBRAR OTRAS VIGENCIAS	5.031.248.449	2.213.258.075	2.213.258.075
TOTAL	74.055.308.220	68.229.505.279	62.510.602.695

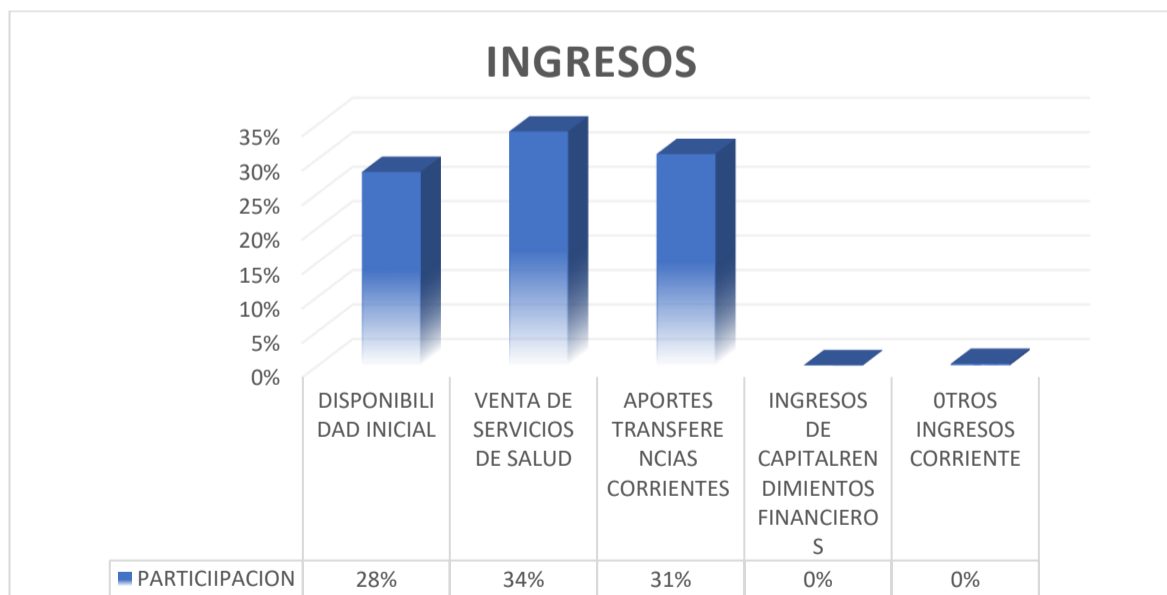
Fuente: SIHO 2193 con corte a diciembre del 2025



Presupuesto definitivo

CONCEPTO	DEFINITIVO	PARTICIIPACION
DISPONIBILIDAD INICIAL	20.828.741.810	28%
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	25.173.628.210	34%
APORTES TRANSFERENCIAS CORRIENTES	22.753.189.751	31%
INGRESOS DE CAPITAL RENDIMIENTOS FINANCIEROS	55.000.000	0%
OTROS INGRESOS CORRIENTE	213.500.000	0%
CUENTAS POR COBRAR OTRAS VIGENCIAS	5.031.248.449	7%
TOTAL	74.055.308.220	100%

Fuente: SIHO 2193 con corte a diciembre del 2025



La ESE Hospital Ismael Roldán Valencia cuenta para la vigencia 2025 con un presupuesto definitivo de SETENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS (\$74.055.308.220), el cual constituye la base

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

financiera para garantizar la prestación de los servicios de salud, el cumplimiento de los compromisos institucionales y la ejecución de los programas y proyectos estratégicos durante la vigencia.

Este presupuesto refleja la capacidad operativa y administrativa de la entidad, permitiendo atender la demanda asistencial, fortalecer la infraestructura hospitalaria, ejecutar programas de salud pública y asegurar la sostenibilidad financiera del hospital en el marco de su misión social.

Disponibilidad Inicial (28%)

La disponibilidad inicial asciende a \$20.828.741.810, representando el 28% del total del presupuesto. Este rubro refleja recursos acumulados de vigencias anteriores saldo en bancos con corte 31 diciembre del 2025.

Venta de Servicios de Salud (34%)

Con una participación del 34%, la venta de servicios constituye la principal fuente de ingresos de la ESE. Incluye ingresos derivados de:

- Régimen Subsidiado.
- Régimen Contributivo.
- Atención a población pobre no asegurada.
- SOAT.
- Plan de Intervenciones Colectivas.
- Otros servicios de salud.

Este comportamiento evidencia que la sostenibilidad financiera del hospital se fundamenta principalmente en la prestación de servicios, lo cual es coherente con su naturaleza misional.

Aportes y Transferencias Corrientes (31%)

Corresponden a recursos por \$22.753.189.751, destinados a programas y proyectos específicos, tales como:

- Equipos Básicos en Salud.
- Programa Jóvenes de Paz.
- PAPSIVI.
- FRISCO.
- Infraestructura y dotación hospitalaria.
- Fortalecimiento del hospital público.
- Aportes municipales.

Estos recursos tienen destinación específica y están orientados al fortalecimiento institucional, ampliación de cobertura y mejoramiento de la capacidad instalada. Su participación del 31% evidencia un apoyo significativo del nivel nacional y territorial en el desarrollo de programas estratégicos de salud.

Cuentas por Cobrar Otras Vigencias (7%)

el valor de **\$5.031.248.449**, este rubro representa recursos pendientes de recaudo correspondientes a vigencias anteriores.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Si bien su participación dentro del presupuesto total es del 7%, la entidad viene realizando gestión permanente de recuperación de cartera con el fin de mejorar el flujo de caja y fortalecer la sostenibilidad financiera.

No obstante, es importante precisar que aproximadamente el 50% de la cartera se encuentra concentrada en EPS que actualmente están en proceso de liquidación o presentan alto riesgo financiero, tales como:

- CAPRECOM (Acuerdo Punto Final y liquidación)
- COMPARTA
- Barrio Unidos
- Entre otras entidades en situación similar.

Esta condición implica que una parte significativa de la cartera presenta alto grado de incertidumbre en su recuperación, debido a:

- Procesos liquidatarios prolongados.
- Insuficiencia de activos en las entidades deudoras.
- Prioridad legal de otros acreedores.
- Dificultades administrativas y jurídicas en el reconocimiento definitivo de cuentas.

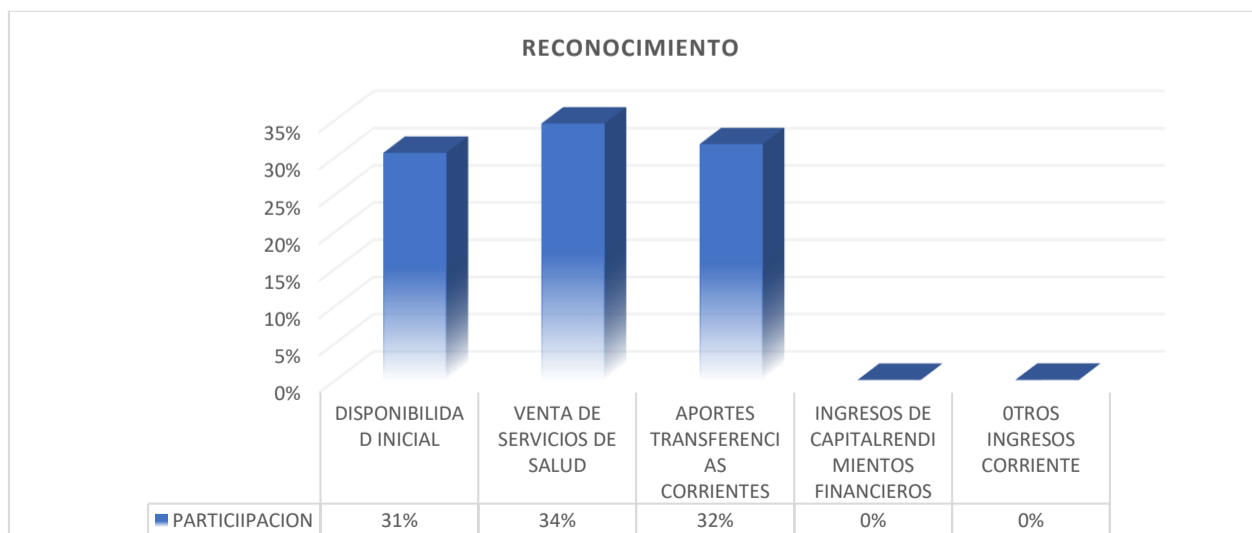
Ingresos de Capital y Otros Ingresos (0%)

Estos conceptos presentan una participación marginal dentro del presupuesto total, por lo cual no inciden significativamente en la estructura financiera institucional.

RECONOCIMIENTO 2025

CONCEPTO	RECONOCIDO	PARTICIPACION
DISPONIBILIDAD INICIAL	20.828.741.810	31%
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	23.522.212.102	34%
APORTES TRANSFERENCIAS CORRIENTES	21.627.418.376	32%
INGRESOS DE CAPITALRENDIMIENTOS FINANCIEROS	15.435.308	0%
OTROS INGRESOS CORRIENTE	22.439.608	0%
CUENTAS POR COBRAR OTRAS VIGENCIAS	2.213.258.075	3%
TOTAL	68.229.505.279	100%

Fuente: SIHO 2193 con corte a diciembre del 2025



		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Al cierre de la vigencia 2025, la entidad presentó el siguiente comportamiento en el reconocimiento de ingresos:

Disponibilidad Inicial

El hospital contó con una disponibilidad inicial reconocida por \$20.828.741.810, lo que representó el 31% del total de ingresos reconocidos.

Este valor constituye un respaldo financiero importante, permitiendo garantizar la continuidad operativa, el cumplimiento de compromisos institucionales y la estabilidad en el flujo de caja durante la vigencia.

Venta de Servicios de Salud

La venta de servicios de salud ascendió a \$23.522.212.102, equivalente al 34% del total reconocido en 2025. Este rubro continúa siendo la principal fuente de ingresos operacionales del hospital, se fundamenta en su actividad misional, especialmente en la atención al régimen subsidiado y demás servicios contratados.

Aportes No Ligados a la Venta de Servicios de Salud

Se reconocieron aportes y transferencias corrientes por \$21.627.418.376, lo que representa el 32% del total de ingresos reconocidos.

Dentro de estos recursos se destacan:

aportes municipales	1.800.000.000,00
departamento aporte programa saneamiento fiscal y financiero	348.000.000
discapacidad resolución 0619 de 2024	90.137.238,00
equipos básico continuación resolución 2290 de 2024	2.936.079.000,00
malaria resolución 2684 de 2024	877.305.800,00
colvol resolución 0903 de 2025	538.353.216,00
discapacidad resolución 1018 de 2025	66.506.121,00
papsivi Quibdó resolución 1162 del 2025	262.946.510,00
papsivi rural Bagadó resolución 1212 del 2025	364.819.881,00
equipos básico resolución 1489 de 2025	10.774.778.750,00
discapacidad resolución 1539 del 2024	61.000.260,00
resolución 2637 de 2025 ebs nutrición	89.189.583,00
camad resolución 1488 de 2025	500.000.000,00

Estos recursos, de destinación específica, fortalecen la capacidad instalada, la dotación, la cobertura en salud y el desarrollo de programas estratégicos.

Otros Ingresos Corrientes

Se reconocieron \$22.439.608, provenientes principalmente de la venta de activos dados de baja por el comité institucional, lo que evidencia adecuada gestión administrativa y depuración de bienes institucionales.

Ingresos de Capital

Los ingresos de capital totalizaron \$15.435.308, correspondientes principalmente a rendimientos financieros, con una participación marginal dentro del total reconocido.

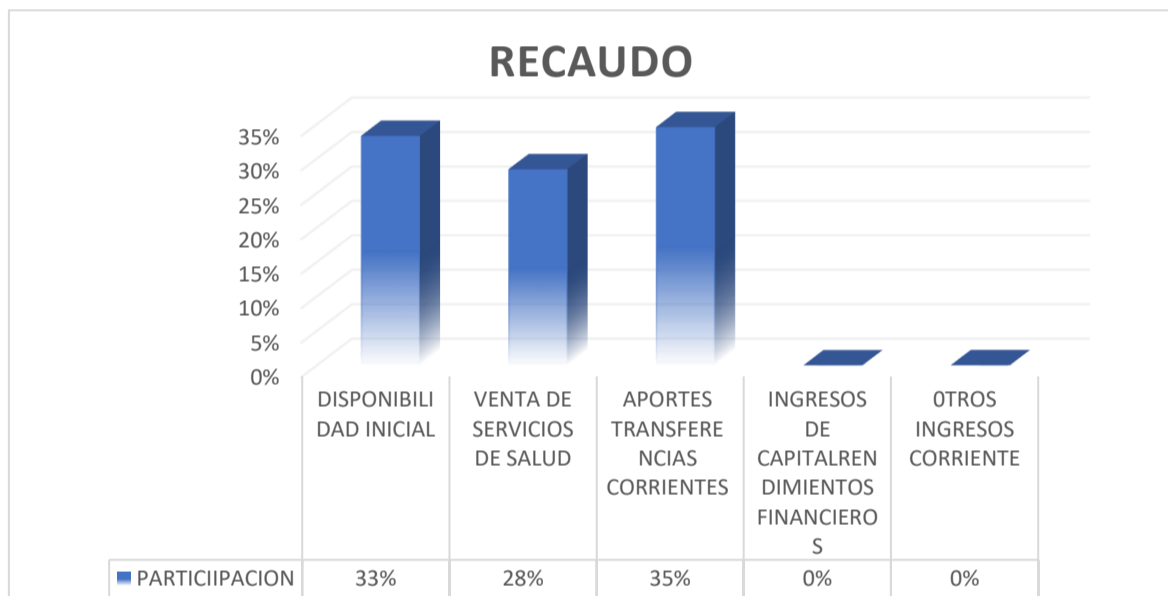
		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

RECAUDO

CONCEPTO	RECAUDO	PARTICIIPACION
DISPONIBILIDAD INICIAL	20.828.741.810	33%
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	17.803.309.518	28%
APORTES TRANSFERENCIAS CORRIENTES	21.627.418.376	35%
INGRESOS DE CAPITALRENDIMIENTOS FINANCIEROS	15.435.308	0%
OTROS INGRESOS CORRIENTE	22.439.608	0%
CUENTAS POR COBRAR OTRAS VIGENCIAS	2.213.258.075	4%
TOTAL	62.510.602.695	100%

Fuente: SIHO 2193 con corte a diciembre del 2025

Recaudo enero a diciembre del 2025



- Disponibilidad inicial: El hospital contaba al 31 de diciembre de 2025 con un valor de \$20.828.741.810
- Venta de servicios de salud: La venta de servicios de salud generó un total recaudo de \$ 17.803.309.518
- Total aportes no ligados a la venta de servicios de salud: Se recibieron aportes por un total de \$ 21.627.418.376
- Ingresos de capital: Se registraron otros ingresos por un total de 15.435.308 rendimiento financiero
- Otros ingresos: Se registraron otros ingresos por un total de \$ 22.439.608, provenientes de diversas fuentes.
- Cuentas por cobrar: Se identificaron cuentas por cobrar por un monto total de \$2.213.258.075

Durante la vigencia 2025, se recibieron ingresos por la venta de servicios de salud fue de la suma de \$17.803.309.518, discriminada así:

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Recaudo por regímenes

CONCEPTO	RECAUDO	PARTICIPACIÓN
Régimen subsidiado	15.007.570.664	84,30%
Régimen Contributivo	324.782.938	1,82%
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0	0,00%
SOAT (Diferentes a ECAT)	27.369.387	0,15%
ADRES (Antes FOSYGA)	3.563.447	0,02%
Plan de intervenciones colectivas	1.443.447.949	8,11%
Otras ventas de servicios de salud	996.575.133	5,60%
Total, Ventas de Servicios de Salud	17.803.309.518	100%

Fuente: SIHO 2193 con corte a diciembre del 2025

Análisis de la Participación por Concepto Total de Ventas de Servicios de Salud: 17.803.309.518 (100%)

Régimen Subsidiado (84%)

La mayor parte del ingreso por servicios de salud proviene de este régimen, lo que evidencia que el hospital atiende principalmente a población vulnerable.

Los contratos se realizan principalmente bajo la modalidad capitada con EPS como SANITAS, COMFACHOCO, NUEVA EPS, COOSALUD, entre otras. Este alto porcentaje refleja el enfoque institucional del hospital hacia la atención a los sectores de menor capacidad económica y la dependencia del financiamiento público para la prestación de servicios.

Régimen Contributivo (3%)

Los ingresos provenientes del régimen contributivo son relativamente bajos. Corresponden a contratos de evento con diferentes EPS, lo que indica que solo una fracción pequeña de la atención está dirigida a usuarios con capacidad contributiva o asegurados. Este bajo porcentaje muestra que el hospital depende principalmente del subsidio estatal y que la atención de pacientes del régimen contributivo es limitada.

Atención a Población Pobre no Cubierta (0%) El recaudo de este concepto es prácticamente nulo, lo que evidencia que los recursos para cubrir población en vulnerabilidad fuera del marco de subsidios son mínimos o inexistentes. Podría ser un área de mejora para garantizar acceso equitativo a servicios de salud a los más necesitados.

SOAT (0%) y ADRES (0%) Ambos conceptos aportan muy poco a los ingresos totales del hospital. La participación mínima indica que los servicios bajo SOAT o ADRES representan una fuente marginal de ingresos.

Plan de Intervenciones Colectivas (7%) Incluye recaudos de convenios con la Alcaldía de Quibdó. Este rubro refleja la ejecución de programas de salud pública, campañas preventivas y atención colectiva, mostrando un enfoque en prevención y salud comunitaria.

Otras Ventas de Servicios de Salud (7%) Incluye ingresos por servicios diversos fuera del régimen subsidiado y contributivo, como Dispensario Médico - Dirección General de Sanidad Militar Regional de Aseguramiento - Policía Nacional, Sanidad Chocó Fondo Asistencial del

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Magisterio (FOMAG) Este segmento representa una fuente diversificada de ingresos y contribuye a la estabilidad financiera del hospital.

