

INFORME

Gestión Gerencial

Vigencia 2025



**Sandra Liliana
Vera Blandón**

NIT No. 829.001.846-6
Código Prestador 6808100707

PRESENTADO A LA

**Honorable Junta Directiva E.S.E
Barrancabermeja**

**JONATHAN STIVEL VÁSQUEZ GÓMEZ
Alcalde de Barrancabermeja**

**ANDRÉS JAVIER MANOSALVA CAMARGO
Secretario Distrital de Salud**

**SORCELINA RUSSO FLOREZ
Representante Áreas Asistenciales ESE**

**LILIA DEL SOCORRO VILLEGAS LEBOLO
Representante Área Administrativa ESE**

**LUIS ENRIQUE OJEDA
Representante Usuarios de la ESE**

**Dra. SANDRA LILIANA VERA BLANDON
Secretaria Técnica**



Introducción

En cumplimiento de los principios de transparencia, responsabilidad y rendición de cuentas que orientan la gestión pública, y en el marco de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se presenta el informe de gestión de la E.S.E. Barrancabermeja correspondiente a la vigencia 2025.

Este documento recoge de manera clara y verificable los resultados alcanzados en los indicadores definidos para las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad, conforme a los lineamientos y anexos técnicos establecidos en dicha resolución. En total, se evalúan 17 indicadores distribuidos en las áreas de Dirección y Gerencia (3 indicadores), financiera y administrativa (8 indicadores), y clínica o asistencial (6 indicadores), los cuales permiten valorar de forma integral el desempeño institucional.

Más allá del cumplimiento normativo, este informe refleja el compromiso permanente de la ESE Barrancabermeja con el cuidado de la vida, el fortalecimiento de la prevención y la cercanía con las comunidades. Cada resultado aquí presentado da cuenta del trabajo articulado de los equipos de salud, enfocado en brindar una atención oportuna, humanizada y accesible, especialmente a quienes más lo necesitan.

Así, este ejercicio no solo responde a un deber institucional, sino que se consolida como una oportunidad para evidenciar cómo la gestión realizada impacta positivamente en la salud y el bienestar de la población, reafirmando la misión de servir con calidad, calidez y sentido humano.

Marco Normativo

La Ley 1438 de 2011 define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 74 de la referida ley, el director o gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la junta directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1 de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. La junta directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director o gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al director o gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

La Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, modifica los anexos 2,3 y 4 de la Resolución 743 de 2013, esta refiere la medición de los indicadores definidos en este documento.

Define la modificación del plan de gestión de la Gerencia y la presentación ante la Junta Directiva.

Objetivo general

Presentar a la Junta Directiva de la E.S.E. Barrancabermeja, a los entes de control y a los diferentes grupos de interés, los resultados, logros y avances alcanzados durante la vigencia 2025 en la gestión gerencial, administrativa y misional, en cumplimiento del plan de gestión, evidenciando su impacto en el fortalecimiento de la atención, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el bienestar de la comunidad.

Objetivos específicos

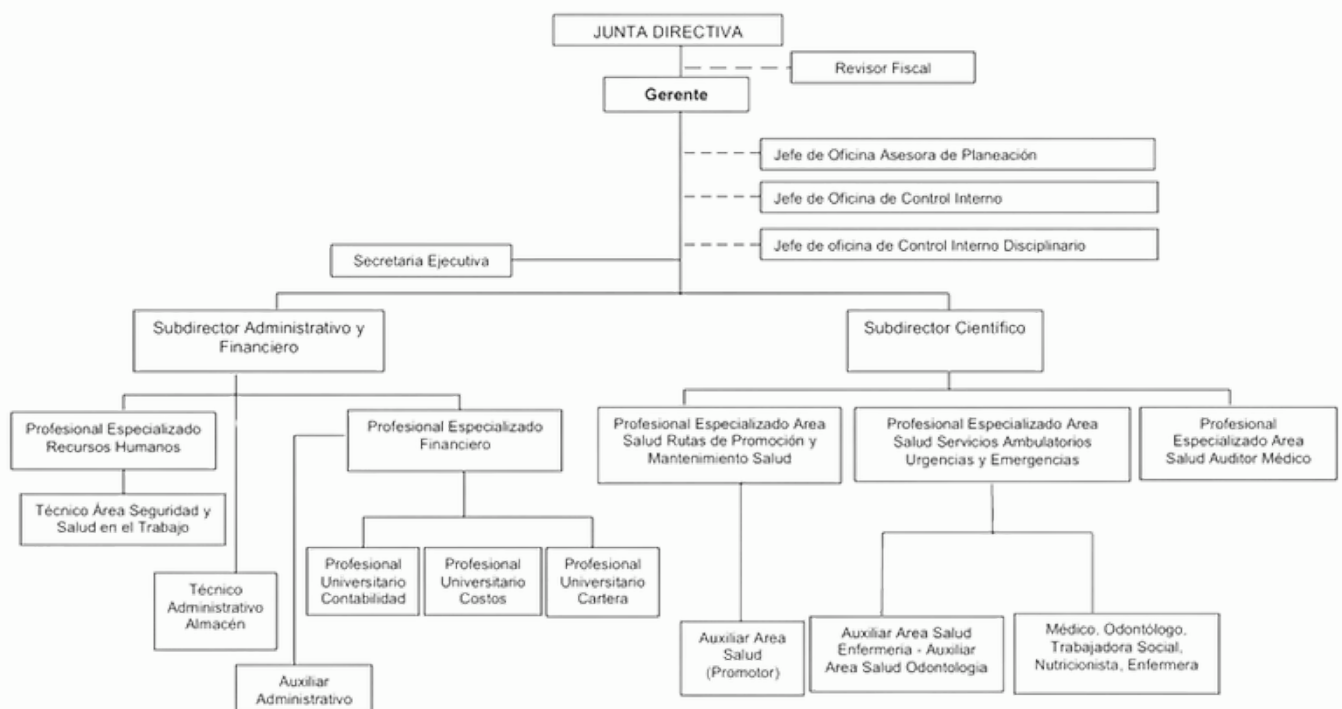
-  Plantear de manera clara el avance de la gestión administrativa a través de cada uno de los indicadores definidos, evidenciando cómo estos aportan al cumplimiento de la misión, la visión y las metas institucionales, en función de una atención más oportuna y cercana a la comunidad.
-  Evaluar el desarrollo eficiente y articulado de los recursos financieros a través de la formulación de estrategias, el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo una rentabilidad económica basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la institución.
-  Establecer mediante un proceso de análisis, la trazabilidad de la información generada por la E.S.E. Barrancabermeja en sus principales indicadores y poder determinar el nivel de cumplimiento de estos a partir de las metas establecidas y las normas que aplican, que, para este caso, corresponde a la Resolución 408 de 2018.
-  Dar cumplimiento al principio de transparencia y publicidad de la Gestión de la E.S.E, mediante la presentación y publicación del presente informe de gestión de la vigencia fiscal de 2025.

