

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN



INFORME DE GESTIÓN (2025)

INFORME DE GESTIÓN (2025)

Este documento es de propiedad exclusiva del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, por lo cual no debe ser reproducido, distribuido, corregido o prestado, total o parcialmente por cualquier medio sin la previa autorización de la Dirección del IDSN, el Jefe de la Oficina de Planeación.

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 3 de 118

INTRODUCCIÓN

El presente Informe de Gestión de la Vigencia 2025 del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) tiene como propósito presentar de manera clara y estructurada los avances, resultados y desafíos alcanzados en la implementación de las políticas públicas de salud en el territorio departamental. Este documento sistematiza y evidencia la articulación directa entre las acciones, programas y proyectos institucionales con los lineamientos estratégicos nacionales establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), y las metas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) en su componente salud.

Este informe recoge los hallazgos clave derivados del seguimiento de indicadores de producto y resultado, reflejando el impacto de las intervenciones y el desempeño institucional en cobertura de servicios, atención a poblaciones vulnerables, vigilancia sanitaria, fortalecimiento del talento humano, y gestión sostenible de la red pública de servicios de salud. Asimismo, se abordan las principales dificultades y retos encontrados durante la vigencia, junto con recomendaciones estratégicas orientadas a optimizar la implementación de las políticas y programas en el futuro próximo.

La documentación contenida aporta elementos técnicos y basados en evidencia, que soportan la rendición de cuentas del IDSN y potencian la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la salud pública en el departamento de Nariño.

INFORME DE LA GESTION REALIZADA SOBRE LAS METAS DE PLAN TERRITORIAL DE SALUD
1. PROGRAMA: Atención Primaria Integral en Salud para la Paz

1.1. OBJETIVO: Garantizar la estrategia de Atención Primaria en Salud incorporando los enfoques de salud familiar y comunitario, cuidado, gestión integral del riesgo con enfoque diferencial en el territorio

1.2. SUBPROGRAMA: Salud para Población de Especial Protección para la paz – Etnias

B

1.2.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0604	\$352.000.000	\$332.511.500	\$150.715.519	\$150.673.519

1.2.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Entidades territoriales asistidas técnicamente para la implementación de normas, guías, protocolos y lineamientos técnicos para la atención en salud de la población Étnica del Departamento.	32	43	43	43	En lo transcurrido del 2025, se han fortalecido las capacidades técnicas e institucionales de 43 Direcciones Locales de Salud y/o Secretarías Municipales de Salud (DLS/SMS) en municipios del departamento de Nariño con presencia de población étnica, como parte de las acciones orientadas a la implementación efectiva del Enfoque Diferencial en Salud para poblaciones étnicas. En el marco de las acciones de inspección y vigilancia, se evidenció que, de las 31 entidades visitadas, 7 Direcciones Locales de Salud y/o Secretarías Municipales de Salud (DLS/SMS) y 5 Entidades Administradoras

INFORME DE GESTIÓN (AÑO)

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 5 de 118

					de Planes de Beneficios (EAPB) alcanzaron una calificación óptima en los criterios de evaluación relacionados con la implementación del Enfoque Diferencial en Salud para poblaciones étnicas. Las DLS/SMS que obtuvieron este resultado corresponden a los municipios de Contadero, Córdoba, Magüí Payán, Potosí, Roberto Payán, Santacruz y Túquerres; y las EAPB son: Mallamas, Sanitas, Famisanar, Asmet Salud y Emssanar.
Realizado formulación y seguimiento a la implementación de planes de acción bajo enfoque de articulación intersectorial para la atención en salud de la población: Víctima de conflicto armado, étnica, en Situación de Discapacidad, en Situación de Calle.	1	1	1	1	Durante lo transcurrido de 2025, se han desarrollado ocho (8) espacios de articulación intersectorial con comunidades étnicas, a través de los cuales se ha logrado: • Fortalecer los canales de comunicación entre las comunidades étnicas y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), propiciando la construcción de acuerdos basados en la confianza, el diálogo y la expresión directa de necesidades y propuestas. • Concertar microterritorios para la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) – Equipos Básicos de Salud (EBS), contribuyendo a una mejor planeación en salud y a la garantía en la prestación de los servicios dirigidos a la población. • Promover la implementación de actividades del Plan de Intervenciones

					Colectivas (PIC) en los territorios, con la participación de profesionales locales y sabedores ancestrales, fortaleciendo el enfoque intercultural en las acciones de salud pública. • Reconocer a las comunidades étnicas como actores esenciales en la construcción colectiva de la salud en el departamento de Nariño, fortaleciendo su participación en la gestión y toma de decisiones en salud.
--	--	--	--	--	--

1.2.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- La alta rotación de personal en las Secretarías Municipales de Salud (SMS) o Direcciones Locales de Salud (DLS), las Empresas Sociales del Estado (ESE) y las Instituciones que prestan servicios de salud (IPS) limita la sostenibilidad de los procesos, dificulta el cumplimiento de los compromisos establecidos, debilita la articulación con actores comunitarios y obstaculiza la implementación efectiva del enfoque diferencial en salud dirigido a las poblaciones étnicas.
- Se evidencia una debilidad en los procesos de retroalimentación y seguimiento sobre el enfoque diferencial en salud para poblaciones étnicas, lo que limita su apropiación y aplicación por parte del talento humano en salud. Esta situación afecta el fortalecimiento de capacidades técnicas, operativas y culturales del personal de las Secretarías de Salud (SMS/DLS), ESE e IPS, dificultando la implementación de acciones integrales y culturalmente pertinentes que garanticen el acceso equitativo a los servicios de salud.
- Las demoras o no entrega por parte de las entidades inspeccionadas en la entrega de información y en la implementación de acciones correctivas relacionadas con el enfoque diferencial en salud para poblaciones étnicas, dificulta el seguimiento, la articulación interinstitucional y el cumplimiento de una atención en salud con pertinencia cultural.
- Se han presentado dificultades en la gestión oportuna de las actividades relacionadas con la prestación de los servicios por parte del operador logístico contratado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN. Estas situaciones han tenido un impacto negativo en la satisfacción de los usuarios, afectando su percepción y nivel de conformidad respecto a la ejecución de las actividades programadas.

1.2.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 1 Asistencia técnica sobre enfoque diferencial en salud para poblaciones étnicas



Ilustración 2. Espacio de articulación con mesa regional de concertación de pueblos indígenas de Nariño



Ilustración 3. Mesa técnica con Organización de Consejos Comunitarios RECOMPAS



1.3. SUBPROGRAMA: Salud para Población de Especial Protección para la paz – Etnias

1.3.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0606	\$360.000.000	\$ 341.813.300	\$126.027.193	\$ 126.027.193

1.3.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Realizar asistencia técnica a los entes territoriales para la implementación de normas y guías de protocolo y lineamientos técnicos para la atención en salud de la población víctima de conflicto armado	64	64	64	64 Entidades territoriales asistidas técnicamente	Durante el presente periodo, se ha logrado brindar asistencia técnica a los 64 municipios del departamento de Nariño, tanto a las Direcciones Locales de Salud (DLS) como a las Empresas Sociales del Estado (ESE), en lo relacionado con la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial para la Población Víctima del Conflicto Armado. Como resultado de este proceso, más del 90% de las DLS mediante acto administrativo, han realizado la conformación y operativización de las Mesas de Rehabilitación, con el propósito de garantizar la implementación efectiva de las medidas de rehabilitación contempladas en el marco normativo vigente. Asimismo, se evidencia que el 90% de los municipios ha definido y adoptado rutas de atención prioritaria en salud dirigidas a la población víctima residente

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 9 de 118

				en sus territorios, fortaleciendo los procesos de atención oportuna y con enfoque diferencial. Paralelamente, las ESE han formalizado, mediante resoluciones, la conformación de los Equipos Multidisciplinarios en Salud (EMS), garantizando una atención integral bajo un enfoque biopsicosocial. Más del 90% de las DLS y ESE han avanzado en la caracterización en salud de la población víctima, facilitando un mejor análisis de la situación de salud y la orientación de acciones que contribuyen a la reducción de barreras de acceso. Igualmente, se ha promovido el fortalecimiento del talento humano asistencial, mediante procesos de capacitación y sensibilización orientados a garantizar una atención enmarcada en el enfoque diferencial y en la premisa de acción sin daño. Finalmente, las DLS han fortalecido sus portafolios de servicios en salud y desarrollado acciones de divulgación que permiten a la población víctima conocer las ofertas institucionales disponibles. A su vez, tanto las DLS como las ESE han garantizado el aseguramiento en salud de la población víctima residente en el departamento de Nariño, contribuyendo al goce efectivo del derecho a la salud de esta población
--	--	--	--	---

					prioritaria. SE logro la implementación del PAPSIVI en los 24 municipios priorizado en la resolución 1162 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social. Se presento proyecto al Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación del PAPSIVI con recursos de concurrencia, implementado el programa en 5 municipios del Departamento.
Realizar inspección y vigilancia a los entes territoriales para la implementación de normas y guías de protocolo y lineamientos técnicos para la atención en salud de la población víctima de conflicto armado	64		64	57 Entidades territoriales auditadas	Las ESE de los municipios, mediante resolución, han conformado los Equipos Multidisciplinarios en Salud (EMS), garantizando una atención integral desde el enfoque biopsicosocial, lo cual contribuye al abordaje adecuado de las necesidades de salud física, mental y psicosocial de la población víctima. Más del 90% de las DLS y ESE del departamento realizaron la caracterización en salud de la población víctima, permitiendo contar con información actualizada que facilita el análisis de la situación de salud, la identificación de brechas y la planeación de acciones que contribuyen a superar las barreras de acceso a los servicios de salud.