El análisis del recaudo evidencia que el 84% de los ingresos por venta de servicios de salud proviene del régimen subsidiado, lo que confirma que el Hospital Local Ismael Roldán Valencia mantiene un enfoque misional orientado principalmente a la atención de población vulnerable y de bajos recursos. Esta estructura refleja una alta dependencia del financiamiento público y de los contratos subsidiados para garantizar la prestación de los servicios.

Si bien existe una diversificación parcial de ingresos, representada por el 7% correspondiente a otras ventas de servicios de salud y el 7% del Plan de Intervenciones Colectivas, estos porcentajes siguen siendo complementarios frente al peso predominante del régimen subsidiado. Por su parte, el régimen contributivo y la atención a población no cubierta tienen una participación marginal, lo que reafirma que la operatividad institucional se sostiene fundamentalmente en recursos estatales.

En este contexto, aunque el hospital cumple de manera clara su función social, resulta estratégico fortalecer fuentes alternativas de ingreso que permitan mejorar la sostenibilidad financiera, ampliar la cobertura a otros segmentos poblacionales y reducir el nivel de dependencia de un solo régimen, sin desvirtuar su enfoque social y comunitario.

Definitivo, Comprometido, obligado pagado 2025

RUBRO	DEFINITIVO	COMPROMETIDO	OBLIGADO	PAGADO
GASTOS DE PERSONAL	45.173.997.519	33.657.848.047	30.805.980.695	28.125.071.358
GASTOS GENERAL	15.543.578.295	10.140.231.254	8.678.776.479	7.053.226.055
TRANSFERENCIA CORRIENTES	78.000.000	77.428.866	77.428.866	17.428.866
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y DE	2.680.605.349	1.793.428.867	1.783.625.866	1.664.826.512
INVERSION	3.781.777.308	3.749.017.454	1.989.541.598	1.362.943.639
CUENTAS POR PAGAR - REZAGO VIGENCIA	6.797.349.749	5.951.113.353	5.941.913.352	5.570.235.109
TOTAL	74.055.308.220	55.369.067.841	49.277.266.856	43.793.731.539

Compromiso vigencia 2025

COMPROMISOS	VIGENCIA 2025	PARTICIPACIÓN
GASTOS DE PERSONAL	33.657.848.047	51%
GASTOS GENERAL	10.140.231.254	12%
TRANSFERENCIA CORRIENTES	77.428.866	1%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS	1.793.428.867	3%
INVERSION	3.749.017.454	21%
CUENTAS POR PAGAR - REZAGO VIGENCIA ANTERIOR	5.951.113.353	13%
TOTAL	55.369.067.841	100%

Fuente SIHO-2193

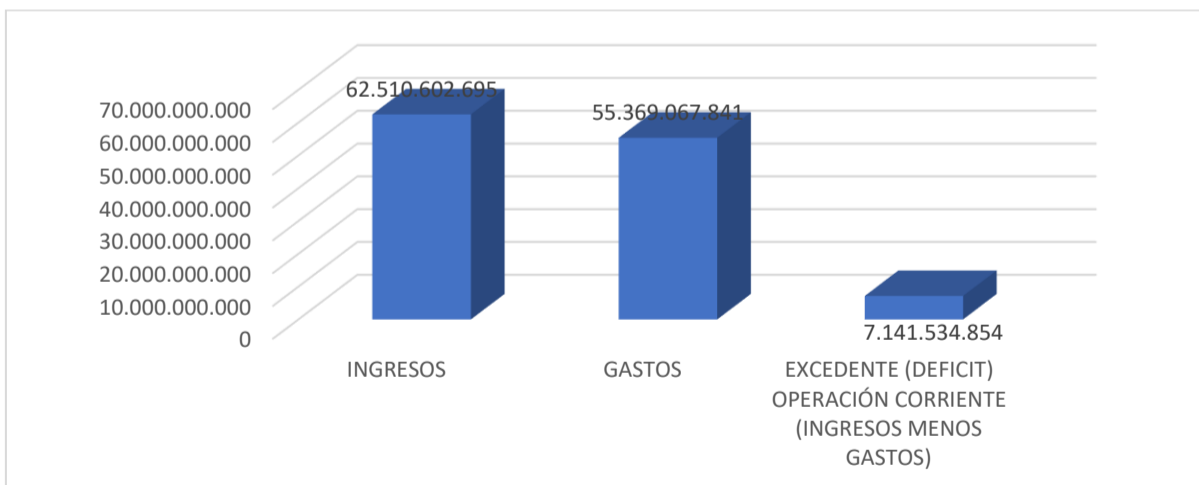
		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

La tabla anterior muestra el comportamiento de los gastos durante la vigencia del 2025, los compromisos ascendieron a valor de \$ 55.369.067.081, Gastos de Personal (51%). representan la mayor proporción del gasto reflejan la importancia de la plantilla de salud y el pago de nómina como principal obligación financiera. Gastos Generales (12%) Incluye suministros, servicios públicos, arrendamientos, papelería, etc. Es un rubro operativo significativo, aunque mucho menor que el gasto de personal. Transferencias Corrientes (1%) Monto menor destinado a pagos a terceros o programas especiales. Gastos de Operación Comercial y de Prestación de Servicios (3%) Corresponde a la operatividad directa de la prestación de servicios médicos. Relativamente bajo en comparación con personal e inversión. Inversión (21%) Incluye adquisición de equipos, infraestructura hospitalaria, y proyectos de capital. Un porcentaje importante, muestra que el hospital sigue priorizando inversión para mejorar su capacidad de atención. Cuentas por Pagar – Rezago de Vigencias Anteriores (13%) Deuda acumulada que aún se debe cubrir, refleja obligaciones pendientes de años anteriores.

Los gastos de personal continúan siendo el rubro más significativo, debido a la contratación de personal vinculado a proyectos estratégicos del hospital y programas especiales de salud pública. La inversión y las cuentas por pagar de vigencias anteriores también representan un impacto financiero importante, mostrando la necesidad de planificación para cubrir obligaciones pasadas y fortalecer infraestructura y proyectos estratégicos. Este análisis permite visualizar cómo los programas y proyectos específicos afectan la estructura de gastos, especialmente los relacionados con personal y proyectos estratégicos.

DEFICIT FINANCIERO

INGRESOS	2025
INGRESOS	62.510.602.695
GASTOS	55.369.067.841
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIÓN CORRIENTE (INGRESOS MENOS GASTOS)	7.141.534.854



Excedente Operativo 2025 – Hospital Local Ismael Roldán Valencia

Monto del excedente: \$7.141.534.854

excedente refleja una gestión financiera sólida y eficiente, ya que los ingresos totales superaron los compromisos y gastos operativos del hospital. Origen del excedente: Principalmente por aportes del Gobierno Nacional, y Municipal (transferencias de destinación

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

específica), más que por la venta de servicios de salud. Esto evidencia que los recursos provenientes de resoluciones, proyectos y programas específicos fueron determinantes para generar el superávit.

4.3. Información sobre la gestión del riesgo financiero

La situación financiera de la E.S.E HLIRV a diciembre 31 del 2025 es preocupante por la categorización de riesgo Alto que se viene presentando desde del año 2012 a la fecha, emitido por el ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a lo establecido en el art 80 de ley 1438 mediante Resolución 2249 de 2018, la ESE realizo Programa De Saneamiento Fiscal Y financiero para la vigencia 2018 a probado por la Junta mediante el Acuerdo No 003 de septiembre del 2019; y viabilizado por el ministerio de hacienda con el Radicado No 2-2019-038828, el bajo recaudo de la cartera por el no cumplimiento oportuno del pago de los diferentes EAPB que se les prestan los servicio. En especial las que fueron liquidadas y los diferentes factores económicos que atraviesa la ESE

Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las Empresas Sociales del Estado. Es un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de las empresas sociales del estado y asegurar la continuidad, la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio público de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional.

Las Empresas Sociales del Estado, categorizadas en riesgo medio o alto, deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, conforme a la metodología definida por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, el cual reglamentará las condiciones de adopción y ejecución correspondientes.

Marco Normativo. Mediante resolución 2249 de 2018, expedida por el ministerio de hacienda y crédito público, se viabilizó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la vigencia 2019 a 2024, aprobado por la Junta mediante acuerdo No. 003 de septiembre del 2019.

2700100026 - ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA DE QUIBDÓ - (CHOCÓ)

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2025 Resolución 1122 (con información cierre año 2024)	PSFF Viabilizado
Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)	PSFF Viabilizado
Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	PSFF Viabilizado
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	PSFF - MHCP
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Riesgo alto
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Riesgo alto
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo medio
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo medio
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo alto
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo alto
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo alto

La ESE se encontró en un programa de saneamiento fiscal y financiero hasta el 31 de diciembre del año 2024, con saldos iniciales a diciembre 31 del año 2018 con pasivos por valor de \$13.014.693.418,00 y a la fecha se ha cancelado pasivos por un total de \$8.546.886.070, lo que representa un avance en el PSFF del 70% del pasivo del programa de saneamiento fiscal Inicial, el cual disminuyó respecto al año inmediatamente anterior, quedando un saldo por pagar por valor de \$4.467.807.338,00.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

PAGOS DE LA VIGENCIA AGRUPADOS POR PRIORIDAD DE PAGO								
PRIORIDAD DE PAGO	VALOR TOTAL PROGRAMADO DE PASIVOS A LA FECHA DE INICIO DEL PSFF	SALDO NETO AL CIERRE DE LA VIGENCIA ANTERIOR	TRIMETRE 1	TRIMETRE 2	TRIMETRE 3	TRIMETRE 4	SALDO PENDIENTE POR PAGAR AL CIERRE DEL TRIMESTRE	
P.1	Acreencias Laborales + Servicios Personales Indirectos	4,481,978,158	295,010,456	249,315,284	0	0	0	45,695,172
P.2	Entidades Públicas y de Seguridad Social	304,744,346	0	0	0	0	0	0
P.3	Proveedores bienes y servicios (No incluye Servicios Personales Indirectos)	7,781,395,285	4,209,286,739	10,928,880	0	0	0	4,198,357,859
P.4	Obligaciones financieras	103,527,813	0	0	0	0	0	0
P.5	Demás acreedores externos	119,293,509	0	0	0	0	0	0
P.6.1	Provisiones y Contingencias	0	0	0	0	0	0	0
P.6.2	Otros Pasivos	223,754,307	223,754,307	0	0	0	0	223,754,307
TOTAL		13,014,693,418	4,728,051,502	260,244,164	0	0	0	4,467,807,338

Fuente: PSFF Cuadro 4_2024

La E.S.E. Hospital Local 'Ismael Roldán Valencia' constituye el pilar fundamental de la red prestadora en Quibdó, desempeñándose como el único prestador público de primer nivel en la capital del Chocó, departamentalmente somos el plan B para el sistema de salud ante la respuesta a las contingencias presentadas. En un contexto regional donde los indicadores de salud pública son históricamente críticos y comparables con regiones del África subsahariana, la adopción de un modelo de Atención Primaria en Salud (APS) no es una opción estratégica, sino una necesidad imperativa para mitigar las brechas de equidad. Su operación se despliega mediante una red que incluye la sede principal, tres centros de salud urbanos y presencia en 27 corregimientos, garantizando el derecho a la salud en una de las zonas con mayores desafíos geográficos y sociales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Durante 2024 último año del PSFF, el hospital alcanzó un cumplimiento excepcional del 155% en su meta de Unidades de Valor Relativo (UVR), produciendo 1,416,752 unidades frente a las 914,128 proyectadas. Esta eficiencia valida la transformación del modelo hacia la APS, optimizando la capacidad instalada en servicios clave. Lo que sugiere que la capacidad instalada está plenamente optimizada hacia el modelo APS, superando las metas de producción históricas.

El riesgo fiscal de la E.S.E. no es de gestión interna, sino un riesgo sistémico y externo. La eficiencia clínica demuestra que la institución está operando por encima de su capacidad instalada programada, lo que debería otorgarle un poder de negociación superior frente a las aseguradoras para exigir tarifas técnicamente sustentadas.

El resultado del monitoreo demuestra que mientras la gestión clínica y operativa ha alcanzado niveles de extrema eficiencia, demostrando la máxima capacidad resolutoria de la institución, el desempeño financiero se encuentra fuertemente limitado por fallas estructurales del sistema de salud colombiano. Los resultados indican que el hospital es operacionalmente exitoso, pero financieramente inviable bajo las condiciones de mercado actuales, tales como tarifas deficitarias impuestas por las EAPB y carteras perdidas por liquidación de aseguradoras. Por lo tanto, se plantea la imperativa necesidad de extender y reprogramar el horizonte de las medidas financieras del PSFF, reconociendo que los actuales factores de incumplimiento escapan al control exclusivo de la gerencia institucional. Y permitiendo una convergencia financiera real y sostenible.

Resulta técnica y misionalmente inviable disminuir drásticamente los compromisos de gasto institucional. La dinámica de gastos responde a las exigencias operativas ineludibles y a la alta demanda inducida por proyectos de destinación específica impulsados por el propio Ministerio de Salud, como son PAPSIVI y la estrategia de Equipos Básicos de Salud. Es imperativo

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

señalar que los costos estrictamente vinculados a la prestación del servicio (gastos de comercialización y de personal asistencial) representaron el 54,3% del gasto total de la vigencia, sumando 18.757 millones sobre una base total de gastos de 34.557 millones. Recortar estos rubros paralizaría la operación misional. La estabilización de los costos frente a la capacidad real de recaudo requiere una modelación financiera extendida.

La ESE generó ventas de servicios de salud operacionales por aproximadamente \$15.988 millones. Sin embargo, la liquidez se encuentra estrangulada debido a que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) continúan imponiendo tarifas de contratación por debajo de los topes definidos por la ley. Este ahogamiento financiero se agudiza por la pesada carga de una cartera incobrable heredada de aseguradoras que entraron en proceso de liquidación institucional (CAPRECOM, COMPARTA y BARRIOS UNIDOS). La meta debe proyectarse mientras se requiere la intervención directa e inminente de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar la equidad tarifaria y el flujo efectivo a través del mecanismo de giro directo.

Aunque contablemente la vigencia muestra un superávit de \$13.901 millones, un análisis riguroso revela que dicho excedente es ilusorio para efectos de saneamiento de pasivos históricos. Estos recursos corresponden estrictamente a transferencias de destinación específica dictaminadas por resoluciones del Gobierno Nacional para programas (inversión e infraestructura) y no constituyen ingresos de operación corriente libres de afectación. Ante la incapacidad estructural de la operación corriente para generar excedentes de liquidez reales, es indispensable reprogramar el saldo de este pasivo, requiriendo urgentemente la inyección de nuevas fuentes de cofinanciación territorial y nacional.

Teniendo en cuenta estas consideraciones en septiembre de 2025 se presentó ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público la reestructuración del Plan, ampliando el horizonte y permitiendo que la ESE logre sanear sus pasivos a través de una propuesta que a la fecha no fue aprobada por el Ministerio, dejando a la ESE en una situación crítica.

4.4. Estados Financieros

La situación financiera de la E.S.E HLIRV a diciembre del 2025 es preocupante por la categorización de riesgo medio alto que se viene presentando desde el año 2012 a la fecha, emitido por el ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a lo establecido en el art 80 de ley 1438 mediante Resolución 2249 de 2018, la ESE realizó Programa De Saneamiento Fiscal Y financiero para la vigencia 2018 con unos pasivos de \$13,014,693,418 a probado por la Junta mediante el Acuerdo No 003 de septiembre del 2019; y viabilizado por el ministerio de hacienda con el Radicado No 2-2019-038828, que a la fecha de este informe se ha cancelado un 68%.

El ministerio de hacienda en la evaluación del PSFF de la ESE del año 2022 en una de las observaciones por el incremento del pasivo mes a mes, año tras año, sugirió la modificación del escenario financiero mediante la presentación de una modificación del PSFF por que la ESE no estaba cumpliendo con lo pactado inicialmente, que era no generar más pasivos y cancelar el presentado en el PSFF con los excedentes del escenario financiero de la operación corriente por no tener fuentes de financiación externa o acompañamiento de los entes de gobierno departamental y municipal.

La propuesta de modificación del PSFF se presentó con pasivos a septiembre del año 2024 por valor de \$17,285,366,460 los cuales tuvieron un crecimiento ascendiente del 133% respecto al PSFF presentado inicialmente, y un 27% al pendiente por cancelar, la Modificación al PSFF se aprobó por la junta directiva mediante acta extraordinaria del 28 de septiembre del 2025.

Sumándole a todo lo anterior, el bajo recaudo de la cartera por el no cumplimiento oportuno del pago de los diferentes EAPB que se les prestan los servicio. En especial las que fueron

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

liquidadas y los diferentes factores económicos que atraviesa la ESE impiden que sea auto sostenible, razón por la cual necesitamos el apoyo de los entes de gobierno nacional departamental especialmente municipal por ser nuestro más cercado apoderado.

Depósito en Instituciones Financieras 2025

El Hospital Local Ismael roldan Valencia, al cierre del cuarto trimestre del año 2025 tuvo recaudos realizados por el Ministerio de Protección Social para la ejecución de varios programas, algunas de las resoluciones son del año 2023 y 2024, pero los recursos se siguen ejecutando en el año 2025.

- Adecuación de Los puestos de salud, Unidad intermedia del Caraño y apoyo a los programas de desarrollo de la ESE y por valor de \$ 8.269.242.536.00 mediante Resoluciones No 1397/2332/1018/ del 2025.
- COLVOI recursos asignados mediante Resolución No 2283 del 28 de diciembre del 2023 Resolución 903 del 2025 por valor total de \$733.828.293,00.
- PAPSIVI asignados mediante Resoluciones No 1912/1580/820/1540/1162/1212 de los años 2023-2024-2024 y 2015 por valor de por valor de \$2.720.782.711,00.
- Programas Discapacidad mediante resolución No 1539 del 2025 \$300.224.979.
- Para la atención de los Beneficiarios de la Zona Veredal, y Programa Frisco por \$ 1.239.948.654,00.
- El Ministerio de Hacienda Mediante resolución No 1973 del 11 de octubre del 2024 para apoyos transporte asistencial por valor de \$ 349.463.316,00, estos recursos fueron devueltos al ministerio por no alcanzar para el propósito de la resolución por sobre costos en los bienes los cuales el Hospital no tiene con que cubrirlos.
- Programas jóvenes en Paz mediante Resolución No 1498, Programa Irem de la Resolución No 2684 por valor de \$ 1.505.669.975,00
- Continuidad de los EBAS mediante resoluciones No 1184/2290 y 1489 por valor de \$24.653.781.422,00
- Camad Mediante resolución No 1488 por valor de \$ 500.089.589.
- Por el ente Municipal para saneamiento de pasivos se obtuvieron recursos por \$ 1.800.000.000,00.