Metodología

Para la elaboración del presente informe las herramientas utilizadas fueron: el Plan de Gestión Gerencial vigencia 2024-2028, el Plan de Acción Institucional 2025 y demás información comprobada por el equipo asesor encargado de la consolidación y análisis de la documentación evaluado en las distintas áreas de gestión incluidas en el plan: Área de gestión (dirección y gerencia), área de gestión administrativa y financiera, área de gestión clínica o asistencial requeridas en la Resolución 408 del 2018 y la Ley 1438 de 2011 en sus artículos 72 y 74.

Organización de la Entidad

La E. S. E. Barrancabermeja, cuenta con una estructura funcional y organización que exponemos a continuación:



Mapa de procesos



ESTRUCTURA DEL INFORME DEL PLAN DE GESTIÓN

La distribución del contenido de este informe se divide en tres áreas de gestión, cada una con los indicadores correspondientes a cada área, para un total de 17 indicadores que aplican a la ESE y serán el derrotero para la consolidación, de los resultados de los indicadores del plan de gestión vigencia 2025 de la siguiente forma:

1. Área de Gestión: Dirección y Gerencia
2. Área de Gestión: Financiera y Administrativa
3. Área de Gestión: Gestión Clínica o Asistencial

Transversal 47ª N° 57-29 Barrio El Danubio
Teléfono Recepción 57 60 + 7 + 6138148
Teléfono SIAU 57 60 + 7 + 6138158
Línea Gratuita 018000423690
www.esebarrancabermeja.gov.co
Correo electrónico
siau@esebarrancabermeja.gov.co

A continuación, se describe los resultados obtenidos con respecto a los compromisos adquiridos en el Plan de Gestión Gerencial 2024-2028, para cada uno de los indicadores establecidos en la Resolución 408 de febrero de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que hacen parte del Plan de gestión de la Empresa Social del Estado Barrancabermeja vigencia 2025.

Indicadores área de Dirección y Gerencia

El área de Dirección y Gerencia orienta su gestión al cumplimiento de la plataforma estratégica institucional, promoviendo la articulación de objetivos que permitan responder de manera coherente a las necesidades de la comunidad.

Desde este enfoque, se definen las políticas y el direccionamiento de la entidad, fundamentados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un eje clave para fortalecer la prestación de los servicios de salud. Este modelo permite avanzar en la mejora continua, la atención humanizada y la consolidación de procesos enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, asegurando servicios más accesibles, oportunos y de calidad para la población.

Indicador 1

MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
1	Nivel I	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior. Promedio autoevaluación 2025: 2,87 Promedio autoevaluación 2024: 2,39 $2,87/2,39 = 1,20$	$\geq 1,20$	SI

Fuente: Documento de Autoevaluación acreditación

Desde el inicio de la presente administración se ha trabajado de manera constante para garantizar una prestación de servicios de salud integral, orientada a superar los estándares de habilitación y a fortalecer la calidad en la atención brindada a la comunidad.

En este contexto, durante la vigencia evaluada se ejecutó el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC), como una herramienta clave para la mejora continua de los procesos y resultados institucionales.

Al cierre del ciclo 2025, se obtuvo un puntaje de 1,20, resultado de dividir el puntaje de la vigencia evaluada (2,87) entre el promedio de la autoevaluación de la vigencia 2024 (2,39), conforme a lo establecido en la normatividad vigente, alcanzando una calificación de 5 en el indicador.