1.3.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

Se evidencia una alta rotación de personal en las Entidades Territoriales y en las Empresas Sociales del Estado, situación que ha generado dificultades en la continuidad y sostenibilidad del proceso de implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial para las Víctimas del Conflicto Armado. Esta condición ha afectado la consolidación de capacidades

institucionales, limita la apropiación del protocolo por parte de los equipos técnicos y requiere la realización constante de procesos de inducción y reinducción para garantizar la adecuada atención a la población víctima.

1.3.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 4. Asistencia técnica componente víctimas Municipios aledaños a Pasto



Ilustración 5. Reunión con Ministerio de Salud y Protección Social y E.S.E



Ilustración 6. Implementación PAPSIVI municipio de Olaya Herrera



1.4. SUBPROGRAMA: Salud para Población de Espacial Protección para la paz – Discapacidad.

1.4.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0605	\$791.167.453	\$ 785.252.213	\$ 672.788.232	\$ 671.256.232

1.4.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Realizadas asistencias técnicas a los entes territoriales para la implementación de normas, guías, protocolos y lineamientos técnicos, para la atención en salud de la población víctima del conflicto armado interno, en situación de discapacidad, en situación de calle y en calle, étnica, primera infancia e infancia y persona mayores del Departamento.	64	64	64	64	Se logra dejar capacidad instaladas a los 64 entes territoriales en Resolución 1197 de 2024, Resolución 1904 de 2017, Ley 1618 de 2013, Estrategia RBC y demás normatividad vigente en salud para Personas con Discapacidad. Se logra fortalecer el proceso de certificación de Discapacidad en el Departamento de Nariño a través del acompañamiento a 89 SSM/DLS. Se cumple con el proceso de Inspección y vigilancia a 27 DLS normatividad vigente en salud de Discapacidad. Se realizó la incorporación de recursos de la Resolución 1539 de 2024, logrando ejecutar un total de 2.953 valoraciones multidisciplinarias con cobertura en los 63 municipios del Departamento de Nariño (se exceptúa Tumaco por recibir recursos directos). Se realizo la devolución del 100% de los recursos de

					capital con sus respectivos rendimientos financieros de las vigencias asignadas en el periodo 2021 a 2024 de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
Realizado formulación y seguimiento a la implementación de planes de acción bajo enfoque de articulación intersectorial para la atención en salud de la población: Víctima de conflicto armado, Étnica, en Situación de Discapacidad, en Situación de Calle.	1	1	1	1	Se formula el plan de acción del Comité Departamental de Discapacidad con 6 actividades del sector salud, avanzando con el 87% de su cumplimiento. Se participa en 36 jornadas de articulación interinstitucional con los diferentes actores, en donde se han establecido 22 compromisos, de los cuales se han cumplido 20, alcanzado el 90% de cumplimiento.

1.4.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Dificultad en la incorporación de los recursos asignados para el proceso de certificación de Discapacidad y dificultad en el proceso contractual con las IPS autorizadas, lo que prolonga la ejecución de los recursos y en la liquidación de los contratos.
- Cambio de personal en las direcciones locales de salud, lo que genera necesidad de acompañamiento permanente para garantizar la continuidad de los procesos.
- Falta de compromiso por las entidades territoriales para la conformación de los equipos multidisciplinarios y la gestión de recursos propios para garantizar el procedimiento de certificación de discapacidad.

1.4.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 7. Taller de RBC a Profesionales de la Salud



Ilustración 8. Jornada de articulación con Secretaria de Cultura en el Municipio del Rosario.



Ilustración 9. Asistencia técnica en Resolución 2646 de 2024 a referentes de Discapacidad



1.5. SUBPROGRAMA: Salud para Población de Espacial Protección para la paz - Envejecimiento y Vejez

1.5.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0602	\$137.855.000	\$128.550.000	\$86.691.486	\$86.691.486

1.5.2. GESTIÓN DE INDICADORES

GESTIÓN DE PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Entidades territoriales asistidas técnicamente	64	64	64	62	Se mantiene el conocimiento de la existencia de la política publica de envejecimiento y vejez que antes era desconocida y se observa ahora la articulación de los diferentes actores municipales desde la cual se defiende los derechos de las personas mayores; como también, el conocimiento de otras normas dirigidas a la atención integral en salud de las personas mayores que muchas veces las ejecutan pero no sabían por qué ni la norma en sí.

1.5.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

La atención en salud con enfoque diferencial para personas mayores enfrenta varios retos que deben ser abordados para garantizar una atención de alta calidad y adaptada a las necesidades específicas de esta población. Algunos de las dificultades son:

- Desde las entidades territoriales municipales se observa alta rotación de personal lo cual impide que haya una continuidad en los procesos que se deben realizar con la población, además del desconocimiento de la norma por parte del nuevo personal y no hay un buen proceso de empalme como lo mención la norma Ley 951 de 2015 proceso de empalme en para la entrega y recepción de asuntos públicos del personal antiguo al personal nuevo.
- En las ESE no existe Talento Humano designado específicamente para el programa de vejez, para hacer seguimiento a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud Resolución 3280 de 2018 curso de vida de Vejez y cumplimiento de la Ley 1171 de 2007 en cuanto a la atención con enfoque diferencial dirigida a las personas mayores como la atención preferencial en ventanilla, asignación de citas y entrega efectiva de medicamentos. La comunicación efectiva con las personas mayores es

fundamental para garantizar que comprendan su condición de salud y tratamiento para que tengan una buena adherencia a los mismos, los profesionales de la salud deben ser capacitados para comunicarse de manera efectiva con las personas mayores.

3. Las personas mayores pueden enfrentar barreras de acceso a los servicios de salud debido a la falta de transporte, la discapacidad o la falta de recursos económicos, es importante garantizar que los servicios de salud sean accesibles y adaptados a las necesidades de las personas mayores. El desconocimiento de la norma por parte del personal de las áreas de atención al usuario hace que no exista una priorización hacia la población de personas mayores, desde la gerencia de las ESE se debe coordinar capacitaciones a todo el Talento Humano en cuanto a la atención preferencial y diferencial en los diferentes servicios de salud que es fundamental para garantizar una atención integral, oportuna y continua.

1.5.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 10. Asistencia técnica municipio de pasto subregión centro



Ilustración 11. Asistencia técnica subregión Juanambu



Ilustración 12. Asistencia técnica región ex provincia de Obando



1.6. SUBPROGRAMA: Salud para Población de Especial Protección para la paz - Envejecimiento y Vejez

1.6.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0601	\$339.800.000	\$ 305.740.016	\$ 172.373.288	\$ 172.373.288

1.6.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año (x cada 1.000 nacidos vivos)	21.12	>19	20.59	21.1	Se continúa trabajando en el logro de las dos metas de producto previstas para alcanzar esta meta de resultado, es decir: Desarrollo de talleres para transmisión de conocimiento a los profesionales del área de salud encargados de la atención de niños y niñas de primera infancia e infancia. Cumplimiento del 100% de los compromisos, establecidos en las 14 reuniones de articulación en los diferentes espacios.
Tasa de mortalidad en la niñez (en	13.5	>12	13.1	12	Se ha logrado superar la meta propuesta, pese al

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos)					incremento de muertes en menores de 5 años por evento como IRA. Se continua con el desarrollo de actividades para el logreo de las metas de producto encaminadas a lograr la meta propuesta en la meta de resultado. Se destaca las visitas de IV a 61 municipios, para garantizar entre otros aspectos, la adherencia a las guías de práctica clínica, la atención integral en salud; aplicación de rutas de atención. Los espacios de articulación han permitido visibilizar la problemática y la toma de conciencia frente a la importancia de la articulación intersectorial. Se avanza en el convenio con Fundación Valle de Lili, para incorporar la estrategia hospital padrino para los 6 municipios priorizados del PRMI, cronograma de acciones para abordar temas como emergencias pediátricas, emergencias neonatales e intercambio de saberes.

1.6.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Presencia persistente de casos en municipios de la costa Pacífica a raíz de determinantes sociales como dispersión geográfica, presencia de grupos armados, practicas ancestrales que inciden en el desenlace de los eventos.
- La alta rotación de talento humano y de coordinadores de programas dificulta la ejecución oportuna de las funciones y competencias de algunas entidades territoriales.
- Indicador dependiente de datos oficial DANE, se establece la meta con indicador preliminar, , el cual es posible se encuentre por debajo de meta a alcanzar a momento de la formulación del indicador, si embargo, con el ajuste, el dato cambia, y quizá se refleje un incremento, frente a

una realidad no existente.