De acuerdo con el esquema anterior se observa en general los Recursos que son de destinación específica, razón por la cual los saldos de las cuentas corrientes bancarias presentan un saldo considerable a pesar de la crisis económica que está atravesando la ESE. Como se detalla en el siguiente cuadro.

COGIGO	DETALLE	SALDO FINAL AÑO 2025	SALDO FINAL AÑO 2024	VARIACION	%
1.1.10	DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	17,451,352,652	20,886,554,095	-3,435,201,443	-0.20
1.1.10.05	CUENTA CORRIENTE	17,451,352,652	20,886,554,095	-3,435,201,443	-0.20
1.1.10.90	OTROS DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	0	7,888,413		

Efectivo de Uso Restringido

En la ESE para el cierre de la vigencia corriente del año 2025, cuenta con efectivo de uso restringido fue el de las cuentas cta. ahorro No 53600015254 Infraestructura Vacunación embargadas de Bancolombia, por proveedores exigiendo el pago de sus acreencias las cuales se encuentran en PSFF y no fueron canceladas a la fecha de este informe. El valor asciende a \$ 342.244.078.

Equivalente al Efectivo

El efectivo equivalente al cierre de este informe esta representa por los valores recaudados en efectivo por la venta de servicios del primer nivel de complejidad a ia población en general que habita en Quibdó y sus alrededores, y a las personas que están de paso por nuestra ciudad a particulares, que a la fecha no se han consignado a la cuenta bancarias. los saldos de las

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

cuentas corrientes, de ahorro de la entidad y al encargo fiduciario por la venta de servicios de salud del primer nivel de complejidad a los usuarios de las diferentes EAPB.; Y por los diferentes programas ejecutados por el ESE asignado por el ente de Gobierno Nacional. Departamental y Municipal los cuales decrecieron en un 20% respecto al año inmediatamente anterior como se detallan en el siguiente cuadro:

COGIGO	DETALLE	SALDO FINAL AÑO 2025	SALDO FINAL AÑO 2024	VARIACION	%
1.1	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	17,453,670,782	20,896,035,695	-3,442,364,913	-0.20
1.1.05	CAJA	2,318,130	1,593,187	724,943	0.31
1.1.05.01	CAJA PRINCIPAL	2,318,130	1,593,187	724,943	0.31
1.1.10	DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	17,451,352,652	20,894,442,508	-3,443,089,856	-0.20
1.1.10.05	CUENTA CORRIENTE	17,451,352,652	20,886,554,095	-3,435,201,443	-0.20
1.1.10.90	OTROS DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	0	7,888,413	-7,888,413	-100.00

Cuentas por Cobrar

La ESE tiene 4 Contratos en la calidad de Capitalización del régimen Subsidiado y 3 en modalidad del régimen Contributivo, y se facturaron \$22.407millonea por las diferentes unidades funcionales de prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad. De donde se generaron cuentas por cobrar por un valor total de \$9.723. las de la vigencia corriente ascienden a \$4.545 millones valor de \$ Las cuentas por cobrar de la ESE están clasificadas por regímenes de acuerdo con la contratación y prestación del servicio de salud del primer nivel de complejidad con las diferentes EAPB, las de vigencias anteriores que a la fecha se encuentran liquidadas o en proceso de liquidación que representan el 44%, respecto al total de la cartera radicada y las mayores a 360 días, la operación corriente el 9% para un total del 53%, en donde nuestros mayores deudores están representados por entidades en liquidación como se detalla en el siguiente cuadro:

EPS	Total Cartera Radicada	Facturación Pendiente por Radicar	Glosa Inicial (Objeciones Pendientes)	Glosas Definitiva	Deterioro Acumulado de Cuentas por Cobrar
EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO EN LIQUIDACION	836,594,327	0	0	0	251,400,645
EPS REGIMEN SUBSIDIADO EN LIQUIDACION	3,447,134,987	0	0	0	3,450,814,474
EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO	1,348,952,315	441,484,797	160,659,881	0	49,005,258
EPS REGIMEN SUBSIDIADO	2,751,979,955	1,089,328,103	377,161,869	900,377,186	230,719,431
POBLACION POBRE NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS SECRETARIAS DEPARTAMENTALES	206,337,008	62,775,738	-	-	-
POBLACION POBRE NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS SECRETARIAS MUNICIPALES	668,345,277	13,306,362	-	-	-
SOAT ECAT	246,628,469	192,397,063	31,994,382	0	0
EPS REGIMEN ESPECIAL	154,308,527	261,609,275	19,842,813	-	424,571,454
ARL	8,270,878	15,747,416	-	-	-
FONDO NACIONAL DE GESTION DE RIESGOS DESASTRE-COVID	54,592,885	-	-	-	-
TOTALES	9,723,144,628	2,076,648,754	589,658,945	900,377,186	4,406,511,262

Cuentas por Cobrar de difícil recaudo

A la fecha de este informe la ESE posee cuentas por cobrar de difícil recaudo con entidades que fueron liquidadas y a la fecha no han reconocido o no tiene como cancelas las acreencias adquiridas por la prestación de los servicios de salud desde el año 2014 al 2021, y descuentos o recobros por incumplimiento de metas de vigencias anteriores por la no prestación del servicio por el cese de actividades del primer semestre del año 2022; A diciembre 31 del año 2025 respecto al año inmediatamente anterior disminuyeron en un 1% ; Como se detallan por entidad en los siguientes tablas:

COGIGO	DETALLE	SALDO CORRIENTE AÑO 2025	SALDO CORRIENTE AÑO 2024	VARIACION	%
1.3.85	CUENTAS POR COBRAR DE DIFÍCIL RECAUDO	1,938,166,058.00	1,938,166,058.00	0.00	0.00
1.3.85.09	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	1,938,166,058.00	1,938,166,058.00	0.00	0.00

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

La cartera De Difícil Recaudo Por empresa se detalla en el siguiente cuadro:

ENTIDAD	VALOR	%
SALUDCOOP EPS	45,135,325.00	2.33
CONVIDA EPS-S	2,727,104.00	0.14
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA	2,837,075.00	0.15
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOJAYA	1,422,400.00	0.07
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE HUILA	2,145,046.00	0.11
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA	2,724,200.00	0.14
CAPRECOM EPS-S - QUIBDO	1,818,105,462.00	93.81
COMFAMA EPS - ANTIOQUIA	25,201,832.00	1.3
SALUD CONDOR	14,173,650.00	0.73
COMPARTA EPS	17,187,183.00	0.89
SALUD VIDA EPS	6,506,781.00	0.34
TOTALES	1,938,166,058.00	100

Cuentas por cobrar vencidas no deterioradas

La cartera vencida no deteriorada está representada por la facturación radicada a las diferentes AEPB a partir de los 61 a 180 días que representan el 21% del total de la cartera de la operación corriente a diciembre 31 del 2025 y el 23% del año 2024, y se incrementaron en un 33% respecto al total de la cartera del año 2024.

EDAD	SALDO FINAL AÑO 2025	SALDO FINAL AÑO 2024	VARIACION	%
DE 61 A 90	1,212,436,762.00	1,146,997,521.00	65,439,241.00	0.05
DE 91 A 180	791,791,906.00	569,854,199.00	221,937,707.00	0.28
TOTAL	2,004,228,668.00	1,716,851,720.00	287,376,948.00	0.33
ES	9,723,144,627.91	7,515,771,714.71		
	20.61	22.84		

Inventarios

La ESE para la vigencia corriente del 2025 contaba con 4 contratos de suministro medicamentos, combustible, papelería y ase por valor total de \$1.188.000.000,00

OBJETOCONTRATO	VALOR INICIALCONTRATO
SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE, LUBRICANTES, GRASAS, FILTROS, ADITIVOS Y LIQUIDOS REFRIGERANTES PARA EL PARQUE AUTOMOTOR, EQUIPOS Y PLANTA ELECTRICA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA DE QUIBDO.	63.000.000.00
SUMINISTRO DE EQUIPOS, IMPLEMENTOS, ELEMENTOS E INSUMOS DE ASEO, LIMPIEZA, DESINFECCION DE LAS INSTALACIONES, MUEBLES, ENSERES Y LAVADO DE ROPERIA HOSPITALARIA EN LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA DE QUIBDO.	255.000.000.00
SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PAPELERIA, UTILES DE OFICINA E INSUMOS Y REPUESTOS PARA LOS EQUIPOS OFIMATICOS EN LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA DE QUIBDO	160.000.000.00
PRESTAR LOS SERVICIOS DE SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICOS, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA DE QUIBDO	710.000.000.00
TOTALES	1,188,000,000.00

Este rubro representa la existencia de los materiales e insumos que la entidad posee para la prestación del objeto social y prestación de los servicios, que se generan en el sistema integrado transfor web, la ESE en el cuarto trimestre del año 2025 se adquirieron insumos para la prestación del servicio por valor de \$529,185,794.00, tenía en existencia \$714,404,561.93 y fueron destinados a las diferentes áreas para cumplir las operaciones, la suma de

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

\$273,068,448.03 quedando un saldo en almacén por valor de \$970,521,907.91. de los cuales se deterioraron por daños por factor climático -23,033,741.00 que dando un saldo para uso por valor de \$947,488,166.91.

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE (Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE (Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
1.5	INVENTARIOS	947,488,167	784,616,235	162,871,932	0.17
1.5.14	MATERIALES Y SUMINISTROS	970,521,908	807,649,976	162,871,932	0.17
1.5.14.03	MEDICAMENTOS	417,549,134	68,141,034	349,408,100	0.84
1.5.14.04	MATERIALES MÉDICO QUIRÚRGICOS	139,113	192,033,279	191,894,166	1,379.41
1.5.14.05	MATERIALES REACTIVOS Y DE LABORATORIO	159,300,262	113,850,710	45,449,552	0.29
1.5.14.06	MATERIALES ODONTOLÓGICOS	128,995,156	4,097,297	124,897,859	0.97
1.5.14.09	REPUESTOS	0,00	71,800	-71800	-100
1.5.14.15	MATERIALES PARA EDUCACIÓN	180,326,850	346,804,959	166,478,109	-0.92
1.5.14.17	ELEMENTOS Y ACCESORIOS DE ASEO	72,637,721	10,232,432	2,405,289	0.86
1.5.14.22	ROPA HOSPITALARIA QUIRÚRGICA	0	58,516,518	58,516,518	-100
1.5.14.23	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	11,573,672	13,342,353	1,768,681	-0.15
1.5.14.90	OTROS MATERIALES SUMINISTROS	0	559,594	559,594	-100
1.5.80	DETERIORO ACUMULADO DE INVENTARIOS (CR)	-23,033,741	-23,033,741	0	0.00
1.5.80.02	MERCANCIAS EN EXISTENCIA	-23,033,741	-23,033,741	0	0.00

Bienes y Servicios

Representa la existencia de los materiales e insumos que la entidad posee para la prestación del objeto social y prestación de los servicios, que a la fecha de este informe respecto a la misma fecha del 2024 se incrementaron en un 17% respecto al año inmediatamente anterior.

COGIGO	DETALLE	SALDO FINAL AÑO 2025	SALDO FINAL AÑO 2024	VARIACION	%
1.5	INVENTARIOS	947,488,167	791,072,016	156,416,151	0.17
1.5.14	MATERIALES Y SUMINISTROS	970,521,908	808,185,757	162,336,151	0.17
1.5.80	DETERIORO ACUMULADO DE INVENTARIOS (CR)	23,033,741	17,113,741	5,920,000	0.26
1.5.80.02	MERCANCIAS EN EXISTENCIA	23,033,741	17,113,741	5,920,000	0.26

Propiedad Planta y Equipo

COGIGO	ACTIVOS DEPRECIABLES	AÑOS DE VIDA UTIL
1.6.85.01	EDIFICIOS	50
1.6.85.04	MAQUINARIA Y EQUIPO	10
1.6.85.05	EQUIPOS MEDICOS Y CIENTIFICOS	10
1.6.85.06	MUEBLES Y ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	10
1.6.85.07	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y ACCESORIOS	10
1.6.85.07	EQUIPOS DE COMPUTACION Y ACCESORIOS	5
1.6.85.08	EQUIPOS DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVACIÓN	10
ACTIVOS DE MENOR CUANTIA		SEDEPRECIAN EN EL MISMO AÑO DE ADQUISICION

La variación respecto al cuarto trimestre del año 2025 versus cuarto trimestre del 2024 es del 10% como se detalla a continuación:

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024

COGIGO	DETALLE	SALDO NO CORRIENTE AÑO 2025	SALDO NO CORRIENTE AÑO 2024	VARIACION	%
1.6	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	15,197,225,611	13,679,010,893	1,518,214,718	0.10

Cuentas por Pagar

La ESE se encuentra en un programa de saneamiento fiscal y financiero hasta el 31 de diciembre del año 2024, se presentó modificación al escenario financiero en la vigencia corriente del 2025 a 31 de septiembre del 2025. Con fuentes de financiación externas de donaciones de los entes de gobierno departamental por valor de \$ 348 millones y municipal de \$1.800 millones, recursos que no son suficientes para sufragar el déficit financiero que presenta la ESE El PSFF inicio con saldos a diciembre 31 del año 2018 con pasivos por valor de \$13.014.693.418,00 y a la fecha se ha cancelado el 68% del pasivo del programa de saneamiento fiscal Inicial, el cual no disminuyo respecto al año inmediatamente anterior, quedando un saldo por pagar por valor de \$4.467.807.338,00. que representa el 21% del pasivo corriente de la ESE del año 2025 y un 15% del 2024 con una variación del 79% y 85% del total del pasivo de la ESE, respecto al pasivo corriente del 2025. a diciembre 31 es del 24%. y el 26% respecto al año 2024, y una variación del 76% y 73% respectivamente, como se detalla en los siguientes cuadros:

COGIGO	DETALLE	SALDO FINAL AÑO 2025	SALDO FINAL AÑO 2024	VARIACION	%
2	PASIVOS TOTALES DE LA ESE	21,578,754,487.87	29,292,857,315.00	-7,714,102,827.13	-0.36
	PASIVOS CORRIENTES DE LA ESE	18,289,611,277.87	16,720,954,210.56	1,568,657,067.31	0.09
	PASIVOS PSFF	4,467,807,338.00	4,467,807,338.00	0.00	0.00
VARIACION PASIVOS PSFF Y PASIVOS TOTALES		17,110,947,149.87	24,825,049,977.00		
		0.79	0.85		
VARIACION PASIVOS PSFF Y PASIVOS DE LA ESE		13,821,803,939.87	12,253,146,872.56		
		0.76	0.73		

Los pasivos de la ESE a diciembre 31 del año 2025 disminuyeron un -36% el rubro de mayor impacto fue el de adquisiciones de servicios con el -22% seguido de descuentos de nómina del -8% respecto al año inmediatamente anterior, de acuerdo a las transferencias giradas por el ente de gobierno nacional y departamental. las cuales a diciembre 31 del 2024 están representadas por los programas que se están ejecutando y se encuentran relacionados en la cuenta 2910 Ingresos Recibidos Por Anticipado. Respecto a los pasivos corrientes disminuyeron en un 282%

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

CODIGO	NOMBRE DE LA CUENTA	Saldo a 31/Diciembre/2025	Saldo a 31/Diciembre/2024	VARIACION	%
2	PASIVO	21,581,754,488	29,292,857,315	-7,711,102,827	-36%
24	CUENTAS POR PAGAR	16,261,636,573	15,096,619,892	1,165,016,681	7%
24 01	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES	2,745,992,433	3,350,064,954	-604,072,521	-22%
24 07	RECURSOS A FAVOR DE TERCEROS	120,237,356	25,018,792	95,218,564	79%
24 24	DESCUENTOS DE NÓMINA	310,954,063	335,931,500	-24,977,437	-8%
24 36	RETENCIÓN EN LA FUENTE E IMPUESTO DE TIMBRE	192,475,354	9,190,983	183,284,371	95%
24 40	IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS	326,325,416	318,172,179	8,153,237	2%
24 60	CRÉDITOS JUDICIALES	969,068,447	909,068,447	60,000,000	6%
24 90	OTRAS CUENTAS POR PAGAR	11,596,583,504	10,149,173,037	1,447,410,467	12%
25	BENEFICIO A LOS EMPLEADOS	2,027,974,705	1,624,334,318	403,640,387	20%
25 11	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS A CORTO PLAZO	2,019,830,604	1,616,190,217	403,640,387	20%
25 3	BENEFICIOS POR TERMINACIÓN DEL VÍNCULO LABORAL O CONTRACTUAL	8,144,101	8,144,101	0	0%
TOTAL, PASIVOS CORRIENTES		18,289,611,278	16,720,954,210	1,568,657,068	0.09%
29	OTROS PASIVOS	3,292,143,210	12,571,903,104	-9,279,759,895	-282%
29 0	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO	3,292,143,210	12,571,903,104	-9,279,759,895	-282%
TOTAL, PASIVOS NO CORRIENTES		3,292,143,210	12,571,903,104	-9,279,759,895	-282%
TOTAL, PASIVOS		21,581,754,488	29,292,857,315	-7,711,102,827	-36%

Adquisición de bienes y servicios nacionales

A la fecha de este informe la ESE HLIRV tiene pasivos por este concepto, por pagar con los diferentes proveedores que han hecho posible que se cumpla con el objeto social de la entidad, que decrecieron en un - 22% respecto al año inmediatamente anterior, como se detalla a continuación:

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL NO CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL NO CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
2.4	CUENTAS POR PAGAR	435,529,690	2,310,462,743	1,801,776,886	2,258,288,068	-604,072,521	-0.22
2.4.01	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES	435,529,690	2,310,462,743	1,801,776,886	2,258,288,068	-604,072,521	-0.22
2.4.01.02	PROYECTOS DE INVERSIÓN	435,529,690	2,310,462,743	1,801,776,886	2,258,288,068	-604,072,521	-0.22

Subvenciones por pagar

A diciembre 31 del 2025 el HLIRV posee pasivos por subvenciones condicionadas por pagar de los recursos girados por los entes de gobierno Nacional departamental y municipal, para la prestación de servicios de salud en los programas que se ejecutaron en la vigencia corriente, que respecto al año inmediatamente anterior decrecieron en un -22%.