Este resultado demuestra que el objetivo propuesto fue cumplido, reflejando el trabajo permanente, comprometido e incansable de los equipos de la E.S.E. Barrancabermeja, enfocado en fortalecer la calidad de la atención, avanzar en procesos de mejora continua y garantizar servicios de salud más seguros, oportunos y centrados en la prevención y el bienestar de la comunidad.

Indicador 2:

EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
2	Nivel I	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación del Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	$\geq 0,90$	SI

Fuente: Documento de Autoevaluación acreditación

DDurante la vigencia se programaron setenta y cinco (75) acciones de impacto transversal para la E.S.E. Barrancabermeja, orientadas al fortalecimiento institucional y al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Al cierre del periodo, se ejecutaron en su totalidad las setenta y cinco (75) acciones previstas, alcanzando un cumplimiento del 100%. Este resultado da cuenta de una gestión organizada y rigurosa, en la que la planeación se traduce en acciones concretas.

Así, se consolida un ejercicio institucional coherente y efectivo, que permite avanzar de manera sostenida en el cumplimiento de las metas propuestas y en el fortalecimiento de los servicios de salud, manteniendo el enfoque en la atención cercana, la prevención y la respuesta a las necesidades de la comunidad.

Indicador 3:

GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL PDI 2025.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
3	Nivel I	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del Plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación. Numero de metas ejecutadas: 32 Numero de metas programadas: 32 $32/32 = 1$	$\geq 0,90$	SI

Para la vigencia 2025, la Empresa Social del Estado Barrancabermeja alcanzó un cumplimiento de ejecución del 99,43 % respecto a las acciones propuestas en su plan de acción, manteniendo niveles similares a los obtenidos durante el año 2024. Este resultado refleja una gestión sólida y sostenida, orientada al cumplimiento de las metas institucionales.

Para una mejor comprensión, se anexa el informe de seguimiento al Plan de Acción elaborado por la Oficina Asesora de Planeación, el cual consolida los resultados obtenidos por cada una de las dependencias de acuerdo con las metas establecidas. En este sentido, de las 32 acciones programadas, 31 alcanzaron un cumplimiento del 100%, y una (01) registró un 82%, para un avance total del 99,43% en la vigencia 2025.

Estos resultados evidencian un ejercicio de liderazgo y gestión eficiente, que permite materializar lo planeado en acciones concretas, fortaleciendo la capacidad institucional para responder a las necesidades de la comunidad, con servicios de salud más oportunos, cercanos y enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

EMPRESA SOCIAL DE ESTADO BARRANCABERMEJA				
INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION VIGENCIA 2025				
NUMERO	AREAS	ACCIONES	META PROGRAMADA 2025	% DE AVANCE DE EJECUCION 1 DE ENERO A 31 DE DICIEMBRE/25
1	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Ejecutar el presupuesto asignado para la vigencia en un 90%.	90%	92%
2		Recaudar el 20% de cuentas por cobrar establecidas en el presupuesto inicial 2024 de vigencias anteriores.	20%	30%
3		Incrementar la venta de servicios de salud de la E.S.E.B en un 1% para la vigencia 2025.	1%	30%
4		Lograr para la ESEB el cumplimiento del recaudo corriente en un promedio del 80%	80%	91%
5		Formular y ejecutar el Plan Estratégico de Tecnologías de la información PETI	80%	80%
6		Formular y ejecutar el Plan Estratégico de gestión del Talento Humano - GETH	90%	100%
7		Formular y ejecutar el Plan anual de trabajo del SGSST.	80%	100%
8		Formular y ejecutar el Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades - PGIRASA	90%	100%
9		Formular y ejecutar el programa de gestión documental- PGD	70%	100%
10		Formular y ejecutar el Plan Institucional de archivo - PINAR	70%	100%
11		Formular y ejecutar el Plan de ACCION SARLAFT-SICOF	70%	100%
12		Formular y ejecutar el Programa de Mantenimiento Hospitalario de la ESEB.	95%	96%
13	JEFE DE CONTROL DISCIPLINARIO	Adelantar la defensa judicial y el daño antijurídico en los diferentes procesos judiciales en la que es parte la entidad, a través de la ejecución de las secciones de comité de conciliación y defensa jurídica para la prevención del daño antijurídico.	24	24
14		Realizar la gestión efectiva de los procesos disciplinarios conforme a la normativa interna de la ESEB y/o a las leyes aplicables.	100%	100%
15	SUBDIRECCION CIENTIFICA	Aplicar la autoevaluación Único de Acreditación-SUA	1	1
16		Formular, ejecutar las 9 etapas de la ruta crítica del PAMEC para el ciclo de mejoramiento 2025	9	9
17		Ejecutar el 90% de las acciones de mejoramiento suscritas en las auditorias del PAMEC	90%	90%
18		Realizar la Autoevaluación anual en Estándares del Sistema Único de Habilitación bajo la Resolución 3100/19	1	1
19		Mantener la oportunidad de la atención de consulta externa por primera vez igual o menor a 3 días	3 días	3 días
20		Mantener el Triage 2 en promedio máximo de atención de 30 minutos	30 minutos	31 minutos
21		Aplicar la Guía Clínica de Hipertensión con un nivel de adherencia mayor igual a 90%	≥90	≥ 0,9
22		Aplicar la Guía Clínica de Crecimiento y Desarrollo con un nivel de adherencia mayor igual al 80%	≥80	≥ 0,80
23		Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	≥85	≥ 0,70
24		Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤0,03	≤ 0,03