- Debilidad en la asunción de competencias por parte de las direcciones locales de salud, fallas en el liderazgo y cumplimiento de competencias normativas
- Talento humano que atiende a los niños y niñas formado principalmente en atención en salud, fallas en la formación de prevención y salud pública.
- Notificación de comportamiento de indicadores por parte de las entidades territoriales municipales, tardía, incompleta y con fallas en calidad del dato.
- Debilidad en la transmisión del conocimiento por parte de los convocados – asistentes hacia sus entidades de origen.

1.6.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 13. Plan de reducción de mortalidad infantil- participación de actores: Sociedad Nariñense de pediatría, academia, EPAB, organismos de control



Ilustración 14. Mesa departamental de niños y niñas



Ilustración 15. Taller práctico emergencias pediátricas-RCP -IDSN-U de Nariño- OPS



1.7. SUBPROGRAMA: Prevención de enfermedades transmisibles para la paz – PAI

1.7.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0601	\$ 887.785.128	\$ 387.912.848	\$ 257.327.305	\$ 257.327.305

1.7.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Coberturas de vacunación (Bacilo de Calmette y Guérin, pentavalente a 6 y 18 meses de edad, triple viral de un año, DPT a los 5 años)	87	95	95	68.37 •BCG: 68,1 % •PENTA 3º: 68% •T.V un Año: 68,1 % •DPT 5 años: 69,3 %	En lo transcurrido del año 2025, se consolidó la gestión integral del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a nivel departamental, asegurando la continuidad y calidad de la vacunación a través de Visitas de Inspección y Vigilancia (IVC) que cubrieron los doce módulos del PAI en más de 36 municipios, y mediante la provisión de asistencia técnica especializada enfocada en PAIWEB 2.0, la calidad del dato y la

					reducción de rezagos de información. Esta estrategia fue respaldada por la gestión rigurosa de la cadena de frío y por la garantía de disponibilidad oportuna de biológicos e insumos de vacunación en la totalidad de los 64 municipios del departamento. Estas acciones logísticas y de fortalecimiento se complementaron con una efectiva articulación interinstitucional para la Tercera Jornada Nacional de Vacunación, la estrategia de Vacunación Nocturna y el manejo de ESAVI. Como resultado, las coberturas de vacunación mostraron un incremento sostenido para la vigencia 2025, alcanzando un promedio departamental del 68.37% en biológicos trazadores clave como BCG, PENTA 3ª dosis, Triple Viral (TV) de un año y DPT de 5 años.
--	--	--	--	--	--

1.7.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Alta Rotación: Si el personal operativo y administrativo en las ESE/DLS cambia con frecuencia, la asistencia técnica y el seguimiento a la calidad del dato deben reiniciarse constantemente.
- Manejo de Sistemas de Información (CNV -PAIWEB): Dificultades por parte del personal local para manejar o registrar correctamente la información en sistemas como el CNV -PAIWEB (Conocimiento, conectividad o habilidad).
- Limitaciones de Equipos: La escasez o el mal estado de los equipos de cómputo en los puntos de vacunación, lo que ralentiza la digitación y el flujo de la información, impactando la calidad y oportunidad del dato.
- Carga de Trabajo y Rotación: La alta carga de trabajo del personal de vacunación o la frecuente rotación en los 64 municipios, lo cual obliga al equipo de nivel central a repetir la asistencia técnica y retroalimentación en el manejo del sistema y la calidad del dato constantemente

1.7.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 16. Asistencia técnica en Calidad del Dato, Sistema de información PAIWEB 2.0 y Rezagos a los Municipio de la Costa Pacífica Nariñense



Ilustración 17. Tercera Jornada Nacional de Vacunación de 2025 - sábado 26 de julio de 2025



Ilustración 18. Vacunación Nocturna del 25 de julio



1.8. SUBPROGRAMA: Garantía de derechos sexuales y reproductivos para la paz

1.8.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
04	\$1.372.369.810	\$1.164.199.620	\$568.138.160	\$ 549.745.916

1.8.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Razón de mortalidad materna temprana por causa directa evitable	42,60	0	21.3	20.5	En lo transcurrido del 2025, se han reportado dos casos de muerte materna por causa directa evitable de municipios de Barbacoas y Pasto, para una razón de 20,5 por cien mil nv. A la misma fecha en 2024 se reportaron tres eventos de

					muerte materna directa evitable para una razón de 30,8.
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años	2,50	2	2,25	1,1	En lo transcurrido del 2025, se lleva un registro de 75 nacimientos en Mujeres adolescentes de 10-14 años para una tasa de 1,1 x 1000 nv. A la misma fecha en 2024 se reportaron 85 casos para una tasa de 1,23
Tasa de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años	36,40	30	33,2	14,40	En lo transcurrido del 2025, se lleva un registro de 1081 nacimientos en MEF de adolescentes de 15-19 años para una tasa de 14,40 x 1000 nv. A la misma fecha en 2024 se reportaron 891 casos para una tasa de 11,75
Atención a víctimas de violencia sexual a eventos que acuden a salud en menos de 72 horas	80%	90%	85%	80%	En lo transcurrido del 2025, se notificaron 169 casos de violencia sexual menor a 72 horas, de los cuales 121 cumplen con protocolo, 12 no cumplen con protocolo, 18 descartados, 18 en seguimiento con EAPB para un cumplimiento con protocolo para un 80% de cumplimiento
Desarrollar el plan de respuesta ante las ITS VIH. Disminuir la tasa de sífilis congénita	1,60	1	1,3	0,8	En lo transcurrido del 2025, se han reportado 8 casos de sífilis congénita para una tasa de 0,8 x 1000 nv. A la misma fecha en 2024 se reportaron 10 casos para una tasa de 1

1.8.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Determinantes sociales, culturales, difícil acceso geográfico, conflicto armado generan barreras de acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad
- La crisis financiera del sistema de salud en relación con EPS ha generado problemas de accesibilidad, oportunidad, pertinencia en la prestación de los servicios de salud
- Débil sistema de referencia y contrarreferencia

- Falta de fortalecimiento de procesos de participación social a nivel comunitario
- Falta de articulación de la prestación de servicios de salud con los equipos básicos de APS

1.8.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 19. Capacitaciones en rutas de atención integral en salud – salud sexual y reproductiva



Ilustración 20. Entrenamiento en pruebas rápidas para ITS-VIH



Ilustración 21. Encuentros de diálogos de saberes con comunidad indígena en el marco del plan de aceleración para reducción de la mortalidad materna



1.9. SUBPROGRAMA: Garantía de derechos sexuales y reproductivos para la paz

1.9.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0603	\$ 70.000.000	\$ 59.200.000	\$ 33.808.000	\$ 33.808.000

1.9.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Modelo de atención a población con orientación, identidades, expresiones de genero diversas (OSIEGD) en la red de prestación de servicios de salud pública implementado	0	20	10	100%	En lo transcurrido del 2025, se ha evidenciado la implementación del modelo: Túquerres: IPS 47,3% Cumbal: ESE 95% Aldana: ESE 74% Tangua: ESE 68% Sapuyes: ESE 74% Ipiales: IPS 89%, ESE Hospital Civil de Ipiales 58% San Pablo: ESE 79% Tumaco: Hospital San Andrés 63%, Clínica Puente del Medio 58% La Florida: ESE 10%,

					Arboleda: ESE 20%, La Unión ESE 53%, El Tambo: ESE 36%. En total, 10 ESE lograron un nivel de implementación del modelo superior al 60%.
--	--	--	--	--	---

1.9.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Se evidenció como principal dificultad la alta rotación del personal en las DLS y ESE, lo que no permite la apropiación del modelo de atención a población OSIEGD en los centros de salud.
- Por otro lado, el desconocimiento de los derechos de la población OSIEGD por parte de los prestadores de servicios de salud se convierte en una barrera en la garantía de sus derechos.