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL NO CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL NO CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
2.9	OTROS PASIVOS	3,289,143,210	0	12,571,903,004	0	-9,282,759,794	-2.82
2.9.90	OTROS PASIVOS DIFERIDOS	3,289,143,210	0	12,571,903,004	0	-9,282,759,794	-2.82
2.9.90.0	INGRESO DIFERIDO POR SUBVENCIONES CONDICIONADAS	3,289,143,210	0.00	12,571,903,004	0.00	-9,282,759,794	-2.82

Otros Pasivos

Para su clasificación en corriente y no corriente se tienen en cuenta criterios como las obligaciones originadas en la actuación por cuenta de terceros y las fechas de pago de éstos

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

que se incrementaron en un 12% en el año 2025 respecto al año 2024. el más representativo fueron los servicios por la clasificación de los pagos de las resoluciones de los equipos básicos y colvol, Como se detallan a continuación:

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
2.4.90	DTRAS CUENTAS POR PAGAR	3,582,708,565	8,013,874,939	4,449,151,167	5,760,021,970	1,447,410,367	0.12
2.4.90.27	VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE	1,905,072	0	1,833,072	0	72,000	0.04
2.4.90.50	APORTES AL ICBSF Y SEENA	115,692,400	0	101,530,400	0	14,162,000	0.12
2.4.90.51	SERVICIOS PUBLICOS	80,607,375	0	60,250,723	0	20,356,652	0.25
2.4.90.54	HONORARIOS	651,193,421	2,175,180,020	414,052,969	1,761,127,051	651,193,421	0.23
2.4.90.55	SERVICIOS	2,733,310,297	5,838,694,919	3,871,484,003	3,938,894,929	761,626,294	0.09

Activos y Pasivo Contingentes

Revelaciones generales de pasivos contingentes

La ESA ala fecha de este informe posee pasivos contingentes por aquellas acreencias de procesos judiciales fallados en contra de la Entidad que a la fecha se encuentran pendiente de pago, las cuales no sufrieron modificaciones respecto al año inmediatamente anterior año 2024.

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
2.4.60	CRÉDITOS JUDICIALES	0	909,068,447	0	909,068,447	0	0.00
2.4.60.02	SENTENCIAS	0	909,068,447	0	909,068,447	0	0.00

Cuentas de Orden Deudores

Están representadas por las glosas iniciales generadas por las EAPB que a la fecha de este informe no se han conciliado, respecto al año anterior se incrementaron en un 69%, como se detallan a continuación:

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
8	CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS	0	0	0	0	0	0.00
8.3	DEUDORAS DE CONTROL	589,658,945	0	181,609,189	0	408,049,756	0.69
8.3.33	FACTURACIÓN GLOSADA EN VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	589,658,945	0	181,609,189	0	408,049,756	0.69
8.3.33.16	EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD	589,658,945	0	181,609,189	0	408,049,756	0.69
8.9	DEUDORAS POR CONTRA (CR)	-589,658,945	0	-181,609,189	0	-408,049,756	0.69
8.9.15	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)	-589,658,945	0	-181,609,189	0	-408,049,756	0.69
8.9.15.17	FACTURACIÓN GLOSADA EN VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	-589,658,945	0	-181,609,189	0	-408,049,756	0.69

Cuentas de Orden Acreedoras

La ESE tiene al cierre de este informe 212 procesos judiciales, de los cuales 18 tienen sentencia a favor, contablemente se reconocen en cuentas de orden debido a que representan todas las acreencias a favor de terceros que a diciembre 31 del 2025 no tienen un fallo definitivo, y ha incrementado un 21% con respecto a la misma fecha del año 2024 como se detalla en el siguiente cuadro:

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL NO CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	FINAL AÑO 2024	SALDO FINAL NO CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
9	CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	0	0	0	0	0	0	0,00
9.1	PASIVOS CONTINGENTES	0	70,147,668,377	0	55,573,042,960	14,574,625,417		0.21
9.1.20	LITIGIOS Y MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS	0	70,147,668,377	0	55,573,042,960	14,574,625,417		0.21
9.1.20.04	ADMINISTRATIVOS	0	70,147,668,377	0	55,573,042,960	14,574,625,417		0.21
9.9	ACREEDORAS POR CONTRA (DB)	0	70,147,668,377	0	-55,573,042,960	-14,574,625,417		0.21
9.9.05	PASIVOS CONTINGENTES POR CONTRA (DB)	0	70,147,668,377	0	-55,573,042,960	-14,574,625,417		0.21
9.9.05.05	LITIGIOS Y MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS	0	70,147,668,377	0	-55,573,042,960	-14,574,625,417		0.21

las cuantías iniciales ascienden a un valor de \$ 70.517.668.377,00 que se incrementaron en un 21% respecto a diciembre 31 del año 2024, las cuales se detallan por proceso en el siguiente cuadro:

No	DETALLE	VALOR	%
2	CONTROVERSIAS CONTRACTUALES	368.858.500.00	0.52
5	EJECUTIVO	378.748.680.00	0.54
3	EJECUTIVO CON SENTENCIA	195.141.830.00	0.28
23	EJECUTIVO CONTRACTUAL	17.166.122.299.00	24.34
1	EJECUTIVO DESPUES DE SENTENCIA	100.000.000.00	0.14
1	EJECUTIVO EMANADO DE SENTENCIA DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	72.000.000.00	0.10
2	EJECUTIVO LABORAL	63.624.583.00	0.09
1	EJECUTIVO SINGULAR	54.659.253.00	0.08
1	NULIDAD DE ACTO ADMINISTRATIVO POR PLIEGO DE CARGOS	53.560.000.00	0.08
3	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	181.396.384.00	0.26

No	DETALLE	VALOR	%
76	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	10.037.471.368.00	14.23
5	ORDINARIO LABORAL	876.050.405.00	1.24
69	REPARACION DIRECTA	39.929.102.507.00	56.62
1	REPETICION	180.000.000.00	0.26
2	SIN CUANTIA EJECUTIVO CONTRA ACTUAL	0.00	0.00
1	ACCION POPULAR	0.00	0.00
5	SIN CUANTIA REPARACION DIRECTA	0.00	0.00
8	SIN CUANTIAS NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	0.00	0.00
1	SIN CUANTIA CONTROVERSIAS CONTRACTUALES	0.00	0.00
1	ACCION DE GRUPO	860.932.568.00	1.22
1	SINCUANTIA EJECUTIVO	0.00	0.00
212	TOTALES	70.517.668.377.00	100.00

Patrimonio

El patrimonio de la ESE a diciembre 31 del 2025 se incrementó en un 39% respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior. El rubro que tuvo mayor impacto fue el de utilidades o excedentes acumulados. Incremento que aduce a los recaudos obtenidos por los entes nacionales de acuerdo a las transferencias por las resoluciones expedidas para el apoyo y realización de los programas que se están ejecutando en la ESE.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

El Patrimonio de la ESE está integrado por el capital fiscal que hace parte de los activos que la entidad posee para realizar el objeto social, el resultado del ejercicio, y por el acumulado de ejercicios anteriores que son los residuos de las operaciones realizadas en cada periodo que en su mayoría han sido déficit generando el desgaste o deterioro del capital, como se detalla a continuación:

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	NO AÑO	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	NO AÑO	VARIACION	%
3	PATRIMONIO	0	19,422,730,056		0	11,778,532,856		7,644,197,242	0.39
3.2	PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	0	19,422,730,056		0	11,778,532,856		7,644,197,242	0.39
3.2.08	CAPITAL FISCAL	0	27,722,083,070		0	25,962,622,828		1,759,460,242	0.06
3.2.08.01	CAPITAL FISCAL	0	27,722,083,070		0	25,962,622,828		1,759,460,242	0.06
3.2.25	RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	0	14,184,089,970	-	0	16,975,681,223	-	2,791,591,253	0.20
3.2.25.01	UTILIDADES EXCEDENTES ACUMULADAS	0	14,179,304,947	-	0	13,387,713,694	-	2,791,591,253	0.20
3.2.25.02	PÉRDIDAS Y DÉFICIT ACUMULADOS	0	28,363,394,917	-	0	28,363,394,917	-	0	0.00
3.2.30	RESULTADO DEL EJERCICIO	0	5,884,736,998		0	2,791,591,251		3,093,145,747	0.53
3.2.30.01	UTILIDAD EXCEDENTE DEL EJERCICIO	0	5,884,736,998		0	2,791,591,251		3,093,145,747	0.53

Capital

Está conformado por los activos de bienes muebles e inmuebles que la ESE posee para desarrollar el objeto social, que es el de prestación de servicios de salud para el primer nivel de complejidad a los afiliados de los diferentes regímenes de salud en el departamento del choco. El incremento del año 2025 con respecto al año 2024 fue del 6% que se aduce a el apoyo del ente nacional mediante transferencia realizada, por las adecuaciones del centro de salud las mercedes, y el proyecto de fortalecimiento a la salud, por donaciones ejecutadas por el ente nacional Ministerio de protección social mediante resolución No 1541 del 28 de agosto del 2024 por valor \$1.817.887.300,00 los cuales se ejecutaron en el 2025.

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL CORRIENTE(Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
3	PATRIMONIO	0	27,722,083,070	0	25,962,622,828	1,759,460,242	0.06
3.2	PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	0	27,722,083,070	0	25,962,622,828	1,759,460,242	0.06
3.2.08	CAPITAL FISCAL	0	27,722,083,070	0	25,962,622,828	1,759,460,242	0.06
3.2.08.01	CAPITAL FISCAL	0	27,722,083,070	0	25,962,622,828	1,759,460,242	0.06

Ingresos

El presupuesto de ingresos de la ese está supeditado al programa de saneamiento Fiscal y financiero el cual fue aprobado y adoptado mediante acuerdo No003 del año 2019 por la junta Directiva del Hospital, viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con radicado No 2-2019-038828 del 2019.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

EMPRESAS	TIPO DE CONTRATO	No. USUARIOS	SUPCS	No. DE CONTRATOS	VALOR MENSUAL	VALOR CONTRATO	No. DE MESES	VIGENCIA DEL CONTRATO
COMFACHOCO EPSS	Capitación (Recup-Salud)	13.412	7.574	CPSC-005-2024	101.582.488	812.659.904	Prorrogable	01/05/2024 A 31/12/2024
COMFACHOCO EPSS	Capitación (PAI-Vacunación)		13.111	CPSC-005-2024	175.844.732	1.406.757.856	Prorrogable	01/05/2024 A 31/12/2024
COMFACHOCO EPSS	Jornadas Extramurales		5.357	CPSC-005-2024	7.773.007	62.184.056	Prorrogable	01/05/2024 A 31/12/2024
TOTALES		13.412	26.042		285.200.227	2.281.601.816		
POLICIA NACIONAL	Por Eventos	Indefinidos	Soat vigente	65-5-20137-24	11.659.375	46.637.500	4 meses	11/07/2024 A 30/11/2024
FOMAG	Por Eventos	Indefinidos	Soat vigente	Acuerdo de Voluntades-12076-2079-2024	12.500.000	275.826.226	8 meses	01/05/2024 A 31/12/2024
HOSPITAL LA MARIA	Por Eventos	Indefinidos	Soat vigente	PS 0177-2022	500.000	25.530.000	Prorrogable	31/07/2022 A 30/11/2022
NUEVA EPSS	Capita (Asistencial - PYP)	17.592	25.455	Acta-2507-2024	457.349.985	5.488.199.820	Prorrogable	01/08/2024 A 01/08/2025
NUEVA EPSS-INDIGENA	Capita (Serv. Asistencial)	2.103	2.280	Acta-2507-2024	12.302.550	147.630.600	Prorrogable	01/08/2024 A 01/08/2025
TOTALES		19.695	27.735		469.652.535	5.635.830.420		
COOSALUD EPSS	Capita (Recup I)	4.673	8257	Otrosid01-#SSCH2023CR1A00026495-2024	38.585.802	463.029.624	Prorrogable	01/01/2024 A 31/12/2024
COOSALUD EPSS	Capita (Recup II)	7.210	7525	Otrosid01-#SSCH2023CR1A00026496-2024	70.858.975	850.307.700	Prorrogable	01/01/2024 A 31/12/2024
COOSALUD EPSS	Capita (PYM)	7.210	4318	Otrosid01-#SSCH2023CR1A00026497-2024	31.139.773	373.677.276	Prorrogable	01/01/2024 A 31/12/2024
COOSALUD EPS	Serv. Asistencial Contributivo	1.402	10726	Otrosid01-#SSCH2023CR1A00026498-2024	15.038.006	180.456.072	Prorrogable	01/01/2024 A 31/12/2024
TOTALES			20.100		155.622.556	1.867.470.672		
SANTA EPS	Vacunación por Eventos	Indefinidos	9.000	IMDECU-1134			12 meses	01/03/2024 A 31/03/2025
SANTA EPSS	Capita (Asistencial-PYP I)	15.337	23.482	Acta-2023	360.143.434	4.321.721.208	12 meses	01/03/2024 A 31/03/2025
CONTRATOS VIGENTES AÑO 2025					1.295.278.127	14.454.617.842		

La ESE a diciembre del 2025 tiene 4 contratación en modalidad de capitación del Régimen Subsidiado y 4 en la Modalidad de Evento, por valor de \$ 14.455 millones, de donde se reconoce que el valor mensual varía de acuerdo a la maya validadora o a la certificación de la población BD que envían la EAPB, de los cuales se facturaron a diciembre 31 del 2025 \$22.728 millones.

La facturación a diciembre 31 del 2025 se incrementó en un 13% respecto al año inmediatamente anterior.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE (Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL NO CORRIENTE (Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE (Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL NO CORRIENTE (Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
4	INGRESOS	21,827,707,055	0	18,956,423,414	0	2,871,283,641	0.13
4.3	VENTA DE SERVICIOS	21,827,707,055	0	18,956,423,414	0	2,871,283,641	0.13
4.3.12	SERVICIOS DE SALUD	22,728,084,241	0	19,930,342,899	0	2,797,741,342	0.12
4.3.12.08	URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	1,484,840,353	0	581,433,077	0	903,407,276	0.61
4.3.12.09	URGENCIAS - OBSERVACIÓN	3,375,058,904	0	2,896,320,851	0	478,738,053	0.14
4.3.12.17	SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS	5,000,857,004	0	4,347,400,721	0	653,456,283	0.13
4.3.12.19	SERVICIOS AMBULATORIOS - SALUD ORAL	2,065,245,318	0	1,356,851,801	0	708,393,517	0.34
4.3.12.20	SERVICIOS AMBULATORIOS - PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	3,013,866,839	0	1,945,466,737	0	1,068,400,102	0.35
4.3.12.21	SERVICIOS AMBULATORIOS - OTRAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES	0	0	0	0	0	-100
4.3.12.27	HOSPITALIZACIÓN - ESTANCIA GENERAL	1,426,962,716	0	1,054,707,969	0	372,254,747	0.26
4.3.12.33	HOSPITALIZACIÓN - OTROS CUIDADOS ESPECIALES	4,326,137,734	0	371,054,334	0	3,955,083,400	0.91
4.3.12.37	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO - SALAS DE PARTO	0	0	0	0	0	-100
4.3.12.46	APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	481,889,362	0	4,905,268,044	0	-4,423,378,682	-9.18
4.3.12.47	APOYO DIAGNÓSTICO - IMAGENOLÓGIA	0	0	754,465,580	0	-754,465,580	#DIV/0!

CODIGO	NOMBRE	SALDO FINAL CORRIENTE (Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL NO CORRIENTE (Pesos) AÑO 2025	SALDO FINAL CORRIENTE (Pesos) AÑO 2024	SALDO FINAL NO CORRIENTE (Pesos) AÑO 2024	VARIACION	%
4.3.12.49	APOYO DIAGNÓSTICO - OTRAS UNIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO	0	0	0	0	0	-100
4.3.12.56	APOYO TERAPÉUTICO - REHABILITACIÓN Y TERAPIAS	128,270,835	0	84,394,267	0	43,876,568	0.34
4.3.12.62	APOYO TERAPÉUTICO - FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS	1,040,825,239	0	1,152,958,735	0	-112,133,496	-0.11
4.3.12.87	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD - MEDIO AMBIENTE	0	0	0	0	0	-100
4.3.12.94	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD - SERVICIOS DE AMBULANCIAS	384,129,937	0	480,020,783	0	-95,890,846	-0.25
4.3.95	DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS EN VENTA DE SERVICIOS (DB)	-900,377,186	0	-973,919,485	0	73,542,299	-0.08
4.3.95.12	SERVICIOS DE SALUD	-900,377,186	0	-973,919,485	0	73,542,299	-0.08

Los otros ingresos de la ESE están representados por Subvenciones, ingresos financieros o otros ingresos diferentes a la venta de servicios de salud, tales como pago de incapacidades y licencias de maternidad, donaciones para compra de activos y pago de saneamiento de aportes patronales entre otros; que respecto al año inmediatamente anterior se disminuyeron en un-1,65%. Las transferencias por los recursos girados por el ente de Gobierno nacional y municipal en el año 2025 estuvieron una disminución del 74% respecto al año 2024.