25		Mantener para cada vigencia los Servicios habilitados en el REPS	100%	100%
26		Lograr una calificación a la percepción anual de la satisfacción global del cliente del 80%	80%	80%
27		Ejecutar el Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud - PPPSS en un 95% para la vigencia 2025	95%	95%
28		Formular y ejecutar las actividades del programa institucional de seguridad del paciente	90%	90%
29	OFICINA ASESORA DE PLANEACION SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA	Formular y ejecutar el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano en un 90% de ejecución	90%	96%
30		Implementar las siete dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y gestión – MIPG	80%	100%
31	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Gestionar un proyecto de remodelación, mejora de infraestructura y dotación de equipos y mobiliario para la ESEB	1	1
32	CONTROL INTERNO	Ejecutar en su totalidad el Plan Anual de Auditorías 2025	100%	100%

Logros obtenidos:

-  Cumplimiento de las metas propuestas del Plan Operativo Anual de la vigencia 2025, con un 99,43%.
-  Definición de metas organizacionales y desarrollo institucional de las políticas al interior de la entidad.
-  Desempeño de las acciones programadas en cada área.
-  Continuidad en la prestación del servicio de la E.S.E.B como certificadora de discapacidad.

Indicadores área Administrativa y Financiera

En esta área estratégica se valora la evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida, la proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos, cuantifica el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de nómina y contratación de servicios, variación del monto frente a la vigencia anterior.

Para la medición de este indicador se utiliza la información de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo y la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.

La Gestión Financiera y Administrativa de la Empresa Social del Estado Barrancabermeja, se centra en la planeación, ejecución racional de ingresos y gastos, seguimiento al conjunto de procesos orientados a la administración eficiente y eficaz de los diferentes recursos (financieros, humanos, técnicos, físicos, administrativos y de apoyo logístico), requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud a cargo de la E.S.E.B.

Indicador 4:

RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
4	Nivel I	Riesgo fiscal y financiero	Evaluar el Riesgo Fiscal y Financiero de acuerdo con la Guía propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social a fin de generar acciones correctivas.	Categorizada sin riesgo	SI

La información correspondiente a este indicador es generada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la ficha técnica y la resolución de riesgo financiero, en las cuales se evalúa el comportamiento de la entidad con base en sus estados financieros y en la ejecución presupuestal.

Para la vigencia analizada, los resultados evidencian un manejo responsable y técnico de los recursos, reflejado en indicadores financieros estables y en una ejecución presupuestal alineada con la planeación institucional. Este desempeño demuestra una adecuada gestión financiera, orientada al equilibrio y al uso eficiente de los recursos públicos.

En términos de sostenibilidad, la entidad mantiene la capacidad de cumplir con sus obligaciones y asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, lo cual es fundamental para garantizar la continuidad de sus operaciones en el tiempo.

En consecuencia, y conforme a los criterios establecidos en la evaluación, la E.S.E. Barrancabermeja no se clasifica en situación de riesgo financiero, respaldando así una gestión sólida, equilibrada y comprometida con la estabilidad institucional y el bienestar de la población.

Indicador 5:

EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
5	Nivel I	Evolución del Gasto por Unidad de valor relativo producida (2)	(Gasto de Funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia/ Gasto de Funcionamiento Comercial y comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación/ Número UVR producidas en la vigencia anterior.	< 0.90	< 0,97

Este indicador evidencia un comportamiento controlado y alineado con los objetivos de eficiencia institucional, lo que refleja una adecuada gestión de los recursos, optimización de costos y fortalecimiento de los procesos administrativos y asistenciales, permitiendo mantener o mejorar los niveles de producción sin incrementos proporcionales en el gasto.

En consecuencia, se concluye el cumplimiento del indicador, dado que la entidad logra un incremento en la venta de los servicios de salud, lo cual estuvo directamente relacionado con la ampliación de la cobertura hacia la población objeto de atención, la continuidad en la prestación de los servicios extramurales, el plan de intervenciones colectivas – PIC, programas de fiebre amarilla, la estrategia de bienestar y cuidado para la población vulnerable repercutió positivamente en los indicadores de atención.

En términos de gestión, se logró un uso óptimo de los recursos financieros, tecnológicos, administrativos y asistenciales, reflejando un mejoramiento en la eficiencia y en el manejo integral de los mismos. No obstante, es importante señalar que el comportamiento de los precios en el mercado tuvo incidencia en el incremento de los costos de producción, lo cual representó un reto en la sostenibilidad financiera y en la optimización de los recursos disponibles.

En consecuencia, y de acuerdo con los criterios establecidos en la evaluación, la entidad no alcanza el cumplimiento del 100% del indicador; no obstante, se evidencia un desempeño cercano a la meta, con un resultado del 93%.