1.9.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 22. Jornadas de articulación con SEGIS – Gobernación de Nariño



Ilustración 23. Foro Departamental Salud, familia, diversidad sexual y de género Nariño 2025



1.10. SUBPROGRAMA: Atención primaria integral en salud para la paz - Vida saludable y condiciones no transmisibles

1.10.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
801	\$ 327.000.000	\$ 289.280.500	\$ 178.626.224	\$ 178.626.224

1.10.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Control de la Hipertensión Arterial	67,70%	77	69	65,32	Para el caso del Departamento de Nariño se presenta un porcentaje de 65,43 % de control de la Hipertensión Arterial, encontrándose en un rango de cumplimiento Alto, de acuerdo al informe de la Cuenta de alto costo- CAC 2024, pasando del puesto 15 a Nivel Nacional al puesto No 8, contándose en los departamentos con los porcentajes más altos de Control de la población Hipertensa. De los 64 Municipios del Departamento se evidencia que el 89 % (58) se encuentran en rango Medio y Alto de cumplimiento del indicador. Nivel de Cumplimiento: Al igual que el indicador nacional, el indicador departamental de Nariño se ha mantenido en el rango de cumplimiento Alto (>60%) durante todo el período. Tendencia

					Por primera vez en la serie (2024), el Indicador Departamental (65.43%) supera ligeramente al Indicador Nacional (65.32%), cerrando la brecha que existía al inicio del período. Situación de Nariño: El departamento de Nariño ha mejorado su posición relativa. Aunque sus valores también fluctúan, ha logrado cerrar la brecha histórica con el indicador nacional e incluso superarlo en pequeña medida en 2024, esto puede deberse a que, a la continua Asistencia técnica y seguimiento de las estrategias locales de atención primaria o los programas de control en Nariño pudieron haber sido más resilientes o más efectivos en la fase de recuperación post-pandemia que el promedio nacional, logrando contener el deterioro o recuperar el control más rápidamente.
Control de la Diabetes	58,31%	68	60	57,79	Por otra parte, el Departamento de Nariño se presenta un porcentaje de 57,79% % de control de la Diabetes, si bien no se alcanzó la meta, el departamento sigue encontrándose en un rango de cumplimiento alto de Control de la población Diabética

					de acuerdo al informe de la Cuenta de alto costo- CAC 2024, pasando del puesto 16 a Nivel Nacional al puesto No 18. De los 64 Municipios del Departamento se evidencia que el 89 % (58) se encuentran en rango Medio y Alto de cumplimiento del indicador. Nariño inicialmente estaba por debajo del promedio nacional, con la brecha más amplia en 2020 (5.04 puntos). Es de resaltar que el indicador Departamental (2021-2022) superó al indicador nacional. Esto sugiere una alta efectividad de los programas de diabetes en Nariño, pese a factores como la pandemia, lo cual puede deducirse que se desarrolló continuidad en los procesos de seguimiento, asistencia técnica al talento humano en salud sensibilizando sobre la importancia de detección y control temprano de esta patología. El control de la diabetes en Nariño ha tenido una evolución generalmente positiva, pasando de un rango Medio a un rango Alto de cumplimiento. Sin embargo, el análisis finaliza con una disminución de 2 punto porcentual en el 2024 , por lo cual es importante fortalecer los procesos de articulación , asistencia
--	--	--	--	--	---

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 31 de 118

					técnica y seguimiento al programa Fuerza Nacional: El Control de la Diabetes muestra una mejora constante lo que es un gran logro en salud pública, mas sin embargo se debe fortalecer los aspectos ya mencionados.
--	--	--	--	--	--

1.10.3.DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Alta rotación del personal en las ETM
- Teniendo en cuenta la información de base de la cuenta de alto costo, el promedio de incremento en los indicadores por forma histórica es 5%, en este sentido se recomienda revisar el histórico del incremento del Indicador ya que esto puede dar a error en la evaluación de logros del programa
- Ausencia de información sobre indicadores de la RUTA RCV relacionados con la 3280 de 2018.
- Dificultades administrativas por ausencia de oferta de Talento Humano acorde a los perfiles presupuestado
- Demoras en el proceso de contratación
- Dificultades en la disponibilidad de medicamentos
- Zona Altamente dispersa que se dificulta para el acceso de los servicios de salud

1.10.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 24. Campaña de sensibilización



Ilustración 25. Evento de Conmemoración del día mundial de prevención del riesgo cardiovascular


1.11. SUBPROGRAMA: Prevención de enfermedades transmisibles para la paz - Transmisibles

1.11.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0603	\$ 70.000.000	\$ 59.200.000	\$ 33.808.000	\$ 33.808.000

1.11.2. GESTIÓN DE INDICADORES

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0501 SGP	\$ 240.000.000	\$ 201.105.000	\$ 139.770.889	\$ 139.770.889
0501 TN	\$ 350.000.000	\$ 323.546.150	\$ 196.355.262	\$ 196.355.262
0502 TN	\$ 52.542.862	\$ 52.542.862	\$ 41.352.705	\$ 41.352.705
0505 SGP	\$ 751.653.127	\$ 620.550.127	\$ 396.978.627	\$ 396.978.627

1.11.3. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Tasa de discapacidad grado 2 en enfermedad de Hansen	0	0	0	0	No se han presentado casos de enfermedad de Hansen con discapacidad grado 2 por cada millón de habitantes en el

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 33 de 118

					departamento de Nariño
Incidencia de la tuberculosis en todas las formas	13,9	12,51 por	12,51	10,4	Se ha mantenido la incidencia de tuberculosis en el departamento por debajo de la tasa a nivel nacional.
Incidencia de mortalidad por IRA en menores de 5 años	9,09	8,18	8,18	6,9	La tasa se ha mantenido por debajo de la meta establecida para el año 2025
Mantener las estrategias de prevención y control de las IAAS en 100% de las IPS de mediana y alta complejidad	100	100%	100	100	Las estrategias de prevención y control de las IAAS se han mantenido en 100% de las IPS de mediana y alta complejidad en el departamento

1.11.4. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Presencia persistente de casos en municipios de la costa Pacífica a raíz de determinantes sociales como dispersión geográfica, presencia de grupos armados, practicas ancestrales que inciden en el desenlace de los eventos.
- La alta rotación de talento humano y de coordinadores de programas dificulta la ejecución oportuna de las funciones y competencias de algunas entidades territoriales.

1.11.5. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 26. Asistencia técnica en tuberculosis – Universidad Cooperativa Pasto



Ilustración 27. Visita de asistencia técnica en IRA/EDA SMS Túmaco septiembre 2025



Ilustración 28. Asistencia técnica tuberculosis y lepra Municipio de Ipiales en el mes de junio 2025



1.12. SUBPROGRAMA: Salud Ambiental para la paz

1.12.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
01	\$ 1.983.157.000	\$ 1.528.536.544	\$ 805.239.054	\$ 756.382.425

1.12.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Disminuir la tasa de mortalidad por EDA en menores	0,16	0,25	0,13	0.08	Hasta la fecha, se logró disminuir la tasa de mortalidad por EDA en

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 35 de 118

de 5 años					menores de 5 años (tasa 10.000 menores de 5 años) pasando de una línea base en 2023 de 0.25 a 0.08 en 2024 y en lo corrido del 2025.
Implementar en un 40% la Política Integral de Salud Ambiental (PISA), de acuerdo con lineamientos Nacionales.	0	0	40%	19%	Hasta la fecha de corte se logró cumplir con el 100% de los lineamientos del MSPS que aportan en la implementación para la gestión de la salud ambiental, en cumplimiento a la implementación de la política integral de la Salud Ambiental en temas de calidad del agua, cambio climático, riesgo químico, residuos peligrosos y acciones de inspección, vigilancia y control
Mantener la tasa de mortalidad por rabia humana	0	0	0	0	Se reportan 0 casos de rabia en personas, que corresponde al 100% de cumplimiento, manteniendo en 0 la mortalidad por este evento.

1.12.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Garantizar la infraestructura tanto física como tecnológica de los funcionarios que desarrollan acciones de IVC de la dimensión en los niveles Municipales en su rol de Autoridad Sanitaria.
- Implementar el piloto de la estrategia integral e integradora de Salud Ambiental de manera articulada con el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Mantener y garantizar la vigilancia de la calidad de agua y la inocuidad de alimentos, en especial los de alto riesgo, con el fin de contribuir a impactar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud para prevenir enfermedades vehiculizadas por el agua y enfermedades transmitidas por alimentos e intoxicaciones que puedan derivar en el incremento de la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en poblaciones de protección especial como los niños y menores de edad.
- Mantener coberturas útiles de vacunación antirrábica en todo el departamento y con alcance binacional, como también controlar el 100% de focos de rabia en coordinación con el ICA y el sector Ambiente.
- Continuar con la implementación del plan de acción de Inspección, Vigilancia y Control para los productos de uso y consumo que hacen parte de la dimensión de Salud ambiental en coordinación

con el Ministerio de Salud y Protección Social, fortaleciendo inicialmente el proceso de inscripción de establecimientos en los Municipios categoría 4, 5 y 6 en el marco de los lineamientos que el Ministerio de Salud Y protección Social defina y en especial las circunstancias especiales que se presentan como las emergencias de origen natural y antrópico.

- Lograr a través de la estrategia de aseguramiento de cadenas productivas, acciones de IVC y los operativos de control la inocuidad de los alimentos y bebidas en especial aquellos que representan alto riesgo como los expendios de carne dado que la procedencia ilegal de la carne es el mayor de los incumplimientos lo que genera un riesgo alto en estos productos alimenticios.
- Lograr una cobertura de vigilancia del 90% de los establecimientos que atienden el PAE, para lo cual se establecerán alianzas estratégicas con las Secretarías de Salud y Educación de los Municipios certificados.
- Articular acciones intra e intersectorial para fortalecer las acciones de IVC a Centros de Estética Ornamental que permitan el cumplimiento de la normatividad vigente para este tipo de establecimientos.
- Fortalecer las capacidades del talento humano y el fortalecimiento de la vigilancia y control a establecimientos que operan equipos emisores de radiación ionizante, con el fin de garantizar la seguridad del paciente que requieran dichas ayudas diagnósticas a través del licenciamiento de los equipos que cumplan con la normatividad vigente.
- Lograr la construcción y/o adecuación de cementerios y morgues en todos los Municipios del Departamento de Nariño.