Gastos

La ESE se encuentra en un programa de saneamiento fiscal y financiero desde diciembre del año 2018 con pasivos por valor de \$13.014.693.418,00 y a la fecha se ha cancelado el 66% del pasivo del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero; El cual debió culminar en diciembre del 2024 y por motivos ajenos a la ESE y por recomendaciones del Ministerio de Hacienda en la evaluación del 2022, en sus observaciones se presentó modificación del escenario financiero a septiembre del 2024 radicado inicialmente en diciembre del 2024, y por

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

recomendaciones del mismo ministerio se corrigió y presento en septiembre del 2025 que a la fecha de terminación de la vigencia corriente del 2025 está en estudio y revisión de la negación de la continuación del PSFF por errores administrativos cometidos involuntaria mente o por criterio de algunos funcionarios del ministerio de hacienda.

Una de las medidas propuesta es la Racionalización del Gasto la cual a diciembre 31 del 2025 se ha cumplido porque decrecieron en un -45% respecto al año 2024, el rubro de mayor impacto fueron las subvenciones por recursos transferidos por los entes de gobierno.

De donde es importante precisar que a pesar que el hospital ha venido implementado una política de disminución o freno de los gastos, durante el cuarto trimestre del año 2025, lastimosamente las exigencias para la prestación de servicios con las diferentes EAPB y los equipos básicos, los proyectos que se tienen suscritos con el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes de gobierno departamental y municipal, impiden que esta política pueda funcionar como debe ser, ya que toca garantizar el cumplimiento de ciertas actividades por medio de la vinculación de recurso humano como nutricionista, psicóloga y fisioterapeuta entre otros, para poder atender el incremento de la población asignada en la contratación de los equipos Básicos, lo que ha venido aumentando los costos de la entidad. Razón por la cual la medida solo se ha cumplido en un 54% no en 100% que es la meta propuesta para la vigencia 2024 y en el 2025 ya estar saneados, pero lastimosamente seguimos en el mismo rol. Sumando le a lo anterior la adquisición de insumos para la prestación del servicio de salud del primer nivel y todos los programas que se están desarrollando.

Información Financiera Complementaria

Con el fin de dar a conocer más información acerca de los ingresos y gastos de la ESE HLIRV a continuación de las notas de revelación se incluye la información financiera complementaria para poder tener un análisis más completo de la situación real de la entidad:

Principales Indicadores e Índices Financieros

- **Liquidez**

RAZON CORRIENTE. = $\text{Activos Corrientes} / \text{Pasivos Corrientes}$ Representa la capacidad de pago que la entidad ha adquirido acorto plazo, por cada peso de deuda corriente, cuenta con el 1,41% de respaldo de sus activos corrientes para su cancelación.

CAPITAL DE TRABAJO = $\text{Activo Corriente} - \text{Pasivo Corriente}$

Mide el margen de seguridad que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones, representado en efectivo, después de haber pagado todos sus pasivos a corto plazo en el caso que tuvieran que ser cancelados de inmediato es de \$ 7.504.919.789,89.

SOLIDEZ = $\text{Activos Totales} / \text{Pasivos Totales}$ Nos indica la capacidad de la empresa para mostrar su consistencia Financiera es del 1,90%.

- **Nivel de Endeudamiento** = $\text{Total Pasivos} / \text{Total Activos}$ Muestra el porcentaje que la empresa tiene invertido en activos los cuales han sido financiado por sus acreedores que a la fecha está en un 0,53%.

- **Indicadores Organizacionales**

RENTABILIDAD PATRIMONIAL = $\text{Utilidad Operacional} / \text{Patrimonio}$ Representa la capacidad de generar beneficios de la ESE a partir de la inversión realizada por los accionistas entre su patrimonio neto. es de 0,66% •

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

RENTABILIDAD DEL ACTIVO=Utilidad Operacional/ Activos Totales Nos indica el provecho que se le está sacando a los activos de la ESE es del 0,31%

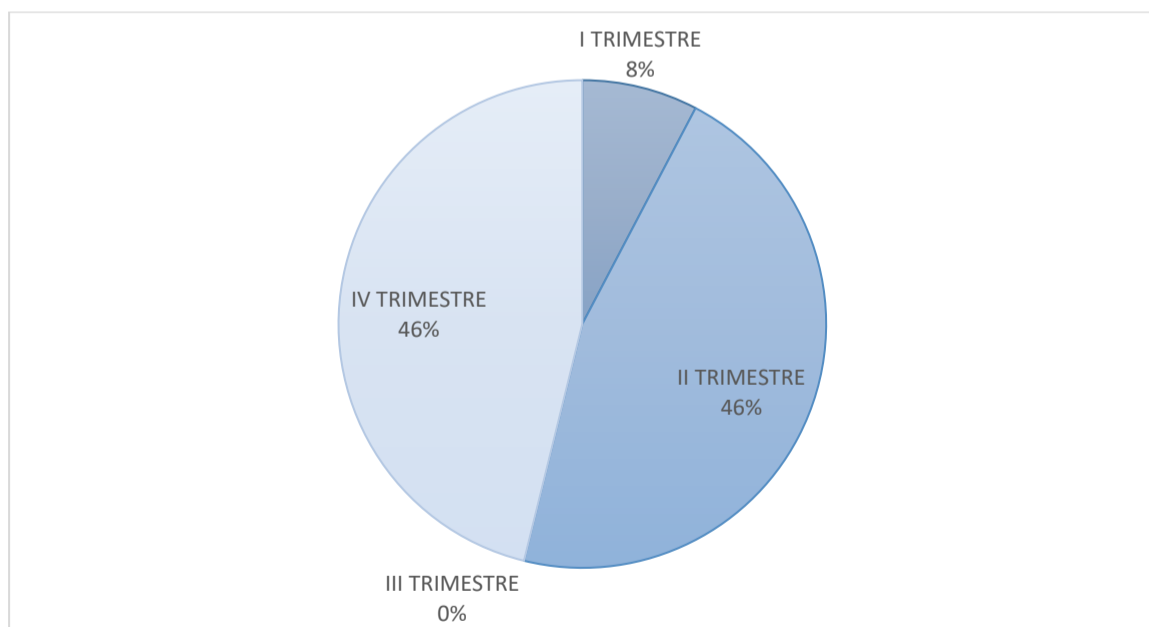
5. Satisfacción de Usuarios

5.1. Análisis comparativo del comportamiento del total de la PQR presentadas

En el año 2024 se instauraron y gestionaron un total de 23 PQRs como se observa en el siguiente cuadro:

TRIMESTRE	No. DE PQRs	ATRIBUTO AFECTADO	RESULTADO	META	TOTAL DE PQRs DE LA VIGENCIA DE 2023
I TRIMESTRE	16	OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN	RESUELTA	100%	23
II TRIMESTRE	4	HUMANIZACIÓN	RESUELTA	100%	
III TRIMESTRE	1	HUMANIZACIÓN	RESUELTA	100%	
IV TRIMESTRE	2	HUMANIZACIÓN	RESUELTA	100%	

Proporción De Porcentajes De PQRs Recibidas Por Trimestre 2024

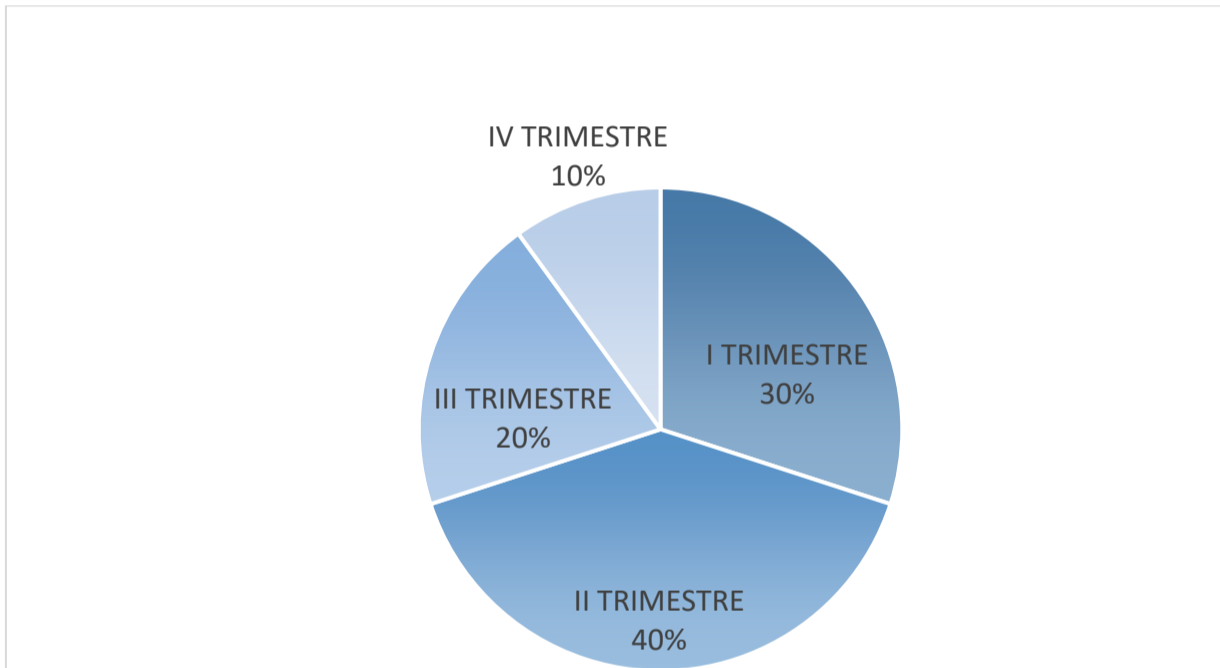


En el año 2025 se instauraron y gestionaron un total de 10 PQRs como se observa en el siguiente cuadro:

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS		Año: 2024

TRIMESTRE	No. DE PQRS	ATRIBUTO AFECTADO	RESULTADO	META	TOTAL DE PQRS DE LA VIGENCIA DE 2025
I TRIMESTRE	3	OPORTUNIDAD Y HUMANIZACIÓN	RESUELTAS	100%	10
II TRIMESTRE	4	RECONOCIMIENTO (FELICITACIONES)	RESUELTAS	100%	
III TRIMESTRE	2	SEGURIDAD Y ACCESIBILIDAD	RESUELTA	100%	
IV TRIMESTRE	1	OPORTUNIDAD	RESUELTAS	100%	

Proporción De Porcentajes De PQRS Recibidas Por Trimestre 2025



5.2. Análisis de los principales motivos de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información presentadas

En el año 2024 se incrementaron las PQRS, debido a que hubo mayor afluencia de personal (usuarios externos demandando más servicios, además de que el equipo de rayos X estuvo fuera de servicio parte del tiempo).

Como observamos en los cuadros anteriores la mayor proporción de PQRS son por motivos de oportunidad y humanización de los servicios de salud ofrecidos por la ESE.

Las situaciones presentadas en la vigencia 2024, permitieron implementar acciones de mejoras que se reflejaron en la disminución de PQRS y el aumento de reconocimientos (felicitaciones), durante la vigencia 2025

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

5.3. Mecanismos de atención prioritaria para personas con derechos a atención prioritaria preferencial

La ESE Hospital Local ISMAEL Roldan VALENCIA de Quibdó, se encuentra comprometida en brindar una atención centrada en el usuario, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas, así como una atención humanizada y de calidad, para ello se han establecido procesos, procedimientos, instrumentos, canales de comunicación y medios de participación ciudadana, que permiten facilitar la solución de los requerimientos de nuestros usuarios, para ofrecer servicios de salud de alta calidad tanto humana como tecnológica, a todos los usuarios que lo soliciten.

Atención Preferencial o Prioritaria

Hace referencia a la prioridad de atención, que se debe tener con (niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, las embarazadas, las personas con discapacidad, los reclusos(as), personas que sufren de enfermedades huérfanas, (pacientes de alto costo) entre otros, para cualquier trámite referente a la atención en la institución.

- La ESE Hospital Local ISMAEL Roldan VALENCIA de Quibdó, cuenta con una ventanilla o un espacio para la atención preferencial, es decir, un punto especial, en donde se da prioridad a niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, las embarazadas, las personas con discapacidad, los reclusos(as), personas que sufren de enfermedades huérfanas, (pacientes de alto costo) entre otros. Con este buscamos garantizar los derechos de nuestros usuarios entre los que se encuentran: Recibir atención humanizada oportuna y eficiente, la orientación y comunicación permanente de manera cordial, recibir atención integral con principios de objetividad y buen trato.
- Cuenta también con apoyos o ajustes razonables entre los cuales podemos mencionar (rampas de acceso, ascensor, entre otros.)
- Cuenta con sala de rehabilitación funcional, en la cual se realiza atención de manera integral al paciente y su núcleo familiar, (abordando las áreas de la salud física, mental y social, de manera holística e integral)
- Cuenta con una oficina de Atención al Usuario, la cual es el puente entre el Usuario y las diferentes áreas o funcionarios que laboran en la institución, donde se vela por la garantía de los derechos de los usuarios y su núcleo familiar y social, entre otros.
- Cuenta con mecanismos de participación social en salud, entre los cuales se encuentran la Asociación o Liga de Usuarios.
- Cuenta con equipos PAPSIVI: Los cuales, a través de un programa del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, brinda atención integral en salud y apoyo psicosocial a las víctimas del conflicto armado, con el cual busca Mitigar el sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental, y a la reconstrucción del tejido social.
- Cuenta con dos equipos certificadores de discapacidad, avalados por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros mecanismos.

5.4. Número de acciones de usuarios vigentes

Actualmente en la E.S.E Hospital Ismael Roldán Valencia se cuenta con la asociación de usuarios, la cual está conformada de la siguiente manera:

- Rosa Elena Gamboa Mena - Comité Q y R.
- Fredy Medina Delgado - Comité ética Hospitalaria.
- Henry Serna Moreno – Vocal.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

- Leormandi Córdoba – Vocal.
- Deily Natalia Palomeque Rentería - Comité de ética Hospitalaria.
- Jenny Rentería Córdoba – secretaria.
- Elver Augusto Rentería Rentería - presidente Asociación de Usuarios.
- Elcy del Carmen Perea Blandón – Representante de los Usuarios ante la Junta Directiva.

La asociación de usuarios apoya a la institución mediante visitas a las instalaciones en las que realiza un acompañamiento a la oficina de Atención al Usuario. Se realiza apertura de los buzones de sugerencias y de esta manera la asociación es veedora de la transparencia del proceso que se efectúa en el Hospital. Con respecto a las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones que interponen los pacientes, acompañantes y usuarios en general que son atendidos en la E.S.E la asociación tiene conocimiento y valida que estas manifestaciones sean resueltas en los términos y tiempos establecidos por la Ley. Así mismo, apoyan las capacitaciones que de manera personalizada se le dan a los usuarios sobre los derechos y deberes que tienen cada uno de ellos.

5.5. Informe de los logros obtenidos como producto del trabajo conjunto entre la administración y las alianzas, asociaciones de usuarios y demás instancias de participación de la Entidad

Uno de los mecanismos de participación social en salud, que tiene institucionalizado La E.S.E. Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó se encuentra la Asociación de Usuarios o Liga de Usuarios.

Es un mecanismo de participación social conformada por personas que hacen uso de los servicios que presta el hospital ya sea del régimen contributivo, subsidiado, los cuales velan por la calidad de los servicios y la defensa de los derechos de los usuarios.

Dentro de sus funciones podemos destacar:

- Asesorar a la población sobre los procesos de libre elección
- Conocer las inquietudes de los afiliados para hacer propuestas a la junta directiva.
- Vigilar que las decisiones que se tomen en la Junta Directiva o Comités de los cuales participan se apliquen según lo acordado.
- Vigilar las tarifas y cuotas de recuperación, ejercer las veedurías en las instituciones del sector
- Elegir representantes ante el comité de ética Hospitalaria, Quejas y Reclamos, Junta Directiva del hospital, entre otros, al igual que asesorar a sus asociados en la identificación y acceso a los paquetes de servicios en salud que tienen derecho.

5.6. Informe de las encuestas de satisfacción

Con el fin de conocer el grado de satisfacción de los usuarios en los servicios que se prestan en la institución, se emplea la encuesta “Satisfacción de los usuarios”, la cual se ha constituido en una herramienta fundamental del nivel directivo y líderes de procesos, para identificar no solo cuántos se sienten satisfechos con la atención, la información, la oportunidad y la puntualidad recibida del equipo de salud, sino también conocer las inconformidades que tengan que ver con la eficiencia de los procesos en dichos servicios, la comodidad, el estado del área física y equipos destinados para el quehacer diario.

Se seleccionaron, 1514 encuestas de personas atendidas en la E.S.E. Hospital Ismael Roldan Valencia, dicho personal encuestado pertenecen a empresas como: COMFACHOCO con 373 encuestados, COOSALUD con 198 encuestados, NUEVA EPS con 488 encuestados, SANITAS con 441 encuestados y SAVIA SALUD y OTROS con 14 encuestados, a los cuales se les preguntaron y respondieron sobre:

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?” y que debían responder con alternativas de respuesta como: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y no responde.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

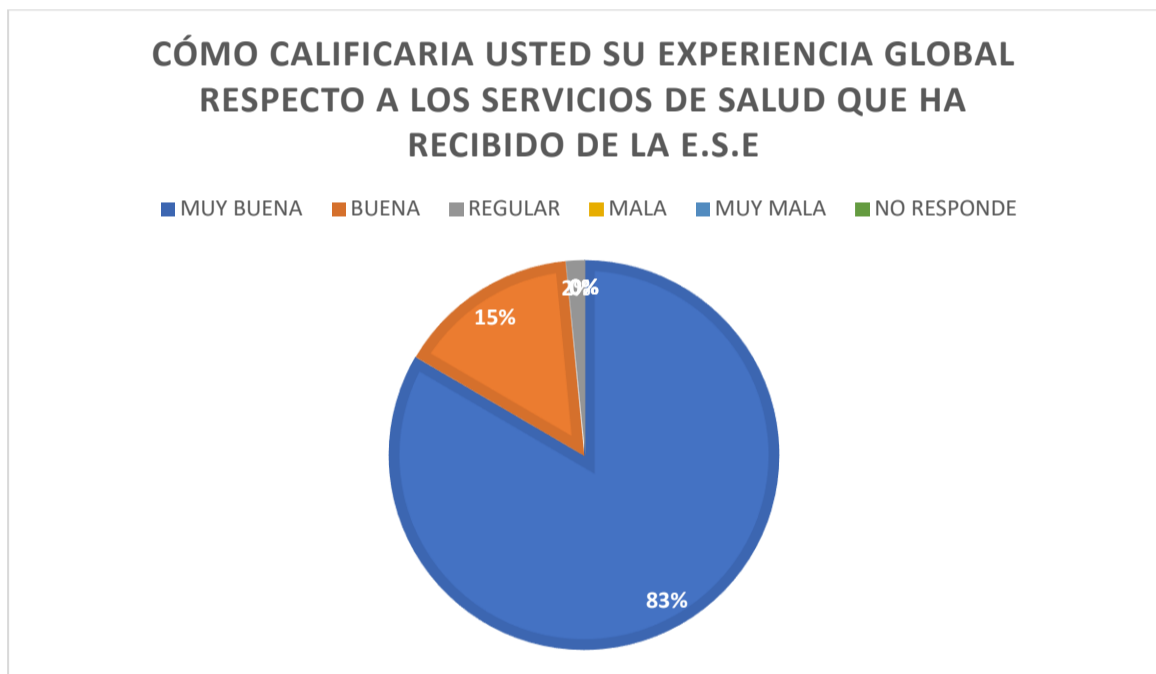
En relación con lo evaluado los resultados obtenidos alcanzaron los siguientes puntajes: muy buena 1263, buena 228, regular 23, mala 0, muy mala 0 y no responde 0.