Indicador 6:

PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
6	Nivel I	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de E.S.E. © compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	$\geq 0,70$	SI

En este indicador se cumple con la meta planteada, teniendo en cuenta que la adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgico se realizó mediante mecanismos de compras conjuntas, en concordancia con las políticas de eficiencia y optimización de recursos institucionales.

Durante la vigencia 2025, dichas adquisiciones se llevaron a cabo principalmente a través de la Cooperativa de Hospitales de Santander y del Nororiente Colombiano – COHOSAN, lo que permitió aprovechar economías de escala, obtener mejores condiciones comerciales y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos esenciales para la prestación de los servicios de salud.

Este modelo de compra conjunta contribuye significativamente a la racionalización del gasto, al fortalecimiento de la transparencia en los procesos contractuales y al aseguramiento de la calidad de los productos adquiridos, toda vez que se cuenta con proveedores previamente evaluados y procesos estandarizados. En consecuencia, se evidencia el cumplimiento de la meta establecida, así como una gestión eficiente y alineada con los principios de sostenibilidad financiera y mejora continua de la entidad.

Indicador 7:

MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
7	Nivel I	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación) (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto, de evaluación) (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios	0 ó Variación negativa	NO

			del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)		
--	--	--	--	--	--

En este indicador no se cumplió la meta establecida debido a la existencia de saldos en cuentas por pagar a 31 de diciembre de 2025, correspondientes a obligaciones pendientes con personal vinculado mediante contratos de prestación de servicios. Estos compromisos superaron los 30 días de antigüedad, lo que evidencia retrasos en el proceso de pago y afecta directamente el cumplimiento de los objetivos financieros y operativos proyectados para el periodo.

Dicha situación está asociada principalmente a la no presentación oportuna de las cuentas de cobro por parte de los contratistas. En consecuencia, se genera un impacto negativo tanto en los indicadores de gestión como en la percepción de cumplimiento institucional, haciendo necesario implementar acciones correctivas orientadas a optimizar los tiempos de pago.

Indicador 8:

UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
8	Nivel I	Utilización de información de Registro individual de prestaciones	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener con la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	SI

El informe de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) constituye una herramienta fundamental para la recopilación y análisis de la información generada por los diferentes procesos institucionales.

Durante la vigencia 2025, se elaboraron, presentaron y socializaron ante la Junta Directiva los cuatro (4) informes de RIPS correspondientes a cada trimestre. Estos informes fueron contruidos con base en el análisis del perfil epidemiológico, la caracterización de la población y la frecuencia de utilización de los servicios de salud, lo que permitió contar con información oportuna y relevante para la toma de decisiones institucionales. Y además, dar cumplimiento al indicador.

Como soporte de lo anterior, se adjuntan las actas debidamente firmadas por los miembros de la Junta Directiva, en las cuales consta la presentación y socialización de los análisis de los informes de RIPS correspondientes a los trimestres mencionados.

Indicador 9:

RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
9	Nivel I	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	$\geq 1,00$	SI

El resultado de este indicador para el 2025 es de 1% para una calificación de “5” de acuerdo con los parámetros establecidos para la evaluación, esto quiere decir que por cada 1 peso comprometido en el gasto la E.S.E.B. recauda un (1) peso, esta información fue tomada de la ejecución presupuestal con corte a diciembre 31 de 2025 cargada en el informe decreto 2193 de 2004, tomada de la ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud.

Indicador 10:

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
10	Nivel I	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO

Para este indicador, el resultado de la evaluación fue negativo, ya que no se logró dar cumplimiento a la meta establecida según el estándar definido para la vigencia. Esta situación se originó en el hecho de que la información fue reportada de manera extemporánea en el mes de abril, incumpliendo los plazos previstos, lo cual impactó directamente el resultado del indicador y evidenció debilidades en la oportunidad del proceso de reporte.

A continuación, se muestra cronograma de reporte de información.

Tabla de Documentos		
TIPO	PERIODICIDAD	FECHAS DE CORTE Y REPORTE
FT002 - Publicación Estados Financieros	Anual	Fecha de corte: diciembre 31 Fecha de reporte: abril 30
FT004 - Cuentas por Pagar - Acreedores	Trimestral	Fecha de corte: marzo 31, junio 30, septiembre 30, diciembre 31 Fecha de reporte: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.
ST002 - Aplicación del PAMEC (No aplica para IPS Públicas Grupo D3)	Anual	Fecha de corte: diciembre 31 Fecha de reporte: febrero 28
502 - Certificación ejecución anual de Mantenimiento Hospitalario	Semestral	Fecha de corte: junio 30, diciembre 31 Fecha de reporte: Julio 31, febrero 25

Propuesta de mejoramiento:

En relación con el no cumplimiento de la meta establecida para este indicador, se ha determinado que, a través del Comité de Gestión y Desempeño Institucional, se realizará seguimiento mensual de manera continua, lo que nos permitirá identificar oportunamente cualquier desviación respecto a las metas, analizar de forma detallada sus causas y adoptar las medidas correctivas necesarias.