1.12.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 29. Estrategia PIC tu entorno tu vida



Ilustración 30. Jornadas de vacunación antirrábicas binacionales



Ilustración 31. Intervención en salud ambiental costa pacífica con OPS



1.13. SUBPROGRAMA: Atención Primaria en Salud - APS

1.13.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0703	\$ 12.060.207.405	\$ 11.767.905.443	\$ 1.416.306.660	\$ 1.352.392.575

1.13.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					
NOMBRE DEL INDICADOR	LÍNEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL

				2025	PERIODO 2025
Cobertura en la implementación de la rutas integrales de atención de promoción y mantenimiento de la salud	47%	70%	50%	47%	Disponibilidad de información oficial y consolidada En el año 2025 se cuenta por primera vez con información oficial proveniente de la herramienta "Monitor RIAS" del Ministerio de Salud y Protección Social, lo que permite realizar un seguimiento técnico y estandarizado de las coberturas de los indicadores de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), según la Resolución 3280 de 2018. Se logra establecer una línea base oficial departamental de cobertura del 27,07 % para el primer trimestre de 2025, con fuente validada del MSPS. · Fortalecimiento del seguimiento departamental de la RPMS El Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) consolida un sistema de monitoreo propio, mediante el reporte trimestral de las EPS, permitiendo contar con información técnica y oportuna antes de la implementación oficial del Monitor RIAS. Se supera la ausencia de fuente oficial que persistía hasta 2024, garantizando la continuidad en el análisis y seguimiento

					de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). · Asistencia técnica y fortalecimiento institucional Se realizó asistencia técnica (AT) en la aplicación de la Resolución 3202 de 2016, dirigida a líderes del IDSN (Liliana Ortiz y María José Cabrera), con el propósito de fortalecer la construcción y el seguimiento de las RIAS en el departamento. Los líderes técnicos del IDSN presentan propuestas de fortalecimiento y ajuste de las RIAS ante el Comité Directivo y Operativo, garantizando la apropiación técnica del marco normativo. · Articulación interinstitucional y seguimiento territorial Se llevó a cabo seguimiento técnico a los comités municipales de APS-RIAS, verificando: Existencia de acto administrativo de conformación. Cronogramas de reuniones y actas desarrolladas. Informes de análisis de indicadores entre los años 2022 y 2024. Se promovió el análisis comparativo de indicadores entre municipios y respecto al promedio
--	--	--	--	--	---

					departamental, fortaleciendo la capacidad analítica local. • Gestión del mejoramiento continuo con las EAPB Se solicitaron a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) los planes de acción de la RPMS, orientados por un análisis de causa raíz de los bajos niveles de cobertura, incluyendo variables administrativas, de talento humano, materiales, articulación institucional, factores comunitarios y presupuestales. Se estableció una metodología estandarizada para que las EAPB elaboren planes de mejora con metas cuantificables, responsables definidos y cronogramas, favoreciendo la medición del impacto real sobre los indicadores.
--	--	--	--	--	--

1.13.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Limitada articulación con las entidades formadoras del talento humano en salud: Se requiere fortalecer la coordinación y el trabajo conjunto con las instituciones académicas formadoras, con el fin de incorporar los lineamientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en los procesos de formación y práctica del personal de salud.
- Desafíos en la consolidación y análisis de la información oficial: Aunque la implementación del Monitor RIAS del Ministerio de Salud y Protección Social representa un avance importante, persisten discrepancias significativas entre los datos oficiales y los autorreportes de las EPS, lo que dificulta la definición de una línea base única y comparable entre periodos. Asimismo, se evidencian retrasos en la entrega de reportes y limitaciones en la comprensión de las fichas técnicas de los indicadores, aspectos que afectan la oportunidad y calidad del análisis de resultados.

1.13.6. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 32. Líder de la estrategia de Atención Primaria en Salud, PIC, RIAS.



Ilustración 33. Reunión comité operativo RIAS 2025.



Ilustración 34. Reunión comité Directivo y operativo RIAS 2025.



1.14. SUBPROGRAMA: Atención primaria integral en salud para la paz - Control de Medicamentos

1.14.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
12	\$1.821.293.741	\$896.872.172	\$875.430.172	\$875.430.172
0708	\$ 220.000.000	\$ 190.645.500	\$ 119.263.500	\$ 117.263.500
Total	\$ 2.041.293.741	\$ 1.087.517.672	\$ 994.693.672	\$ 992.693.672

1.14.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo la medición de la gestión del mismo se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Visitas realizadas	1564	2000	1750	1541	- Con las medidas sanitarias de decomiso se ha logrado que productos farmacéuticos que se encuentran en inadecuadas condiciones de almacenamiento no sean comercializados en el departamento de Nariño. - Se ha logrado mayor control y seguimiento en la prescripción de medicamentos de control especial lo cual evita el desvío de estos medicamentos con fines ilegales. - Se han realizado 1750 visitas de IVC a establecimientos farmacéuticos del departamento de Nariño, lo cual ha llevado al decomiso de 24898 medicamentos, 26898 dispositivos médicos, 2378 alimentos o suplementos

					dietarios, 3169 productos naturales y/o cosméticos. Se ha realizado la clausura temporal de 2 establecimientos y 4 cierre de servicio.
Asistencias técnicas en Inspección, Vigilancia y Control realizadas	12	24	16	14	Se ha logrado realizar gestión del 100% los eventos adversos reportados a Vigiflow al programa de farmacovigilancia Se han realizado actividades de articulación para el control en el desvío de medicamentos con fines recreativos o fines ilícitos, con IPS, gremio de médicos anestesiólogos, gremio de veterinarios, asociaciones de droguistas, fondo nacional de estupefacientes, policía, entre otros. Obtener certificación de la plataforma Farmacomciencia.com como sitio seguro en vacunas VSN de la Organización Mundial de la Salud, siendo el primer sitio web en obtener dicha distinción

1.14.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Se han tenido dificultades con la contratación de químicos farmacéuticos por no disponibilidad de profesionales.
- Es necesario adelantar las actividades del plan de intervenciones colectivas durante los primeros meses del mes y poder ejecutar todas las actividades propuestas de manera oportuna.
- Se recomienda la articulación con la dimensión de salud mental y salud infantil para adelantar actividades de promoción y educación con estudiantes y disminuir el uso inadecuado de medicamentos por parte de esta población.

1.14.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 35. Certificación de Farmacomciencia como miembro de la red de la VSN de la Organización Mundial de la Salud


World Health Organization

20, AVENUE APPIA – CH-1211 GENEVA 27 – SWITZERLAND – TEL CENTRAL +41 22 791 2111 – FAX CENTRAL +41 22 791 3111 – WWW.WHO.INT

Tel. direct: +41 22 791 2486
Fax direct:
E-mail : silloh@who.int

Dr Ana Belén Arteaga
Director
FarmaComciencia
Instituto Departamental de Salud de Nariño
Plazuela de Bomboná, Calle 15 #28 - 41
Pasto, Nariño
Colombie

1 July 2025

Dear Dr Arteaga,

Welcome as a member of the Vaccine Safety Net (VSN)

The Vaccine Safety Net (VSN) is a global network of websites, established by the World Health Organization, that provide reliable information on vaccine safety. It consists of a diverse group of digital information resources known as VSN members. These members are located in various countries around the world, and they provide science-based information on vaccine safety in multiple languages.

Upon the formal assessment of your website (<https://farmacomciencia.com/>), we are pleased to welcome your website as a member of the Vaccine Safety Net.

Please contact Dr Shanthi Pal, Team Lead, Pharmacovigilance (email: pals@who.int) for any additional information.

Yours sincerely,



Mr Hiiti Sillo
Unit Head
Regulation and Safety

Ilustración 36. Articulación con FNE, Policía Nacional, Fiscalía para la legalización e incautación de Ketamina de origen extranjero con posibles fines ilícitos



1.15. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la Paz - PTS

1.15.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0705	\$ 579.924.000	\$ 514.916.500	\$ 204.135.980	\$ 197.449.980

1.15.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Porcentaje de ejecución de Planes Territoriales de Salud Municipales	89.9%	92%	91%	92%	Cumplimiento y superación de la meta: Se alcanzó un 92% de ejecución promedio de los Planes Territoriales de Salud Municipales, superando la meta establecida para 2025 (91%). Cabe aclarar que este fue el dato alcanzado en 2024, puesto que la meta se mide anualmente, más no por periodos cortos. Las 64 Entidades Territoriales de Salud logran formular y cargar su PAS 2025 en portal Web de Gestión PDSP, acorde a los lineamientos establecidos por MSPS. Acompañamiento y fortalecimiento institucional: Se desarrollaron acciones de gestión y fortalecimiento de capacidades a las 64 Entidades Territoriales de Salud, para la formulación y monitoreo de los COAI-PAS 2025, incluyendo: Mesas de trabajo presenciales. Asesorías técnicas. Revisión y acompañamiento en la

					carga de información en el portal PDSP-MSPS.
					Seguimiento continuo a la ejecución operativa y financiera de PAS.