Además, se les pregunto sobre: “¿recomendaría a sus familiares y amigos esta E.S.E.?” , con opciones de respuesta tales como: definitivamente si, probablemente sí, definitivamente no, probablemente no y no responde, obteniendo los siguientes puntajes: definitivamente si 1367, probablemente sí 145, definitivamente no 0, probablemente no 2 y no responde 0

Resultado global de la encuesta de satisfacción del usuario de la ESE HLRV del año 2025

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la E.S.E.?”

MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO RESPONDE
1263	228	23	0	0	0



Al procesar las encuestas se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Número de usuarios que respondieron a la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?” y que debían responder con alternativas de respuesta como: muy buena, buena, regular, mala, muy mala y no responde.

CALIFICACIONES	PORCENTAJE
MUY BUENA	83%
BUENA	15%
REGULAR	2%
MALA	0%
MUY MALA	0%
NO RESPONDE	0%

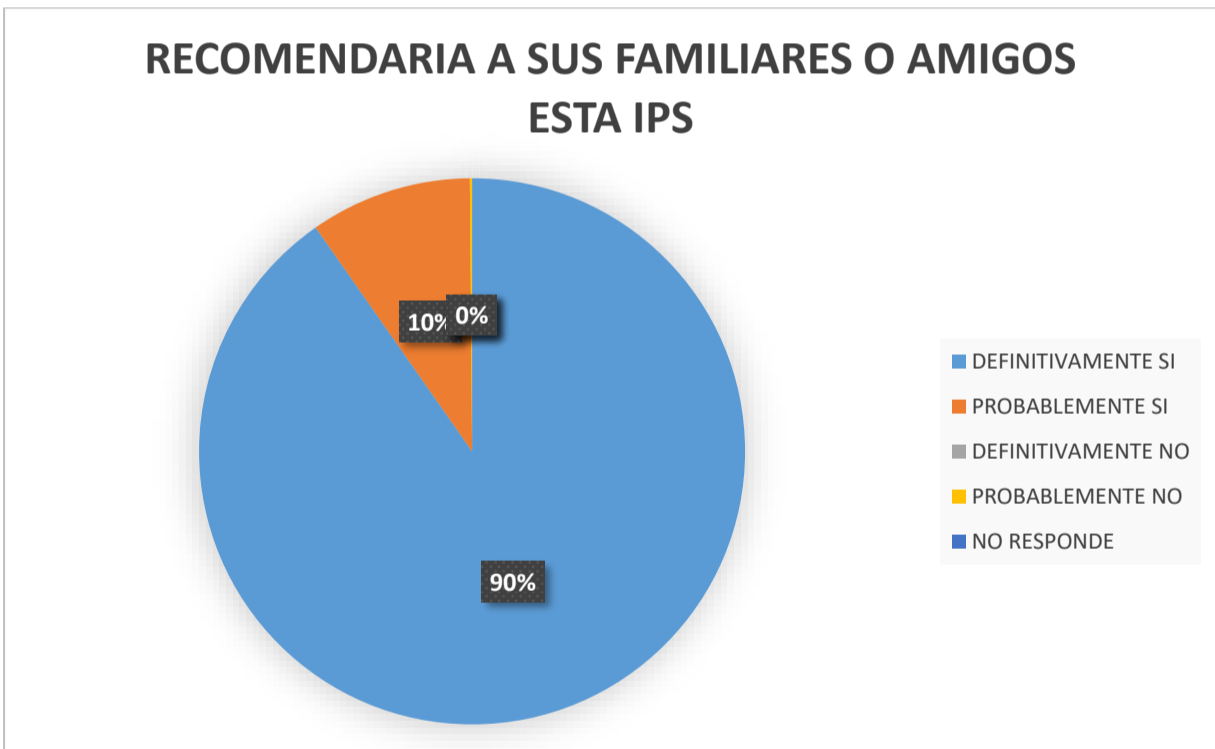
		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Se evidencia que es alto el porcentaje de usuarios que se sienten satisfechos con el servicio recibido en el Hospital Ismael Roldan Valencia durante esta vigencia, pues si tomamos como referencia el ítem, muy buena que es el que alcanzo el valor más alto nos arroja un porcentaje del **83%**

El 17 por ciento restante que se encuentran en los rangos de los ítem buena y regular, no quiere decir, que dejan de ser relevantes para el Hospital Ismael, pues para ellos se establecieron planes de mejoramientos, con estrategias trazadas en las cuales se utilizaron como herramientas metodológicas la IECP (INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN) las cuales se convirtieron en herramientas poderosas para posibilitar una mejoría en el proceso de atención al usuario, involucrando a todas las áreas, ya sean asistenciales o administrativas

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”, con opciones de respuesta tales como: definitivamente si, probablemente sí, definitivamente no, probablemente no y no responde.

DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	DEFINITIVAMENTE NO	PROBABLEMENTE NO	NO RESPONDE
1367	145	0	2	0



Al procesar la anterior información se concluyó que:

Número de usuarios que respondieron a la pregunta ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”, con opciones de respuesta tales como: definitivamente si, probablemente sí, definitivamente no, probablemente no y no responde, expresado en porcentajes fue el siguiente:

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

CALIFICACIONES	PORCENTAJE
DEFINITIVAMENTE SI	90%
PROBABLEMENTE SÍ	10%
DEFINITIVAMENTE NO	0%
PROBABLEMENTE NO	0%
NO RESPONDE	0%

Es alto el porcentaje de usuarios que recomendarían a sus familiares y amigos la E.S.E. Hospital Ismael Roldan Valencia durante esta vigencia, pues si tomamos como referencia el ítem, definitivamente si, que es el que alcanzo valor más alto, nos arroja un porcentaje del **90%** lo cual es muy significativo en el proceso de atención al usuario.

No se quiere decir con lo anterior, que el **10%** restante deja de ser importante para la E.S.E. pues esto ayudo a que se identificaran puntos en los cuales se realizó mayor énfasis de atención e intervención, lo cual se incluyó en los planes de mejoramiento, donde se logró concertar mayor apoyo en el personal de facturación en la asignación de citas presenciales, al igual que se instauró la asignación de citas telefónicas, lo que ayuda a disminuir en gran medida la aglomeración de usuarios en la institución, al igual que la racionalización del tiempo.

6. Gestión Ambiental

El Hospital Ismael Roldán Valencia cuenta con condiciones ambientales internas que favorecen la adecuada prestación de los servicios de salud y el manejo integral de los residuos hospitalarios, en concordancia con los lineamientos establecidos en el PGIRASA. Las áreas asistenciales, administrativas y de apoyo presentan condiciones de ventilación e iluminación que permiten el desarrollo seguro de las actividades y facilitan la correcta segregación de los residuos en la fuente.

Las labores de limpieza y desinfección se realizan de manera periódica, contribuyendo al control de agentes patógenos y a la reducción de riesgos biológicos. Asimismo, se implementan medidas para el control de olores y la prevención de la presencia de vectores, especialmente en las áreas de almacenamiento temporal de residuos hospitalarios.

El almacenamiento interno de los residuos se realiza en espacios definidos y señalizados, con superficies de fácil limpieza y acceso restringido, lo cual minimiza la exposición del personal, los pacientes y los visitantes. Estas condiciones ambientales internas permiten mantener un entorno hospitalario seguro y ordenado, fortaleciendo la gestión integral de los residuos y el cumplimiento de la normatividad sanitaria y ambiental vigente.

Conformación y funciones del Grupo de Gestión Ambiental:

El Hospital Ismael Roldán Valencia cuenta con un Grupo de Gestión Ambiental, responsable de planificar, coordinar y realizar seguimiento a las acciones relacionadas con la gestión ambiental y el manejo integral de los residuos hospitalarios, en cumplimiento de la normatividad vigente.

El Grupo de Gestión Ambiental está conformado por los siguientes cargos:

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

- ✓ Gerente
- ✓ Subgerente administrativa
- ✓ Enfermeras jefas
- ✓ Control interno
- ✓ Supervisor de Saneamiento Ambiental
- ✓ Responsable de mantenimiento
- ✓ Coordinador de laboratorio

Este grupo cumple un papel fundamental en la implementación y fortalecimiento del PGIRASA, articulando las acciones ambientales con los procesos misionales y administrativos de la institución.

Composición de Residuos

AREA	ACTIVIDAD	COMPOSICIÓN RESIDUO
Sala de Espera	Diligenciamiento de formularios, facturas, Espera de pacientes	- Ordinaries: Papel y plástico no reciclables (empaques de alimentos, servilletas) - Reciclables: Papel, c a r t ó n , botellas de vidrios v plástico
Administración	Gestiones administrativas	- Ordinaries: Papel y plástico reciclables y no reciclables (empaques de alimentos, servilletas) - Biosanitarios: residuos de servicios sanitaries - Reciclables: papel, cartón, botellas de vidrios y plástico
Vacunación	Aplicación de vacunas	- Biosanitarios: Algodón, guantes, jeringas, residuos de vacunas (inocuos) - Cortopunzantes: Agujas, lancetas, láminas de vidrio - Ordinaries: Papel plastificado, encerado, metalizado, termo encogible, toallas de papel - Reciclables: Empaques externos de insumos como plástico y cartón. Papel de oficina
Odontología	Servicios odontológicos	- Biosanitarios: (Por contado con fluidos corporales): Algodón. jeringas. guantes - Químicos: Amalgamas - Cortopunzantes: Agujas - Ordinario: Papel plastificado. encerado, metalizado, toallas de papel
Consultorios médicos	Consultas medicas	Biosanitarios: (Por contacto con fluidos corporales): Guantes, algodón, baja lenguas. aplicadores. - Ordinaries: Papel plastificado, encerado, metalizado, toallas de papel - Reciclables: Papel de oficina, empaques externos de insumos (cartón v plástico)
Promoción y Prevención	Controles de crecimiento y desarrollo, prenatales. Otras actividades de promoción y prevención	- Biosanitarios: (Por contacto con fluidos corporales): Espéculos, baja lenguas, aplicadores, guantes, gasas - Ordinaries: Papel y plástico no reciclable - Reciclable: Papel de oficina, empaques externos de insumos (cartón v plástico)
Rayos X	Toma de estudios radiológicos básicos	- Biosanitarios: Guantes - Químicos: Líquidos fijador y revelador - Ordinario: Papel y plástico no reciclables - Reciclable: Papel de oficina, empaques externos de insumos (cartón v plástico)
Laboratorio clínico	Toma y análisis de muestras de laboratorio	- Biosanitarios (Por contacto con fluidos corporales): Algodón, jeringas, guantes - Anatomopatológicos: Restos de muestras de

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

		laboratorio (orinas, sueros, materia fecal, coágulos) – Cortopunzantes: Aguja, lancetas, restos de tubos de ensayo, láminas de vidrio – Ordinarios: Papel y plástico no reciclables – Reciclable: Papel de oficina, empaques externos de insumos (cartón y plástico)
Maternidad	Atención de Partos, atención de consultas a las maternas	- Biosanitarios (Por contacto con fluidos corporales): Algodón, jeringas, guantes - Anatomopatológicos: placenta, fluidos corporales - Reciclables: papel, botellas de vidrios y plástico

Avance en la Gestión de Residuos Hospitalarios

Segregación en la fuente

Constituye una etapa fundamental en la gestión integral de los residuos de atención en salud, ya que permite reducir riesgos sanitarios y ambientales, optimizar los procesos de manejo y minimizar la generación de residuos peligrosos. En el Hospital Ismael Roldán Valencia, la separación de los residuos se realiza en el lugar donde se generan, con la participación activa del personal de salud y de los usuarios que hacen uso de los servicios.

El personal de salud es el principal generador de residuos como consecuencia del desarrollo de sus actividades asistenciales diarias. Este personal realiza la segregación de los residuos mediante la utilización del código de colores establecido para residuos hospitalarios, correspondiente a las bolsas roja, negra y blanca, de acuerdo con la clasificación del residuo generado. No obstante, se ha identificado que en algunas ocasiones se presentan prácticas inadecuadas de segregación, lo cual conlleva al incremento en la cantidad de residuos peligrosos, evidenciando la necesidad de fortalecer los procesos de capacitación y sensibilización al personal.

Por su parte, los usuarios internos y externos cuentan con recipientes y rótulos adecuados para la disposición de los residuos, los cuales se encuentran debidamente identificados conforme a lo establecido en la Resolución 0591 de 2024 y demás normatividad vigente relacionada con la identificación y rotulación de residuos.

Ubicación de recipientes en el área asistencial

Los recipientes para la segregación de residuos se encuentran ubicados en cada una de las áreas asistenciales del hospital, garantizando el acceso oportuno a los puntos de disposición en el lugar de generación. Dichos recipientes se encuentran actualizados en su totalidad conforme al código de colores establecido en la Resolución 2184 de 2019, lo cual facilita la correcta segregación en la fuente y reduce el riesgo de errores en la clasificación de los residuos.

Adicionalmente, las ambulancias del Hospital Ismael Roldán Valencia cuentan con contenedores adecuados para la disposición de los residuos generados durante el traslado de pacientes, asegurando el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y el manejo adecuado de los residuos en todas las etapas de la atención, técnicas descritas en el manual y las normas ambientales sanitarias

Características de los Recipientes

Los recipientes utilizados para el almacenamiento de residuos en las áreas de servicio del Hospital Ismael Roldán Valencia cumplen con las condiciones técnicas establecidas en el

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

PGIRASA y la normatividad ambiental vigente. Estos recipientes son livianos, resistentes a los golpes, de forma cónica o cilíndrica y cuentan con tapa de pedal, lo que permite una adecuada disposición de los residuos entre una recolección y otra. Su superficie lisa facilita el lavado y la desinfección, y se encuentran debidamente rotulados con el tipo de residuo a depositar.

Las tapas de los recipientes presentan un buen ajuste, bordes redondeados y boca ancha, garantizando un vaciado seguro y minimizando el riesgo de derrames durante su manipulación.

Para la disposición de residuos cortopunzantes, el hospital utiliza guardianes de seguridad, los cuales son rígidos, impermeables, resistentes a la corrosión y cuentan con tapa hermética, tapa de seguridad y sistema expulsor de agujas, lo que reduce el riesgo de accidentes laborales y exposición biológica del personal.

En las diferentes áreas del hospital se aplica el código de colores establecido, utilizando recipientes y bolsas del mismo color, de acuerdo con el tipo de residuo generado, lo cual facilita la correcta segregación en la fuente y el cumplimiento de los lineamientos del PGIRASA. El Hospital Local Ismael Roldan Valencia adopta el código Único de colores establecido en la Resolución 0591 de 2024 y 2184 del 2019, para la clasificación de los residuos, color de recipientes y rótulos.

Características generales del área

Las áreas destinadas para el manejo de los residuos de atención en salud en el Hospital Ismael Roldán Valencia cuentan con condiciones físicas y sanitarias adecuadas, que permiten el desarrollo seguro de las actividades de segregación, recolección y almacenamiento. Estas áreas disponen de pisos impermeables, resistentes, antideslizantes y de fácil limpieza, paredes y superficies lisas, buena ventilación e iluminación, lo cual facilita las labores de aseo y desinfección.

Adicionalmente, cuentan con suministro permanente de agua, drenajes funcionales y accesos definidos que permiten una adecuada circulación del personal y los residuos, minimizando riesgos de contaminación cruzada y garantizando el cumplimiento de las medidas de bioseguridad establecidas en el PGIRASA.

Almacenamiento central de residuos

El almacenamiento central de residuos de la E.S.E. Hospital Ismael Roldán Valencia se encuentra estratégicamente localizado al interior de la institución, garantizando un aislamiento efectivo de las áreas de prestación de servicios asistenciales para prevenir riesgos de contaminación cruzada. Cumpliendo con los criterios de organización, el espacio dispone de áreas debidamente diferenciadas para el acopio técnico de cada clase de residuo.

Diagnóstico y Plan de Acción 2025: Si bien la ubicación y distribución actual permiten un control operativo del flujo de residuos, la institución ha identificado la necesidad imperativa de ejecutar un cronograma de mantenimiento correctivo y preventivo. Este plan está orientado a fortalecer la infraestructura física y las condiciones sanitarias del depósito para alinearlas al 100% con las exigencias del PGIRASA.

Dentro de las acciones priorizadas para la optimización de este recinto se encuentran:

Adecuación de Infraestructura: Reparación de acabados y optimización de las condiciones de ventilación e iluminación.