El objetivo es garantizar que, durante la vigencia actual, se logre el cumplimiento de los indicadores establecidos, fortaleciendo la gestión institucional, mejorando la eficiencia en los procesos y asegurando que la información reportada cumpla con los estándares y plazos requeridos por los entes de control.

Indicador 11:

OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
11	Nivel I	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de la evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI

Para la medición de este indicador, se tiene en cuenta la oportunidad en el reporte de la información correspondiente al Decreto 2193 de 2004; la cual se reportó de manera oportuna durante lo transcurrido de la vigencia.

Con relación a los reportes de decreto 2193 de 2004, la Empresa Social del Estado Barrancabermeja, ha cumplido de manera oportuna a cada uno de los plazos estipulados, previo análisis y verificación de la información reportada obteniendo como resultado hasta la fecha puntaje ideal.

ANOTACION: La Empresa Social del Estado Barrancabermeja es una entidad prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad. Tomando como referencia la Resolución 408 de febrero de 2018, se aclara que, en su contenido, el plan de gestión gerencial incluye diecisiete (17) indicadores, distribuidos de la siguiente manera:

DIRECCION Y GERENCIA: Desarrollo e implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud **(1-3 indicadores)**.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA: Cumplimiento operacional de obligaciones normativas, equilibrio y resultados financieros, participación en el mercado, implementación y desarrollo de sistemas de información **(8 indicadores desde el 4 al 11)**.

GESTION CLINICA O ASISTENCIAL: Informes de cumplimiento a estándares por parte de comités institucionales **(6 indicadores desde el 21 al 26)**.

Indicadores de la gestión Asistencial y Clínica

La gestión asistencial o clínica está enfocada en la planeación, ejecución y seguimiento de los procesos orientados a la prestación de los servicios de salud, con la medición de estos indicadores se realiza la evaluación de la gestión asistencial de acuerdo con lo establecido en los lineamientos de calidad en términos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, así como los lineamientos técnicos y operativos de las rutas integrales de atención en salud.



Indicador 21:

PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.

De conformidad con lo establecido en el anexo técnico No 2 de la Resolución 710 de 2012, 743 de 2013 y modificada por la resolución 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es el siguiente:

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,85$	SI

En la medición del indicador “Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación”, se evidencia un resultado sobresaliente, teniendo en cuenta que, de un total de 688 mujeres gestantes captadas, 671 ingresaron al programa de control prenatal antes de la semana 12, lo que corresponde a un 98% de captación temprana.

Este resultado no solo supera la meta establecida, sino que demuestra una capacidad efectiva de la institución para identificar y vincular oportunamente a las gestantes, reduciendo riesgos y fortaleciendo el seguimiento desde las etapas iniciales del embarazo.

A continuación, se presentan algunas de las estrategias y acciones implementadas que permitieron alcanzar el cumplimiento de la meta de este indicador:

 El servicio de laboratorio clínico reporta al programa de atención a la gestante los resultados de gravindex positivo, para asesoría médica en opciones y como las gestantes decidieron no IVE, se canalizaron las gestantes de manera inmediata al control prenatal.

 Promoción de los programas de detección temprana y protección específica, en los espacios generados por la ESE y las actividades realizadas por PIC.

El seguimiento realizado al indicador nos permite concluir:

 La movilidad o cambio de municipio de residencia genera inconvenientes en la atención oportuna.

 Los cambios de EAPB (movilidad, portabilidad) genera barreras y limitaciones al proceso de captación temprana.

 Falta de adherencia de la consulta preconcepcional, como estrategia para disminuir los embarazos no deseados y el riesgo durante la gestación.

Indicador 22:

INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
22	Nivel I	Incidenia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de la evaluación	Cero Casos	SI

En el año 2025, **no se presentaron casos de sífilis congénita** en la población de recién nacido, este dato fue corroborado por la Referente del Comité de Vigilancia Epidemiológico (COVE) municipal quien expidió la certificación con el resultado anotado.

El resultado del indicador fue:

-  Seguimiento a las gestantes cuando no regresan a los controles, hacer los reportes respectivos.
-  Capacitación a los responsables: gestante y pareja.
-  Realizar plan de mejoramiento quienes no cumplen la exigencia del indicador.
-  Seguimiento a las pacientes positivas si se llegan a presentar.

Indicador 23:

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO, ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,90$	SI

La hipertensión arterial se encuentra dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, para las cuales están establecidas actividades, procedimientos, intervenciones de demanda inducida, todas estas de obligatorio cumplimiento.

En la medición del indicador se refleja que todas las historias clínicas evaluadas de la muestra están por encima del 90% de adherencia a la guía, esto obedeciendo a la implementación de acciones continuas y de retroalimentación que fortaleció la atención medica del programa de atención cardiovascular dirigida a la población con diagnóstico de hipertensión, soportado en un mejor diligenciamiento de las historias clínicas, mejor adherencia a guías de práctica clínica.

Es necesario mantener las estrategias y acciones de fidelización y control de la población con diagnóstico de hipertensión atendida en la E.S.E.B, disminuyendo barreras de atención para evitar la inasistencia al programa, así mismo implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del modelo integral de atención en salud a través de las RIAS Cardio-cerebrovascular dirigida a este evento específico como lo es la Hipertensión arterial.