1.15.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Dificultades derivadas de la transición gubernamental y normativa: La transición de gobierno y los cambios en el enfoque del Plan Decenal de Salud Pública, sumado a la rotación de talento humano, influyeron negativamente en la calidad técnica y la coherencia de los Planes Territoriales de Salud.
- Cambios constantes en lineamientos que establecen el proceso de planeación integral para la salud, generaron confusión y dificultad en la apropiación de contenidos que se reflejan en la calidad del dato de los PTS y PAS formulados en los Municipios.
- Dificultad en el desplazamiento a algunos Municipios por no contar con rutas y horarios frecuentes, dificultades derivadas del clima, estado de las vías o situaciones de conflicto armado, entre otras.

1.15.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 37. Taller Fortalecimiento de capacidades en Planeación Integral para la Salud-articulado con MSPS



1.16. SUBPROGRAMA: Salud Mental para la Paz

1.16.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
02	\$870.000.000	\$821.766.181	\$608.151.456	\$604.125.584

1.16.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DE INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Tasa de mortalidad por suicidio	7	5,95	6,5	5,8	Durante el período de gestión, las acciones adelantadas desde la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental han generado un impacto significativo en el fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la promoción, prevención y atención integral de la salud mental en el Departamento de Nariño. Se logró contextualizar las estrategias de intervención frente a la conducta suicida, incorporando un enfoque diferencial por curso de vida y entorno, lo que favoreció la identificación temprana de factores de riesgo y la articulación de respuestas intersectoriales. Estas acciones aportaron al fortalecimiento del talento humano en salud mental y a la consolidación de un enfoque territorial en la contención de la conducta suicida, posicionando la salud mental como un eje prioritario en las agendas locales. Asimismo, estas estrategias han contribuido a fortalecer la vigilancia, la respuesta institucional y la coordinación sectorial.

Tasa de violencia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes	13,77	12,3	13,05	6,19	Desde Convivencia Social y Salud Mental se ha fortalecido la atención integral y oportuna en salud mental, contribuyendo al cumplimiento del indicador orientado a disminuir la tasa de violencia en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el Departamento de Nariño. A través del acompañamiento psicológico y la orientación inmediata ante situaciones de ansiedad, estrés, conflictos interpersonales y violencia, permitiendo la detección temprana de casos y la activación efectiva de rutas de atención. Estas acciones han potenciado las capacidades institucionales y comunitarias en la respuesta integral frente a la violencia, generando un impacto positivo en la promoción del autocuidado, la prevención de conductas violentas y el fortalecimiento de entornos protectores para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el territorio Nariñense.
Tasa de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas	15,8	14,2	15	10,32	Durante la presente vigencia se fortalecieron los mecanismos de promoción, prevención, contención y reporte frente al consumo de sustancias psicoactivas, lo que permitió

					identificar brechas y optimizar la gestión institucional en la prevención del consumo y la atención integral de las personas afectadas. Asimismo, se robustecieron los dispositivos comunitarios como los Centros de Escucha y las Zonas de Orientación Escolar, promoviendo espacios seguros para la prevención del consumo y la orientación en salud mental. Estas acciones consolidaron las capacidades institucionales y comunitarias, generando un impacto positivo en la contención de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y en el fortalecimiento de una red territorial articulada que impulsa la prevención, la rehabilitación y el bienestar mental en el Departamento de Nariño.
--	--	--	--	--	--

1.16.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- La alta rotación del talento humano que hace parte del SGSS, dificulta el mantener procesos, aprendizajes y el logro del impacto esperado y programado por cuanto se debe volver a capacitar al talento humano nuevo generando reprocesos y demoras en el logro de las metas y objetivos, por lo que se recomienda evitar esos reprocesos.
- Fortalecer gestiones administrativas para construcción del acto administrativo y anexo técnico en el marco de la adaptación y posterior adopción de la Política Nacional de Salud Mental la Política Integral para la Prevención y Atención integral al Consumo de Sustancias Psicoactivas en Municipios pendientes del Departamento.
- Reducir las problemáticas de salud mental asociadas con intentos de suicidio, suicidio, intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas, violencias, entre otras, realizando continuamente un trabajo conjunto con las entidades prestadoras de salud de los 64 municipios del departamento de Nariño.

1.16.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 38. Consejo Departamental de Salud Mental



Ilustración 39. Visitas de inspección y Vigilancia en salud pública a Direcciones Locales de Salud para el seguimiento a la implementación de la política Nacional Prevención y Atención del consumo de SPA



Ilustración 40. Asistencia técnica y talleres, sobre Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de SPA



1.17. SUBPROGRAMA: Prevención de enfermedades transmisibles para la paz - ETV

1.17.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
11	\$4.557.813.671	\$2.767.119.686	\$2.767.119.686	\$2.738.662.911
0504	\$1.431.908.509	\$489.702.412	\$397.884.912	\$394.290.912

1.17.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Incidencia del dengue en el periodo 2024 - 2027	852,9	682	767,61	372,6	A septiembre se disminuye la incidencia del dengue en Nariño, por debajo de lo esperado; se han infectado con dengue 372,6 x 100.000 habitantes a riesgo.
Letalidad por dengue en el periodo 2024 - 2027	0,21	0,13	0,17	0%	Durante la vigencia NO se han reportado muertes por dengue, por tanto, se mantiene la letalidad por dengue en Nariño, en cero (0).
Mortalidad por malaria en el periodo 2024-2027.	0,15	0,20	0,18	0	Hasta el 30 de septiembre NO se reportan casos de muerte por malaria; se mantiene en cero (0), la mortalidad por malaria en el departamento.

Municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 5 a 4 en el periodo 2024 - 2027	10	2	1	1	El municipio de Cumbitara ha reportado menos de 3 casos de malaria por semana epidemiológica, lo que indica que el riesgo para malaria disminuye y por tanto pasa de estrato 5 a estrato 4: En Cumbitara se continúa fortaleciendo la estrategia ColVol en las veredas ubicadas en la parte baja del río Patía, se capacita a los profesionales de la salud de la ESE y DLS municipal para garantizar la atención clínica de los pacientes con calidad y oportunidad.
--	----	---	---	---	---

1.17.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- El aumento de minería ilegal en las cabeceras de los ríos y la expansión de los cultivos ilícitos en la costa Pacífica con lo cual se acentúa el conflicto social, estas condiciones se han incrementado justamente en las zonas endémicas para malaria, de allí la importancia de la implementación de la red de colaboradores voluntarios (ColVol) para que las comunidades accedan al diagnóstico de malaria con pruebas de diagnóstico rápido (PDR) y la administración del tratamiento. Esta estrategia garantiza de alguna manera la permanencia del Colaborador en las veredas para facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento ayudando a cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.
- En las ESE e IPS de los municipios endémicos para las ETV existe una alta rotación del talento humano en salud, se debe hacer reprocesos en las asistencias técnicas sobre las guías de atención integral de pacientes con ETV, como también las visitas de inspección para garantizar la adherencia a las guías y protocolos de manejo para garantizar la atención de pacientes con oportunidad y calidad para evitar complicaciones y mortalidades por ETV.
- A pesar de la alta rotación de los profesionales de la salud en la costa Pacífica, se evidencia que se adhieren a las Guías de atención integral de pacientes con ETV en los temas relacionados con los esquemas de los tratamiento y manejo de pacientes, sin embargo, hay dificultades en los seguimientos establecidos, no hacen los seguimientos de manera adecuada y los pacientes tampoco regresan a los controles a pesar de indicarles y asignarles una próxima cita; las comunidades sólo precisan resolver la enfermedad en el momento para continuar siendo productivos, su próximo regreso será cuando enferman nuevamente.
- En algunos municipios no se cuenta con el compromiso decidido de las autoridades municipales en el cumplimiento de sus obligaciones acorde a la normatividad, lo que dilata en logro de las metas de resultado.

- La falta de acueductos de calidad y una adecuada planta de residuos en los municipios endémicos para dengue, especialmente la adecuada disposición de inservibles ha favorecido la aparición de brotes en la mayoría de los municipios de Nariño, el cambio climático ha impactado en la adaptación de los vectores en lugares donde no existían y la falta de saneamiento básico contribuye al incremento de criaderos y hábitat de los vectores.
- El abandono estatal en la región de Sucumbíos del municipio de Ipiales - Nariño, donde se presentaron los dos casos de fiebre amarilla en 2024, fue intervenido por el Equipo funcional para las ETV, sin embargo, las distancias son muy grandes para que la población acceda a los servicio de salud, normalmente, buscan atención médica en La Hormiga – Putumayo, la continuidad de las atenciones por parte del Programa ETV no pueden ser permanentes por los altos costos y el riesgo para el ingreso, a pesar de ello, se tiene toda la disponibilidad para continuar con las intervenciones acorde a la necesidad de la población.
- Desde el Programa ETV se viene apoyando a las ESE municipales de los 12 municipios inmersos en la estrategia de ColVol, para fortalecer la estrategia para malaria, para darle continuidad y ampliar la Red de ColVol con el fin de acercar aún más el diagnóstico y tratamiento de la malaria en las comunidades rurales dispersas; en zonas mineras y donde el conflicto social no permite que lleguen los servicios de salud, ya que todas estas acciones están en favor de las comunidades rurales a riesgo y es la única forma de lograr un control eficaz de la malaria con miras a la eliminación.
- El equipo del Programa ETV está comprometido en fortalecer la adherencia a las guías de atención integral de pacientes con ETV, principalmente malaria, dengue, Enfermedad de Chagas, Fiebre amarilla, además de lograr la adherencia a los protocolos de vigilancia epidemiológica, en los equipos de profesionales de las ESE, IPS, EAPB y DLS, para mejorar la calidad y oportunidad en la atención de pacientes, así se evitarán desenlaces fatales y lograrán las metas propuestas en cuanto a mortalidad por malaria y letalidad por dengue; al igual que mortalidad por fiebre amarilla y enfermedad de Chagas.