Fortalecimiento de Dotación: Adquisición de nuevos contenedores que cumplan con la codificación de colores y especificaciones técnicas de hermeticidad.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Señalización y Seguridad: Actualización de la señalización de bioseguridad y reposición de equipos de emergencia (kits de derrames y extintores) para garantizar una respuesta inmediata ante incidentes.

Esta gestión de mejora continua asegura que el Hospital Ismael Roldán Valencia no solo disponga de sus residuos, sino que lo haga bajo condiciones óptimas de seguridad, higiene y dignidad laboral para el personal encargado de la ruta sanitaria.

Desactivación de residuos

La desactivación de los residuos cortopunzantes se realiza en los guardianes de seguridad, los cuales se llenan hasta las tres cuartas ($\frac{3}{4}$) partes de su capacidad. Una vez alcanzado este nivel, se adiciona el desinfectante químico correspondiente, se deja actuar durante aproximadamente 20 minutos, se sella el recipiente y se rotula para su posterior traslado al almacenamiento central. Adicionalmente, al momento de instalar los guardianes, se adiciona desinfectante para prevenir la proliferación de microorganismos.

En cuanto a los residuos químicos, el hospital implementa prácticas de manejo diferencial. Actualmente, la institución se encuentra libre de mercurio, dado el reemplazo de amalgamas por resinas dentales; cualquier elemento mercurial residual se maneja como residuo puro para confinamiento. Las lámparas fluorescentes son almacenadas de forma segura, debidamente rotuladas y entregadas al gestor externo autorizado. Los medicamentos vencidos, deteriorados o parcialmente consumidos y los residuos de reactivos de laboratorio son clasificados y manejados de acuerdo con su nivel de riesgo, siendo entregados al gestor externo autorizado o dispuestos conforme a los procedimientos establecidos.

Movimiento interno de residuos

El movimiento interno de los residuos en el Hospital Ismael Roldán Valencia se realiza conforme a los protocolos establecidos para el manejo de residuos de atención en salud, garantizando condiciones de seguridad, bioseguridad y control durante su transporte desde el área de generación hasta el almacenamiento central.

Los residuos peligrosos (biosanitarios, cortopunzantes y anatomopatológicos) y los residuos no peligrosos (reciclables, ordinarios e inertes) son evacuados a través de rutas internas definidas y señalizadas, las cuales se encuentran establecidas en los mapas institucionales de manejo de residuos.

La evacuación de los residuos biosanitarios y cortopunzantes se realiza de manera organizada en los diferentes pisos del área asistencial, siguiendo recorridos que permiten minimizar el riesgo de contaminación cruzada y la exposición del personal, mientras que los residuos anatomopatológicos son transportados directamente desde el área de generación hasta el almacenamiento central por el personal asistencial responsable.

Las mismas rutas internas son utilizadas para la evacuación de los residuos reciclables, ordinarios e inertes, asegurando la segregación adecuada y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el PGIRASA.

Para el movimiento interno contamos con la siguiente programación:

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Horario de Recolección

ÁREA	RECOLECCIÓN		HORA DE INICIO	HORA FINAL	N° DE PERSONAL
	Residuos peligrosos	Residuos ordinarios y reciclables			
Asistencial	x		05:30 a.m.	05:45 a.m.	2
Asistencial		x	05:45 a.m.	06:00 a.m.	2
Asistencial	x		09:00 a.m.	09:15 a.m.	2
Asistencial		x	09:15 a.m.	09:30 a.m.	2
Barrido alrededor de las instalaciones		x	10:00 a.m.	10:45 a.m.	1
Consulta externa	x	x	06:00 a.m.	06:45 a.m.	1
Administrativa		x	06:00 a.m.	11:00 a.m.	1
Asistencial – consulta externa	x	x	01:00 p.m.	01:30 p.m.	2
Asistencial		x	01:30 p.m.	02:00 p.m.	2
Asistencial	x		08:00 p.m.	08:30 p.m.	1
Asistencial		x	08:30 p.m.	9:00 p.m.	1

Gestión integral de residuos peligrosos en la prestación de servicios de salud extramurales

El Hospital Ismael Roldán Valencia presta servicios de salud extramurales a través del programa de promotoras de salud y la realización de brigadas de salud en diferentes corregimientos del municipio de Quibdó, caracterizados por condiciones geográficas de difícil acceso, tanto fluvial como terrestre.

Gestión de residuos generados por promotoras de salud

El hospital cuenta con 27 promotoras de salud que operan en diferentes corregimientos del municipio. La gestión de los residuos generados se realiza de la siguiente manera:

- ✓ **Residuos reciclables:** Son transportados por las promotoras a la sede principal del hospital para su almacenamiento y posterior entrega a organizaciones de recicladores.
- ✓ **Residuos biodegradables:** Son entregados a miembros de la comunidad dedicados a actividades agrícolas y de cría de animales.
- ✓ **Residuos biosanitarios:** Debido a la baja generación, se realiza la segregación y desactivación conforme a los procedimientos establecidos en el PGIRASA.
- ✓ **Residuos cortopunzantes:** Son desactivados, sellados, rotulados con la información correspondiente y transportados al área de almacenamiento central del hospital.
- ✓ **Residuos anatomopatológicos:** Ante la inviabilidad técnica y el riesgo biológico del transporte, se realiza inactivación química y confinamiento in situ, mediante procedimientos controlados que garantizan la protección sanitaria y ambiental, conforme a los lineamientos del PGIRASA y sujetos a verificación por la autoridad ambiental.
- ✓ **Residuos químicos:** Los fármacos cuentan con control de fechas de expiración; en caso de requerirse desactivación, esta se realiza según el procedimiento establecido.

Gestión de residuos generados en brigadas de salud

Durante las brigadas de salud, en las que se prestan servicios de medicina general, laboratorio, odontología y vacunación, los residuos generados son gestionados de acuerdo con su clasificación: Los residuos no peligrosos se manejan conforme a los procedimientos definidos para la atención extramural.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Los residuos biosanitarios son desactivados y transportados al almacenamiento temporal o central del hospital al finalizar la brigada o según su duración. Los residuos cortopunzantes son desactivados, sellados, rotulados y trasladados al almacenamiento central. Los residuos químicos son gestionados conforme a los procedimientos de desactivación establecidos en el PGIRASA.

Gestión externa de los residuos

Residuos ordinarios e inertes: La disposición final de los residuos ordinarios e inertes generados por el Hospital Ismael Roldán Valencia y su red adscrita se encuentra a cargo de la Empresa Pública de Quibdó (E.P.Q.), la cual realiza la recolección directamente en la sede principal y en cada uno de los centros de salud. La frecuencia de recolección es de tres (3) veces por semana, los martes, jueves y sábados, garantizando la evacuación oportuna de este tipo de residuos.

Residuos reciclables: Los residuos reciclables generados en la institución son entregados y donados a organizaciones y asociaciones de recicladores, incluyendo promotores ambientales y recicladores de oficio, quienes se encargan de su recolección y aprovechamiento. Para esta actividad se diligencia un formato de entrega, el cual es firmado por el personal que entrega y recibe los residuos, permitiendo la trazabilidad del proceso y el control institucional.

Residuos peligrosos: La gestión externa de los residuos peligrosos hospitalarios se encuentra a cargo de la empresa REATECH, ubicada en el municipio de Quibdó, la cual cuenta con autorización para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de este tipo de residuos. El proceso incluye la recolección y transporte de RESPEL, la incineración de residuos cortopunzantes y anatomopatológicos, la desactivación de alta eficiencia de residuos biosanitarios y el tratamiento y disposición final de residuos químicos, en sus instalaciones o mediante convenios con otros gestores autorizados.

Efluentes líquidos: El Hospital Ismael Roldán Valencia cuenta con un total de 106 unidades sanitarias, distribuidas entre sanitarios y lavamanos en las diferentes áreas asistenciales y administrativas. Actualmente, la red sanitaria del área asistencial se encuentra conectada a la red pública de alcantarillado del municipio de Quibdó.

Emisiones atmosféricas: Las emisiones atmosféricas generadas por la institución corresponden principalmente a fuentes móviles, representadas por las ambulancias del hospital. Estos vehículos cuentan con la revisión técnico-mecánica vigente, cumpliendo con los requisitos establecidos para la circulación y control de emisiones.

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN AMBIENTAL

Caracterización y Cuantificación Institucional

Durante el periodo 2025, la E.S.E. Hospital Ismael Roldán Valencia generó un total de 20.204,65 kg de residuos hospitalarios. Esta generación se distribuye técnicamente de la siguiente manera:

Residuos Peligrosos (RESPEL): Representan el 64,20% de la carga total, con un acumulado de 12.971,45 kg. El promedio mensual de generación fue de 1.080,95 kg, siendo los biosanitarios el residuo predominante con un 55,51% de la participación global (11.214,81kg)

Residuos No Peligrosos: Corresponden al 35,80% de la generación, sumando 7.233,20 kg. Se destaca la gestión de residuos reciclables, los cuales promediaron 181,42 kg/mes, logrando un aprovechamiento total de 2.177,0 kg en el año.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Según su Peligrosidad (Periodo 2025)

El comportamiento de la generación de residuos en la E.S.E. Hospital Ismael Roldán Valencia durante el año 2025 muestra una tendencia marcada hacia la generación de residuos de carácter asistencial. El análisis de estas dos variables es el siguiente:

Residuos Peligrosos (RESPEL): Esta variable es la de mayor impacto para la institución debido a los costos de tratamiento y los riesgos sanitarios asociados.

Volumen Total: Se generaron 12.971,45 kg de residuos peligrosos en el año.

Composición: Esta carga está integrada principalmente por residuos Biosanitarios (11.214,81 kg), seguidos por Cortopunzantes (623,33 kg), Químicos (86,95 kg) y Anatomopatológicos (84,79 kg).

Interpretación de Gestión: El 64,20% de toda la producción del hospital es peligrosa. Esto indica que más de la mitad de los residuos generados requieren procesos de incineración o desactivación de alta eficiencia, lo cual es coherente con una institución que mantiene servicios de urgencias y hospitalización activos durante los 12 meses. El promedio mensual de esta variable se situó en 1.080,95 kg.

Residuos No Peligrosos: Esta variable refleja la eficiencia de la institución en sus programas de segregación en la fuente y oficinas administrativas.

Volumen Total: Se reportó una generación de 7.233,20 kg.

Composición: Se divide en residuos Ordinarios (5.056,20 kg) y material Reciclable (2.177,0 kg).

Interpretación de Gestión: Los residuos no peligrosos representan el 35,80% de la generación total. Es de resaltar que, dentro de esta categoría, el 30% es material aprovechable (reciclaje), lo que demuestra un compromiso institucional con la economía circular y la reducción de residuos que llegan al relleno sanitario. El promedio mensual para esta categoría fue de 602,76 kg. Como lo muestra en la tabla 3.

Análisis Comparativo y Conclusión Técnica:

Al cruzar ambas variables, el balance institucional arroja un Gran Total de 20.204,65 kg generados en el periodo.

La relación de 1.8 a 1 entre residuos peligrosos y no peligrosos evidencia que, por cada kilogramo de residuo común generado, la institución produce casi 2 kilogramos de residuos con riesgo biológico o químico. Este dato es fundamental para la planeación del presupuesto del próximo año, ya que asegura que la ruta sanitaria y el contrato con el gestor externo deben estar dimensionados para procesar un promedio total mensual de 1.683,72 kg." Como lo muestra la figura.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Cantidad de Residuos según la peligrosidad 2025

■ TOTAL DE RESIDUO PELIGRO ■ TOTAL DE RESIDUO NO PELIGROSO



La gestión de residuos en la E.S.E. Hospital Ismael Roldán Valencia se fundamenta en la segregación estricta de seis corrientes principales de residuos. A continuación, se detalla el comportamiento de cada una según el consolidado anual:

Residuos Biosanitarios (Riesgo Biológico)

Cantidad Anual: 11.214,81 kg.

Es la corriente con mayor peso en la institución, representando el 55,51% de la generación total. Su promedio mensual es de 934,57 kg. La mayor concentración se encuentra en el Hospital HIRV (10.080,10 kg), lo cual es coherente con la actividad de urgencias y hospitalización.

Residuos Cortopunzantes

Cantidad Anual: 623,33 kg.

Representan el 3,08% de la generación. Aunque su peso es bajo en comparación con los biosanitarios, su peligrosidad es alta. Se destaca que todos los centros de salud, como San Vicente (59,05 kg).

Residuos Anatomopatológicos

Cantidad Anual: 84,79 kg.

Análisis: Esta corriente corresponde al 0,42% del total. Se genera exclusivamente en la sede principal (Hospital HIRV), atención de partos entre otras. Su manejo es crítico y requiere congelación previa a la recolección externa.

Residuos Químicos y RAE (Otros)

Cantidad Anual: 86,95 kg.

Representan el 0,43% de la carga. Incluye residuos de laboratorio, medicamentos vencidos y dispositivos electrónicos. Al igual que los anatomopatológicos, su generación se centraliza en el Hospital HIRV para garantizar un control técnico riguroso.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Residuos Ordinarios (No Peligrosos)

Cantidad Anual: 5.056,20 kg.

Conforman el 25,02% de los residuos generados. Se generan en todas las áreas administrativas, salas de espera y servicios generales de todas las sedes. El promedio mensual es de 421,35 kg.

Residuos Reciclables / Aprovechables

Cantidad Anual: 2.177,0 kg


Representan el 10,77% de la gestión. Este valor es un indicador de éxito ambiental, demostrando que la institución recupera un promedio de 181,42 kg mensuales de cartón, papel y plástico, evitando que lleguen al relleno sanitario.

La gestión de residuos 2025 de la E.S.E. Hospital Ismael Roldán Valencia ha sido congruente y eficiente. El promedio mensual de 1.683,72 kg se ha manejado bajo protocolos de seguridad que minimizan el riesgo sanitario. La centralización de los residuos de mayor peligrosidad en la sede principal y la gestión activa de los centros de salud como San Vicente y El Reposo garantizan que el hospital no solo cura pacientes, sino que también protege el medio ambiente de Quibdó.

Esquema de Disposición Final de RESPEL

Se detalla la trazabilidad de los residuos peligrosos desde su desactivación interna hasta su disposición final. La ruta incluye técnicas específicas como la congelación para anatomopatológicos y la desnaturalización para residuos químicos, asegurando que el 100% de la carga peligrosa institucional sea gestionada bajo estándares de seguridad por operadores especializados.

Gestión de Residuos Externos

	GESTION DE RESIDUOS PELIGROSO				
	TIPO DE RESIDUO	TECNICA DE DASACTIVACIÓN INTERNA	EMP. DE SERVICIO DE RECOLECCIÓN ESPECIAL	EMP. DE GESTIÓN EXTERNA	TRATAMIENTO EXTERNO
BIOSANITARIOS	Bomba de aspersión utilizando hipoclorito	REATECH	REATECH	Desactivación de alta eficiencia con AUTOCLAVE	Relleno de seguridad
CORTOPUNZANTES	Glutadín solución al 2%	REATECH	REATECH	Incineración	Relleno de seguridad
ANATOMOPATOLOGICOS	Congelamiento	REATECH	REATECH	Incineración	Relleno de seguridad
QUIMICOS MEDICAMENTOS	Desnaturalización por dilución en agua	REATECH	REATECH	Incineración de empaques y/o recipientes	Relleno de seguridad

Análisis de indicadores de Gestión Ambiental

De acuerdo con la gestión realizada por la institución durante el periodo 2025, se presentan los resultados obtenidos según las fórmulas de destinación establecidas:

- ✓ **Indicador de Destinación para Desactivación de Alta Eficiencia (IDd):** Se obtuvo un índice del 55,51%. Este valor corresponde a los residuos Biosanitarios 11.214,81

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

kg los cuales representan la mayor carga de gestión asistencial y son sometidos a procesos de inactivación de carga patógena mediante autoclave.

- ✓ **Indicador de Destinación para Relleno Sanitario (IDRS):** El indicador para residuos ordinarios y comunes fue del 25,02%. Estos residuos (5.056,2 kg) son aquellos que no pueden ser aprovechados y se disponen finalmente en el relleno sanitario municipal conforme a la ruta de recolección local.
- ✓ **Indicador de Destinación para Reciclaje (IDR):** Se alcanzó un índice de aprovechamiento del 10,77%. Este resultado destaca la efectividad de los programas de segregación en la fuente, logrando recuperar un total de 2.177,0 kg de material aprovechable, reduciendo así el impacto ambiental institucional.
- ✓ **Indicador de Destinación para Incineración (IDI):** Se reportó un índice del 3,93%. En este grupo se incluyen los residuos de alta peligrosidad como cortopunzantes, anatomopatológicos y químicos (795,07 kg), los cuales reciben tratamiento térmico externo para asegurar la eliminación de riesgos biológicos y químicos.

En conclusión, la ejecución y seguimiento del componente ambiental en la E.S.E. Hospital Ismael Roldán Valencia durante la vigencia 2025, se consolida como un proceso de excelencia operativa y responsabilidad social, plenamente alineado con los estándares nacionales e internacionales exigidos en el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA). Este informe técnico no solo representa una compilación de datos estadísticos, sino que refleja el compromiso inquebrantable de la institución con la seguridad sanitaria y la preservación del ecosistema chocono.

A través de una supervisión rigurosa en cada una de las fases de la gestión interna (segregación, movimiento interno, almacenamiento y entrega), la institución logró procesar con éxito un volumen total de 20.204,65 kg de residuos. Es imperativo resaltar que el fortalecimiento de la cultura ambiental entre el personal asistencial y administrativo permitió alcanzar un índice de aprovechamiento del 10,77%. Este resultado es un hito institucional, ya que demuestra una transición efectiva hacia modelos de economía circular, logrando que 2.177,0 kg de materiales dejaran de ser considerados desperdicio para reincorporarse a cadenas productivas, reduciendo así la huella de carbono de nuestra operación.

En cuanto al manejo de los residuos peligrosos, se garantiza a las autoridades competentes una buena trazabilidad en la cadena de custodia. La correcta clasificación de los residuos Biosanitarios (55,51%) y la gestión especializada de Cortopunzantes, Químicos y Anatomopatológicos (3,93%), aseguran que la E.S.E. ha mitigado cualquier riesgo de infección cruzada o contaminación accidental.