Continuar con el seguimiento y control de la atención de pacientes con diagnóstico de Hipertensión, retroalimentación permanente del proceso y con los involucrados en el cumplimiento del indicador y concertar planes de mejoramiento que apliquen.

Indicador 24:

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Nº DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
24	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE.	$\geq 0,80$	SI

Se entiende la Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

Al aplicar la formula en la vigencia objeto de la evaluación podemos observar que al cierre del año 2025 este indicador arrojó un resultado de 94% de cumplimiento.

En la medición del indicador, la evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo fue: $428/456 = 94\%$

 Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo: 428

 Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE: 456

Indicador 25:

REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
25	Nivel I	Reingresos por el servicio de urgencias	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación	$\leq 0,03$	SI

Se considera que el reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia, como consecuencia de un abordaje insuficiente a la solución del problema que genero la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó.

Así mismo, se tiene en cuenta los factores que influyen en el comportamiento: Pobre efectividad del tratamiento, explicaciones insuficientes o inadecuadas sobre uso de medicamento, cumplimiento de dietas u otros requerimientos. De igual manera el no cumplimiento de protocolos de atención por parte del paciente, rebeldes o con incapacidad de cumplir con las indicaciones terapéuticas y dietas: adultos mayores, discapacitados, niños, etc. también son causas probables de los reingresos.

La tasa de reingreso de los pacientes al servicio de urgencias antes de 72 horas de haber sido atendido por la misma causa en la E.S.E. Barrancabermeja es baja y está en límites aceptables este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados por eso en caso de desviación de su resultado requiere intervención inmediata.

En la medición del indicador, reingresos por el servicio de urgencias fue:
 $104/16677 = 0,0062$

104: Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación

16677: Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación

Indicador 26:

OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL.

No DE INDICADOR	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA EL AÑO	META ALCANZADA
26	Nivel I, II y III	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≤ 3	SI

El indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general se calcula a partir de la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la solicitud de la cita y su asignación, dividido entre el total de citas de primera vez otorgadas durante la vigencia evaluada.

Para el año 2025, el resultado fue de 2,5 días en la asignación de citas, cumpliendo con la meta establecida de ser menor o igual a tres (3) días. Este resultado evidencia un adecuado desempeño institucional en la gestión de la oportunidad del servicio, garantizando a los usuarios un acceso ágil y oportuno a la atención en salud.

Este indicador cobra especial relevancia, ya que la oportunidad en la consulta de medicina general es la puerta de entrada al sistema de salud y un factor determinante para la detección temprana de enfermedades, el inicio oportuno de tratamientos y el fortalecimiento de la prevención.

Los resultados alcanzados son producto de la implementación de diversas estrategias desde el ámbito ambulatorio, entre las que se destacan la organización y socialización de guías de atención, el fortalecimiento de las atenciones extramurales, la escucha activa a los usuarios mediante encuestas para identificar y reducir la demanda insatisfecha, la articulación con las aseguradoras, la habilitación de líneas telefónicas para el agendamiento de citas y el acceso oportuno a resultados de apoyo diagnóstico.

En conjunto, estas acciones han permitido mejorar la capacidad de respuesta institucional, facilitando un acceso más cercano y eficiente a los servicios de salud, en beneficio directo de la comunidad y en coherencia con el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CONSOLIDADO DE PONDERACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2025.

La Resolución 408 de 2018 adopta las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de la gerente de la empresa social del estado de Barrancabermeja y su evaluación se da por medio de la junta directiva, en los anexos 2, 3 y 4 evalúan las áreas de gestión y dentro de estas indicadores y estándares puntuales; las áreas de gestión son las siguientes:

DIRECCION Y GERENCIA: Desarrollo e implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud **(3 indicadores)**.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA: Cumplimiento operacional de obligaciones normativas, equilibrio y resultados financieros, participación en el mercado, implementación y desarrollo de sistemas de información **(8 indicadores)**.

GESTION CLINICA O ASISTENCIAL: Informes de cumplimiento a estándares por parte de comités institucionales **(6 indicadores)**.

MATRIZ CONSOLIDADA DE CALIFICACION Y ESCALA DE RESULTADOS DEL INFORME DE GESTION GERENCIAL VIGENCIA 2025

Después de realizar el ejercicio de seguimiento a la autoevaluación de los indicadores de la Resolución 408 de 2018 y sus respectivos soportes se evidencia un puntaje global equivalente a **4,40**.