1.17.5. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 41. Auxiliar ETV viendo una gota gruesa para diagnóstico de malaria en una comunidad (búsqueda activa de febriles para identificación de casos)



Ilustración 42. Auxiliar ETV haciendo tratamiento de criaderos de *Anopheles* spp vector de malaria.



Ilustración 43. Curso de formación de Colaboradores voluntarios (ColVol) para diagnóstico de malaria con PDR y administración de antimaláricos.



1.18. SUBPROGRAMA: Prevención de enfermedades transmisibles para la paz - Control Línea Cáncer

1.18.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0802	\$500.666.000,000	\$421.871.800,000	\$241.275.979,000	\$ 241.275.979,00

1.18.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Tasa de mortalidad por Cáncer en el	57.4	45	45	SD	Se ha mantenido a Nariño como

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 55 de 118

Departamento de Nariño					un departamento en la actualidad que brinda la atención más alta establecida en cáncer por el Ministerio, ya que cuenta con una UFCA unidad de atención de mayor nivel para cáncer de adultos y el ÚNICO a nivel nacional con UACAI unidad de atención de cáncer en niños. Se ha logrado fortalecer el equipo de cáncer con especialistas que brindan sus conocimientos para mejorar las estrategias definidas para los cáncer priorizados. NOTA: El que la mortalidad haya aumentado, consideramos tener relación con los diagnósticos tardíos que hasta el momento siguen presentándose, aunado a ello la deficiente oportunidad en tratamiento tanto de quimioterapia, citas y controles a los pacientes con Cáncer. Situación que para solucionarla requiere fuera del equipo de cáncer el apoyo de muchos más sectores y entes de control.
Proporción de pacientes con detección temprana de cáncer según protocolo médico y tipo de cáncer	40%	50%	50%	44.5 %	Se logró llegar a los 64 municipios con sus ESEs y DLSS, para fortalecer la implementación de plan de cáncer y su plan de choque. Con asistencia continua en cada región. Se ha logrado articulación con

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 56 de 118

				intersectorial en especial con el sector educación ya que se han sensibilizado alrededor de 800 docentes correspondientes a regiones de Costa Pacífica Norte del Departamento, región Sur, región Centro piedemonte, con sensibilización en los temas de cáncer no solo infantil sino de adultos y desde la educación lograr acciones de autocuidado que permitan la detección temprana, para los estudiantes y sus familias. Se han logrado mantener los consejos de cáncer de niños como directriz nacional que han permitidos generar espacios que permitan velar por soluciones a las problemáticas en cáncer de niños como la vinculación activa del sector educación. Se han mantenido las acciones del consejo de cáncer de adultos, como iniciativa departamental, que ha permitido también de manera intersectorial generar acciones frente a los cáncer mas frecuentes. Se logró alianzas con laboratorios internacionales para implementar un aplicativo que a nivel departamental pueda brindar orientación y apoyo a las acciones de cáncer en especial a las
--	--	--	--	--

					regiones más apartadas y vulnerables. Se han articulados esfuerzos desde los diferentes sectores para definir una ruta en cáncer gástrico uno de los que más están generando morbilidad y mortalidad dentro de las diferentes regiones del departamento. Se ha logrado vincular a las fuentes primarias de diagnóstico en cáncer como los laboratorios de patología para brindar una información veraz y de primera mano en la incidencia de cáncer en el departamento, insumo fundamental para evaluar y definir las estrategias.
--	--	--	--	--	---

1.18.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- No se ha contado en todo el año con un espacio físico, donde sea posible que el equipo de Línea Cáncer, se reúna tanto profesionales como especialistas para definir estrategias como mesa de trabajo que logre definir acciones para impactar a los diferentes cáncer priorizados.
- 1. Ha sido difíciles que las EPS a pesar de los requerimientos realicen la entrega de medicamentos, consultas u diversas actividades de atención en cáncer de manera oportuna.
- Barreras de Oportunidad y Acceso: Largas demoras administrativas y geográficas para el diagnóstico y el inicio del tratamiento (oportunidad)
- Fragmentación del Sistema: Desarticulación entre los actores (EPS, IPS, entes territoriales municipales), resultando en fallas en la ruta de atención integral del paciente, evidenciadas en los consejos CODACA y CODACAI.
- Baja Capacidad de municipios: Insuficiente conocimiento y gestión de los planes por parte de los municipios, debido a una escasez y/o rotación del talento humano para la vigilancia y acciones efectivas frente a esta enfermedad
- Sostenibilidad Financiera: Problemas en el flujo de recursos y la sostenibilidad presupuestal de las estrategias a largo plazo.

1.18.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 44. Capacitación Detección temprana de Cáncer municipio: La Tola- Nariño



Ilustración 45. Capacitación a Personal de Salud en Cáncer Infantil Pasto – Nariño



Ilustración 46. Taller de sensibilización en Detección temprana de Cáncer con docentes de Municipios de costa pacífica, Tumaco - Nariño



1.19. SUBPROGRAMA: Salud Ambiental para la Paz – Emergencias y Desastres

1.19.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
09	\$440.000.000	\$367.998.000	\$269.217.930	\$266.280.938

1.19.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Tasa de mortalidad en eventos de emergencias y desastres *100.000 habitantes	4.9	4.9	<4,5	0.41	Se logró fortalecer las capacidades de respuesta frente a emergencias y desastres de las entidades territoriales y sus entidades del sector salud mediante el acompañamiento del EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE RESPUESTA INMEDIATA DE IDSN con la realización 5 Talleres Subregionales y la elaboración a la fecha de 40 Planes de respuesta del sector salud , la participación activa en el Simulacro nacional de Evacuación, El apoyo a la realización del Simulacro por Emergencia Vila Adelantado por la CVUS en la ruta Nacional Vía Panamericana Rumichaca-Pasto, El apoyo en la Clasificación Triage, ,Remisión y seguimiento a la atención en salud de Personas afectadas en Accidentes de tránsito con múltiple afectación, Atención psicosocial de emergencias, apoyo al reencuentro familiar, el mejoramiento de la dotación de infraestructura redes de distribución de gases medicinales para el Hospital de Cumbal E.S.E con Apoyo de OPS y Cooperación Internacional,

					evaluación Y APOYO A LOS ALBERGUES TEMPORALES ESTABLECIDOS PARA ATENDER ALA POBLACION DESPLAZADA DE Policarpa y Cumbitara Se logró mantener la Tasa de mortalidad en eventos de emergencias y desastres por debajo de lo previsto, de DAGRD hasta el momento se reportan 7 fallecidos, las causas son: movimiento en masa, inundación, avenida torrencial.
--	--	--	--	--	---

1.19.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

Se presentan retos en la articulación con algunos municipios, limitaciones de movilidad por cierres de vías y desafíos en la atención a población migrante. Además, se evidencian dificultades en el reporte oportuno de información y la rotación de personal afecta la continuidad de los procesos técnicos.

1.19.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 47. Taller de preparación y respuesta en salud con enfoque multiamenaza mayo 2025



Ilustración 48. Taller subregional municipios cordón fronterizo



Ilustración 49. Taller subregional municipios norte de Nariño octubre 2025



1.20. SUBPROGRAMA: Nutrición y alimentación saludable para la Paz

1.20.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
03	\$ 429.838.000	\$ 355.242.424,00	\$ 224.581.693	\$ 223.922.193

1.20.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					¿QUÉ SE LOGRÓ?
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Mortalidad por desnutrición aguda en	4,1	3,3	3,7	1,7	A través de la asistencia técnica e inspección y vigilancia en el

menores de 5 años					lineamiento de atención a la desnutrición aguda en menores de 5 años (Res. 2350) realizada a 53 de los 64 municipios, tanto en la entidad territorial como las instituciones prestadoras de servicios de salud con corte a 30 de septiembre, se ha logrado una disminución del 27 % en la morbilidad y en un 33,3 % mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años comparado con el año anterior.
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a termino	4,5	4,1	4,3	4,6	En Colombia el bajo peso al nacer (BPN) y bajo peso al nacer a término (≥ 37 semanas de gestación) ha experimentado un comportamiento ascendente que se profundiza después del 2020, con un incremento de 1,5 puntos porcentuales entre 2014 y 2023. El departamento de Nariño, no ha sido ajeno a este comportamiento, ya que entre 2023 y 2024p el BPN a término aumentó 0,1 puntos porcentuales de 4,5 % a 4,6 %; sin embargo, se encuentra por debajo del dato nacional de 5,2 %. Por lo anterior, en articulación con Salud Sexual y Reproductiva, se han realizado 3 talleres por nodos en el fortalecimiento a capacidades en las Rutas Integrales de Atención en Salud Res. 3280 a los municipios. Asimismo, se ha realizado acompañamiento en la formulación e