7. Control Interno

Desde la Oficina de Control Interno se realiza el acompañamiento y el seguimiento al cumplimiento en la Gestión Administrativo y Fiscal.

La E.S.E., diligencia en línea a través de la plataforma del Departamento Administrativo de la Función Pública el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión – FURAG, de esta evaluación el módulo de Planeación es presentado por la Profesional de Planeación de la Entidad y el módulo de Control Interno por parte del Jefe de Control Interno o quien hace sus veces, en donde se determina, cuantitativamente el estado de la implementación del Sistema de Gestión Institucional y su articulación con el Sistema de Control Interno, conformando entre los dos, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la E.S.E.

Se presentó oportunamente la Evaluación de Control Interno Contable vigencia 2024 en el 2025 a través del sistema de información CHIP de la Contaduría General de la Nación, con sujeción a lo estipulado en las Resoluciones N°357 del 23 de julio de 2008, N°663 del 30 de

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

diciembre de 2015, N°193 del 05 de mayo de 2016, N°693 del 06 de diciembre de 2016, N°706 del 16 de diciembre 2016 y N°043 del 08 de febrero de 2017, emanadas de la Contaduría General de la Nación – C.G.N, en el último informe de Evaluación de Control Interno Contable vigencia 2024 que se presenta en el 2025, a través del sistema de información CHIP de la Contaduría General de la Nación, obteniendo un puntaje de 4,75 calificación EFICIENTE para la E.S.E.

La evaluación muestra el avance de la implementación del Modelo de Control Interno Contable, conforme a lo estipulado por la Contaduría General de la Nación, con lo cual se orientó el fortalecimiento de la estructura contable de la E.S.E., sin dejar de observar que se requiere una mejora en la consolidación de información con algunas áreas, como quedo plasmado en observaciones y debilidades del proceso contable.

El Sistema de Gestión de Control Interno, orienta su trabajo de sensibilización a los funcionarios y contratistas, con el propósito de lograr la aceptación y compromiso en la filosofía de gerencia estratégica, para la autoevaluación a través del Autocontrol, la Autogestión y la Autorregulación, que incluye la implementación a todo nivel del Control Interno bajo el esquema del Modelo Estándar de Control Interno MECI y ahora con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, Decreto 1499 de 2017, el cual se lleva a cabo a través de los Diferentes Comité Institucionales en los cuales se abordan los asuntos Administrativos y Financieros de la Entidad y la Oficina de Control Interno hace seguimiento a los compromisos adquiridos en estos.

En la Auditoría Administrativa y de Gestión realizada de forma presencial en al año 2024 por la Contraloría Departamental del Chocó, a la E.S.E. Hospital Ismael Roldan Valencia de Quibdó, arrojó un Plan de Mejora para 8 hallazgos de tipo Administrativos, teniendo en cuenta que esta visita audito la información de la vigencia 2024, a la fecha del presente informe (2025) ya se han subsanados dichos hallazgos.

En la vigencia 2025, la SUPERSALUD no realizo visita de seguimiento y control de tipo Administrativo a la E.S.E.

Se diligencio en la plataforma en línea la Evaluación del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión Pública - FURAG, de acuerdo con la información que ha publicado en la página institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública la evaluación del FURAG vigencia 2024 en el primer trimestre de 2025, de la cual se cuenta con certificado de diligenciamiento.

El Sistema de Control Interno de la E.S.E., a través del desarrollo del Plan de Auditorias Anuales de la vigencia 2025, realizó la supervisión, revisión y seguimiento mediante las auditorías realizadas a los diferentes procesos, con el fin de disminuir o erradicar el riesgo, al tomar decisiones equivocadas.

Del Plan de Auditoria Anual, se llevaron a cabo las auditorias y seguimientos de las siguientes Áreas: Almacén – Farmacia – Contabilidad – Presupuesto – Tesorería Sistemas – Ambiental - Atención al usuario - Estadística y Procesos asistenciales.

Como resultados de estas auditorias se pudo observar lo siguiente:

Fortalezas del sistema:

A través de las diferentes evaluaciones, durante la vigencia evaluada, se infiere que existe el compromiso de la Gerencia, así como el de los líderes de los diferentes procesos para el fortalecimiento del ambiente de control y el avance en la gestión institucional, toda vez que tiene creados los comités institucionales, así como los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

La E.S.E., cuenta con los comités reglamentarios, como instrumentos de Gestión y mejoramiento de los Procesos, así como los diferentes planes institucionales.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

La gestión contractual de la entidad está documentada en el Manual de Contratación, está claramente definida la competencia para la adjudicación, celebración, suscripción, liquidación, terminación, modificación, adición y prórroga de los contratos, convenios y demás actos inherentes.

Así mismo, de manera general se evidencia correspondencia entre lo definido en el presupuesto y los programas, proyectos y objetivos institucionales, en tanto la E.S.E. formuló, publicó y adelantó la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones en coherencia con la disponibilidad presupuestal. No obstante, durante la vigencia se presentaron limitaciones derivadas de la insuficiencia de recursos financieros y de las condiciones de contingencia institucional y operativa, lo cual impactó parcialmente el nivel de ejecución de algunas actividades y adquisiciones inicialmente proyectadas, sin que ello afectara el cumplimiento de las prioridades esenciales de la prestación del servicio de salud.

Se realizan los documentos que otorgan el respaldo presupuestal previo y oportuno a la ejecución de los contratos y actos administrativos que afectan el presupuesto y se tienen en cuenta disposiciones en materia de austeridad y eficiencia en el gasto público.

Efectuada la revisión aleatoria en el área de presupuesto, a los documentos tramitados durante la vigencia que se evalúa, se observó que la E.S.E. efectúa los procedimientos requeridos para el pago de los diferentes compromisos dejando la trazabilidad y los respectivos comprobantes de egreso.

De igual forma, la E.S.E. ha venido efectuando el reporte de la información financiera, económica, social y ambiental a la Contaduría General de la Nación, a través del sistema Consolidador de Hacienda e Información Pública – CHIP, observando los lineamientos, plazos y condiciones establecidos en el Régimen de Contabilidad Pública y demás disposiciones vigentes aplicables. Lo anterior guarda concordancia con lo evidenciado en el Informe de Evaluación de Control Interno Contable, en el cual se verificó el cumplimiento de los procesos de generación, validación y reporte de la información contable, así como la implementación de mecanismos de seguimiento y mejora orientados a fortalecer la razonabilidad y oportunidad de la información financiera de la Entidad.

De conformidad con las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, inherentes a la dimensión de Talento Humano, como son: Gestión del Talento Humano e Integridad, la E.S.E. desarrolló y dejó de desarrollar las siguientes acciones.

Se adelantaron actividades para la gestión de Integridad de la E.S.E. enfocados a:

1. Apoyo al cumplimiento de las actividades contempladas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2025.
2. Se continuó con la socialización del Código de Integridad en las Capacitaciones y procesos de Inducción y Reinducción, con su respectiva acta de compromiso para adoptar los principios éticos de la E.S.E.
3. Los valores y principios éticos se divulgan siempre en las distintas capacitaciones realizadas por la E.S.E.

Se realizó el seguimiento a los Planes de Mejoramiento:

La Oficina de control Interno realizó durante la vigencia el seguimiento a los planes de mejoramiento internos y externos.

Para la vigencia fiscal 2025, la E.S.E. Hospital Local Ismael Roldán Valencia realizó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia 2024 mediante transmisión virtual a través de la plataforma Facebook Live, en cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente aplicable en materia de transparencia, participación ciudadana y control social. Lo anterior evidencia el cumplimiento de la obligación institucional de informar

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

a la ciudadanía sobre la gestión adelantada y los resultados obtenidos durante la respectiva vigencia fiscal.

Debilidades del sistema:

Frente a los resultados de la auditorías, seguimientos y evaluaciones realizadas, en ejecución del Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se observó que se cuenta con un ambiente de control respaldado y direccionado por la Línea Estratégica para fortalecer y mejorar el Sistema de Control Interno, los controles relacionados con la mitigación integral de los riesgos están en proceso de alcanzar la efectividad requerida.

Se continúa trabajando con esfuerzo en la participación permanente y continua de todas las áreas de la E.S.E. en la Gestión Institucional del Sistema de Gestión de Control Interno.

La E.S.E. continua con el proceso de fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, articulando este con el modelo de prestación de servicios que actualmente viene desarrollando.

Se debe continuar con el fortalecimiento de las tres (3) de Líneas de Defensa que contribuya en el mejoramiento continuo en lo relacionado con los componentes de Ambientes de Control, Actividades de Control y el Componente de Evaluación del Riesgo, con las acciones de monitoreo continuo y de autocontrol a cargo de la Primera y Segunda Línea de Defensa, quienes deben responsabilizarse en la mitigación de los riesgos institucionales y la prevención de materialización de estos.

Acciones de mejoramiento:

La E.S.E. refleja un avance en la construcción y adopción de procesos y procedimientos, políticas de operación, en coherencia con la planeación estratégica, acogiendo los instrumentos emitidos por las diferentes entidades líderes de política, en particular el Departamento Administrativo de la Función Pública, tales como; el Manual Operativo, el Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y los autodiagnósticos de MIPG, de conformidad con lo establecido en la Ley 87 de 1993, sus normas y Decretos reglamentarios, en articulación con lo determinado en el Decreto 1499 de 2017.

Se continua promoviendo por la Gerencia y el equipo directivo, el ambiente propicio para el control y el avance de la gestión, garantizado la comunicación interna y externa, brindar espacios que vinculen al personal para conocer de una manera más amplia, el entorno y el propósito de la E.S.E., la planeación estratégica, su naturaleza jurídica y la estructura administrativa, para avanzar en la socialización y apropiación del Código de Integridad, como instrumento fundamental para la armonía del grupo y la mejora del clima laboral.

Se continúa fortaleciendo los conocimientos sobre la Política de Administración del Riesgo, tanto del personal directivo, como de funcionarios y colaboradores de la E.S.E., para diseñar y reforzar los controles necesarios para que la planeación y su ejecución se lleven a cabo de manera eficiente, eficaz, efectiva y transparente, con el propósito de lograr una adecuada prestación de los servicios y una atención apropiada a los ciudadanos.

Para mejorar en los temas relacionados con la Defensa Jurídica de la E.S.E., se tiene en cuenta los Autodiagnósticos de Gestión y el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG., Decreto 1499 de 2017, con lo anterior se elabora un Plan de Acción Anual, concerniente la política de Defensa Jurídica.

Con relación a las tecnologías de la información, se continua con la apropiación y fortalecimiento del desarrollo e implementación de la Política de Gobierno y Seguridad Digital,

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

se continúa actualizando los Planes; Estratégico de Tecnologías de Información (PETI), de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y asignar recursos para la ejecución.

La Gerencia implementó las acciones de mejora necesarias determinadas en la evaluación al Plan de Acción, con respecto a las actividades programadas.

Se continua con el fortalecimiento de las Líneas de Defensa, para lo cual se impulsa la práctica de evaluar y comunicar de forma oportuna las medidas correctivas de los responsables de los procesos, para que realicen las acciones de mejora inmediata.

Se han tomado en cuenta la existencia de controles que surgen en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones.

Se ha sensibilizado en los funcionarios y contratistas sobre la importancia y necesidad en la revisión y medición de los procesos de las áreas.

Se ha respaldado la coordinación de las auditorías que están en cabeza del jefe de Control Interno o quien hace sus veces en la E.S.E., con el apoyo de los líderes de los procesos implementados.

Se priorizan los resultados de las evaluaciones independientes a los componentes, dependiendo de la valoración del riesgo continuo, las autoevaluaciones que realice y seguimiento a los planes de mejoramiento.

Hallazgos resultantes del ejercicio de control interno:

Teniendo en cuenta el desarrollo del Sistema de Control Interno y considerando el resultado de los acompañamientos, seguimientos, evaluaciones y auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno y los entes externos durante la actual Gerencia, presentamos algunas recomendaciones de los hallazgos resultantes de los aspectos evaluados de acuerdo con los criterios establecidos para el Informe:

- ✓ Fortalecimiento del Sistema de Control Interno y del modelo integrado de planeación y gestión – MIPG.
- ✓ Socialización oportuna a la alta dirección del total de los informes generados en la vigencia 2025, contribuyendo a la toma de decisiones basadas en evidencia.
- ✓ Como resultado de las alertas socializadas a la alta dirección en el comité de coordinación de control interno, sobre el resultado de seguimiento a la implementación de los planes de mejoramiento, se redujo el número de hallazgos resultantes de la auditoría de gestión realizada.
- ✓ Se obtuvo información relevante y confiable, que da soporte al Sistema de Control Interno.
- ✓ Se comunicó la información relevante hacia el interior de la E.S.E., para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.
- ✓ Se requiere el fortalecimiento de los mecanismos de obtención y consolidación de información al interior de la entidad para rendir informes a los diferentes entes de control.
- ✓ Se socializa y actualiza periódicamente el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), y se realizan los Comités.
- ✓ Se actualizan para la vigencia los planes institucionales establecidos en la norma.
- ✓ Se comunicó a los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del Sistema de Control Interno y se proporcionó información hacia las partes externas en respuesta a las necesidades y expectativas.
- ✓ Continuar con el fortalecimiento en la actualización de la información institucional en la página web en cumplimiento de transparencia y acceso a la información pública.

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

- ✓ Continuar con el fortalecimiento del MIPG y su articulación con el modelo de prestación de servicios que viene implementando la E.S.E.

Seguimiento a los hallazgos resultantes determinados durante el ejercicio de control interno:

Las acciones de mejora se ejecutaron de acuerdo con lo planificado en su descripción y periodo de ejecución.

Para el seguimiento los responsables de ejecución de la acción de mejora reportan la eventualidad a través de mesas de los Comités y monitoreos entre Control Interno y los responsables de la ejecución.

El seguimiento se realiza para facilitar el monitoreo y control de ejecución de tareas y para generar de manera oportuna, acciones y mecanismos de prevención y de control, en la implementación de los Planes de Mejoramiento.

El seguimiento tiene como objetivo reducir el tiempo requerido para la ejecución de las actividades, que permitan establecer procesos de mejora continua.

Concepto del jefe de la oficina de control interno:

El Jefe de Control Interno, a través del presente Informe de Gestión del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Ismael Roldan Valencia” de Quibdó, ha manifestado el interés de la entidad respecto a la implementación del MIPG y por las directrices trazadas desde la Gerencia en los componentes administrativos, financieros, asistenciales y de control, con el fin de mejorar los niveles de confiabilidad y calidad de los procesos, acorde con el nivel de complejidad institucional.

Se evidencia, el acompañamiento de la alta dirección de la E.S.E. Hospital Ismael Roldan Valencia” de Quibdó, en reforzar y fortalecer permanentemente el Sistema de Control Interno, al igual que en darle continuidad y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos y plasmados para el proceso de sostenibilidad y fortalecimiento del MIPG como la Séptima Dimensión (Control Interno).

Durante la actual Gerencia, el Sistema de Gestión de Control Interno direccionó su desempeño y recomendaciones hacia el mejoramiento de los procesos y procedimientos, riesgos e indicadores de las diferentes áreas administrativas y asistenciales, fortaleciendo controles a fin de garantizar el mejoramiento institucional y el cumplimiento de los fines esenciales del estado.

El Jefe de Control Interno, o quien hace sus veces, en su rol de evaluador independiente, desarrolla su gestión con base en el Programa Anual de Auditoría, el cual contiene, de manera cronológica y detallada, todas las actividades ejecutadas en cumplimiento de sus diferentes roles (teniendo en cuenta los riesgos, la ley y las de origen especial), seguimiento a planes de mejoramiento internos y externos, suscripción de planes de mejoramiento, seguimiento a indicadores, Comités Institucionales, reuniones de acompañamiento y asesoría, capacitaciones realizadas por el asesor de Control Interno.

Según los informes realizados y la aplicación de las auditorías internas, podemos concluir que durante la actual Gerencia el Sistema de Gestión de Control Interno, tuvo un avance, dinámico y en actualización, esto quiere decir, que la implementación del sistema, la socialización y retroalimentación con el personal no solo quedó plasmado en unos archivos físicos, si no que sirvió como guía para el desarrollo de todas las actividades encomendadas, esta actualización de los productos ayudaron a la mejora continua y al cumplimiento de los objetivos institucionales, con el apoyo de la Asesora de Calidad y la Profesional Administrativa y

		
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Versión: 01
PROCEDIMIENTO: INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS	Año: 2024	

Financiera, podemos decir que se trabajó conjuntamente para lograr un equilibrio en los sistemas y que estos sirvan de instrumentos de verificación en todos los procesos.

Con el fin de garantizar un sistema eficiente, se recomienda continuar con la actualización que viene adelantando la E.S.E. de los mapas de riesgos, manuales, políticas, procesos, procedimientos, guías, instructivos y protocolos entre otros, que hayan sido implementados, involucrando a cada uno de los responsables de cada proceso para que sea participe en su actualización, fortaleciendo los procesos transversales como son el Sistema de Gestión Documental, los canales de comunicación interna y externa, la administración del riesgo, dejando soporte documental suficiente de toda la información procesada en la E.S.E. Hospital Local Ismael Roldan Valencia de Quibdó.

El estado del Sistema de Control Interno durante la actual Gerencia estuvo activo, dinámico, en avance cumpliendo con las normas técnicas de calidad establecidas para el sector salud y para la categoría de baja complejidad, siendo esto un requisito indispensable para la habilitación y prestación de los servicios de salud.

Este avance se debe a que los funcionarios adoptaron con responsabilidad el sistema y todas sus políticas actualizadas, teniendo un autocontrol de sus actividades y asumiendo el sistema con autonomía, logrando entender que la implementación de los manuales, procesos, procedimientos, políticas, instructivos y protocolos administrativos y asistenciales, dan una guía de las actividades que se deben desarrollar, por tanto estas se harán más conscientes y responsables, evitando la materialización de los riesgos.

Se reconoce la disposición de la Gerencia, para subsanar los hallazgos encontrados en las auditorias y que permiten un avance integral de los procesos de la E.S.E.