INFORME PLAN DE GESTION GERENCIAL VIGENCIA 2025							
Resoluciones 408 de 2018 - 1098 de 2018 - 710 de marzo de 2.012- Res 743 de 2.013							
RESULTADOS SEGÚN ANEXO TECNICO No 4 Resolución 408 de febrero de 2018							
AREA DE GESTION	No DE INDICADOR	INDICADOR	META 2024	RESULTADO 2025	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
DIRECCION Y GERENCIA	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	5	0,05	0,25
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	$\geq 0,9$	100	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,90$	$\geq 0,99$	5	0,1	0,5
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Riesgo fiscal y financiero resolución 1122 de mayo de 2025	Categorizada con riesgo bajo	Categorizada sin riesgo	5	0,05	0,25
	5	Evolución del Gasto por Unidad de valor relativo producida	$\leq 0,90$	0,97	3	0,05	0,15
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos	$> 0,70$	100	5	0,05	0,25
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	0	0	0,05	0

Continuación detallo los anexos adjuntos al Informe:

ITEM	INDICADOR	ANEXOS ADJUNTOS AL INFORME
1	Indicador No 1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Certificación emitida por el responsable de Calidad. Documento de autoevaluación
2	Indicador No 2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	Super Intendencia Nacional de Salud
3	Indicador No 3: Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Informe de seguimiento plan de acción- OAP
4	Indicador No 4: Riesgo Fiscal y Financiero	Acto administrativo - Evidencia de la Pagina SIHO, Ficha Técnica
5	Indicador No 5: Evolución del Gasto por unidad de valor relativa producida	Ficha Técnica de SIHO
6	Indicador No 6: Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Certificación suscrita por el revisor fiscal

7	Indicador No 7: Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Certificación suscrita por el revisor fiscal
8	Indicador No. 8: Utilización e información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	Informe de RIPS, y Actas ante la Junta Directiva de la Entidad.
9	Indicador No.9: Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Ficha Técnica de SIHO
10	Indicador No. 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Certificaciones de la Superintendencia Nacional de Salud
11	Indicador No. 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Certificación del Ministerio de Salud
21	Indicador No 21: Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Informe del Comité de Historias Clínicas.

22	Indicador No 22: Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifica la no existencia de sífilis
23	Indicador No. 23: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Informe del Comité de Historias Clínicas
24	Indicador No.24: Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Informe del Comité de Historias Clínicas
25	Indicador No. 25: Reingresos por el servicio de urgencias	Ficha Técnica de SIHO
26	Indicador No. 26: Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Ficha Técnica de SIHO

Conclusiones

La vigencia 2025 permitió consolidar a la E.S.E. Barrancabermeja como una institución que gestiona con criterio, planea con responsabilidad y ejecuta con resultados. El puntaje global de 4,40 no es solo una cifra, es la evidencia de una entidad que ha logrado sostener su operación, cumplir la mayoría de sus metas y responder de manera efectiva a las exigencias del sector salud, manteniendo el equilibrio entre lo técnico, lo administrativo y lo humano.

Detrás de cada indicador hay decisiones que garantizan que los servicios no se detengan, que los usuarios accedan a la atención cuando la necesitan y que los recursos públicos se utilicen de manera responsable. La estabilidad financiera, el cumplimiento en la ejecución de los planes, la mejora en la oportunidad de los servicios y los resultados en la atención clínica permiten afirmar que la institución avanza de manera organizada y con dirección clara, generando confianza en la comunidad y en los diferentes grupos de interés.

Este desempeño también demuestra la capacidad de la entidad para transformar la planeación en acciones concretas. No se trata únicamente de cumplir indicadores, sino de asegurar que cada proceso tenga un impacto real en la vida de las personas, en la madre gestante que accede a su control a tiempo, en el usuario que obtiene una cita médica sin demoras o en el paciente que recibe atención continua y segura. Allí es donde la gestión cobra verdadero sentido.

Por su parte, los resultados que no alcanzaron la meta esperada han sido analizados con responsabilidad institucional, entendiendo que forman parte de la dinámica operativa de una entidad que presta servicios de manera permanente. Más que limitar la gestión, estos aspectos orientan la toma de decisiones y fortalecen los procesos internos. En esa línea, el seguimiento a través del Comité de Gestión y Desempeño Institucional permitirá ajustar, mejorar y garantizar mayor oportunidad y eficiencia en los próximos periodos.



De manera complementaria, el fortalecimiento de los Sistemas de Gestión seguirá siendo una prioridad, no como un requisito formal, sino como una herramienta para ordenar la operación, integrar esfuerzos y facilitar decisiones más oportunas. Esto permitirá que la entidad siga siendo más ágil, fortaleciendo capacidades que ya se evidencian en los resultados alcanzados y en la forma en que se responde a las necesidades de la comunidad.

La E.S.E. Barrancabermeja cierra esta vigencia con una base institucional firme y con la claridad de que su propósito trasciende los resultados administrativos. La gestión realizada confirma que es posible sostener una atención en salud con calidad, oportunidad y sentido humano, incluso en escenarios retadores.

El compromiso se mantiene, seguir trabajando de manera incansable para que cada acción institucional se traduzca en bienestar, en prevención, en acceso y en una mejor calidad de vida para la comunidad de Barrancabermeja.

Dado en Barrancabermeja, a los diecinueve (19) días del mes de marzo de 2026.

SANDRA LILIANA VERA BLANDON
Gerente

Proyectó: Dilia Esther Gutiérrez Ortiz
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Revisó y aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
Institucional





Empresa Social del Estado
BARRANCABERMEJA

 **Recepción:** 57 60 + 7 + 6138148

 **SIAU:** 57 60 + 7 + 6138158

 **Línea Gratuita:** 018000423690

 **www.esebarrancabermeja.gov.co**

 **Correo electrónico:** siau@esebarrancabermeja.gov.co

 **Transversal 47ª N° 57-29 Barrio El Danubio**