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 63 de 118

					implementación de la estrategia IAMII con el fin de mejorar las atenciones y prevenir morbilidad del binomio madre-hijo en las IPS priorizadas.
--	--	--	--	--	---

1.20.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Se ha dificultado el cumplimiento de meta de reducir el porcentaje de bajo peso al nacer debido a la falta de adherencia a la ruta de atención materno perinatal; donde se resalta captación tardía de las gestantes, insuficiente atención nutricional y entrega de micronutrientes durante el embarazo lo que aumenta los riesgos en el embarazo.
- Hay alta rotación de personal en los territorios y los procesos de asistencia técnica al igual de los seguimientos de adherencia a los protocolos de atención clínica deben repetirse y reiniciarse con mucha frecuencia. Se requiere estabilidad laboral en las entidades territoriales e Instituciones prestadoras de salud.
- La mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años, ha disminuido; sin embargo, se requiere mayor personal entrenado y la disponibilidad permanente de insumos en las IPS para el manejo, es especial a los menores de 6 meses.

1.20.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 50. Curso de consejería en alimentación de lactante y niño pequeño. Quibdó, Chocó



Ilustración 51. Implantación de la estrategia IAMI



Ilustración 52. Celebración del mes de la lactancia



1.21. SUBPROGRAMA: Talento humano en salud con suficiencia y dignidad para la paz

1.21.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
10	\$276.970.000	\$236.947.396.	\$170.170.480	\$170.170.480

1.21.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Cobertura de intervenciones en salud y ámbito laboral a población de economía popular y comunitaria, a	30.92	35,83%	31,51%	SD (Frecuencia Anual de este Indicador)	Se brinda desarrollo de capacidades a las 64 entidades territoriales de salud del departamento en lineamientos técnicos para la aplicación de la

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 65 de 118

través de la aplicación del modelo de condiciones de salud y ocupacional				política pública a través del Modelo de caracterización de condiciones de Salud y Ocupacional en el sector informal. Hasta la fecha se valida el 100% de Líneas de base municipales. Con cohorte a 30 de Septiembre de 2025 se ha aplicado un 83,92% de encuestas, que representan el 35,13% de la meta total de esta vigencia (41,86%). 51 municipios donde se suscriben acuerdos de articulación para dar continuidad en el cumplimiento de las demás etapas del proceso de aplicación del modelo de caracterización de condiciones de seguridad y salud en el Trabajo a poblaciones de la economía popular y comunitaria priorizadas en cada uno de ellos igualmente con los municipios restantes donde las DLS no atendieron la convocatoria UDENAR convoco a los municipios y desarrolla reuniones con suscripción de actas de compromiso. Por magnitud poblacional de trabajadores vulnerables de la economía popular y comunitarias se pree la reunión articulada presencial con secretario de Salud de municipio de Ipiales el 21 de septiembre y queda
---	--	--	--	---

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 66 de 118

				pendiente definir fecha con secretaria de Salud de Tumaco (septiembre). Respecto a la complementariedad del diagnóstico con levantamiento de matrices de riesgos se han realizado visitas de campo en los municipios de Albán, Aldana, Buesaco, Consacá, El Contadero, El Peñol, El Tablón de Gómez, El Tambo, Guaitarilla, Gualmatán, Imués, La Florida, La Llanada, La Unión, Los Andes, Nariño, Providencia, Samaniego, San Bernardo, San Pedro de Cartago, Sandoná, Santacruz, Túquerres, Tablón De Gómez, El Rosario, Tumaco, Francisco Pizarro. para un total de 27 de 63 avanzando en un 42,86%. Se está adelantando la concertación de la programación con las DLS de los municipios de acuerdo con actas de concertación para las valoraciones de estados de salud de la población priorizada. Se iniciaron con las primeras jornadas educativas- Plan de cuidado en los municipios de Ipiates, Carlosama, Cumbal, Guachucal, Potosí, Córdoba, Iles, Funes, Pupiales, Puerres,
--	--	--	--	---

					Aldana, La Unión, San Pablo, Belén, San Bernardo, Aldana, San Lorenzo, Alban, Ancuya, Linares, Sandoná, Consacá, Arboleda, Cartago, Buesaco, la Florida, Nariño, Gualmatán, Contadero, San Pedro De Cartago, Tuquerres, Samaniego, El Peñol, Ospina, Imués, Guaitarilla, Cumbitara, Leiva, Los Andes Sotomayor, El Tambo, Buesaco, Policarpa, La Florida, Nariño, Taminango, Tablón De Gómez, El Rosario, Tumaco, Francisco Pizarro. Para el fortalecimiento de líderes del sector informal, se está reactivando los grupos constituidos con trabajadores líderes beneficiarios de la implementación del modelo de caracterización realizados en los municipios en vigencias anteriores.
--	--	--	--	--	--

1.21.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Alta rotación de recurso humano en los territorios municipales, que obligan a reforzar permanentemente las asistencias técnicas para el cumplimiento de competencias municipales.
- Estructuras administrativas locales débiles con limitados recursos humanos, tecnológicos y financieros que limitan ampliación de coberturas en las intervenciones

1.21.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 53. Asistencia Técnica en lineamientos para Aplicación de Política Pública – 64 Direcciones Locales (directores locales y Refrentes Dimensión de Salud y Ámbito Laboral).



Ilustración 54. Asistencia Técnica en Lineamientos para aplicación de Estrategia de Entornos Saludables con enfoque de riesgo Químico en Agricultura, Minería y Pirotecnia – 64 Direcciones Locales (Directores locales y Refrentes Dimensión de Salud y Ámbito Laboral).



Ilustración 55. Desarrollo del XIII Congreso Departamental de Salud y Ámbito Laboral "La Seguridad y Salud en el Trabajo un Reto para todos" San Juan de Pasto 22,23 y 24 de Septiembre de 2025 Con la participación de 623 asistentes



2. PROGRAMA: Gobernanza y Gobernabilidad de la salud para la paz

2.1. OBJETIVO: Garantizar el desarrollo de capacidades y liderazgo de la entidad territorial con participación ciudadana, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.

2.2. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria par la paz– Laboratorio de Salud Pública

2.2.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0701	\$3.668.677.853,00	\$1.882.300.633,39	\$534.730.369,07	\$528.177.569,03

2.2.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Auditorias y de visitas inspección realizadas	12	23	19	16	Se actualizó el procedimiento de IVC para la RDL, se da cumplimiento a las visitas programadas en un alto porcentaje. Se logra un avance del 84,2% para el mes de septiembre, el cual es mayor comparado con el mismo periodo en la vigencia 2024 donde se alcanzó el 64,7%. Durante algunos seguimientos se ha evidenciado un incremento en el cumplimiento de estándares de calidad por parte de los laboratorios evaluados.
Análisis realizados	14000	16000	16000	16413	Se logra alcanzar un avance del 102,6%, que comparado con el mismo mes en la vigencia 2024 es mayor, dado que en la vigencia anterior el avance fue del 97,1%. Se ha logrado implementar nuevas metodologías con mejores características técnicas y dar cumplimiento en un alto porcentaje a la demanda de análisis de muestras en el marco de la vigilancia en Salud

					Publica e Inspección, Vigilancia y Control Sanitario. El LSP obtuvo el certificado de renovación de la acreditación bajo la ISO/IEC 17025:2017
Asistencias técnicas realizadas	141	150	150	270	Se cumple con las actividades de asistencia técnica programadas para este mes, teniendo un avance del 180,0%; alcanzando un mayor avance en comparación con el mismo periodo en la vigencia anterior que fue del 66,0%. El incremento considerable se debe a que atiende de manera efectiva la alta demanda de asistencias técnicas derivada de la alta rotación del personal y del surgimiento de brotes como el de la FA, Dengue, Tosferina, entre otros.

2.2.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- El ejercicio misional del Laboratorio de Salud Pública ha enfrentado diversas dificultades que han impactado el logro de sus metas y objetivos. Entre las principales causas se encuentran situaciones de fuerza mayor, especialmente aquellas relacionadas con el orden público, que han impedido el desplazamiento del personal a los municipios para llevar a cabo visitas de inspección, vigilancia y control, así como actividades de asistencia técnica. Estas circunstancias han limitado la capacidad operativa del laboratorio, dificultando la supervisión directa y el acompañamiento necesario para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad y la adecuada respuesta ante los retos de salud pública en el territorio. Además, la imposibilidad de acceder a ciertas zonas ha retrasado la implementación de acciones estratégicas y ha generado desafíos adicionales en la coordinación y seguimiento de las actividades programadas.
- Por otro lado, la limitada gestión en el mantenimiento y adecuación de la infraestructura ha representado un obstáculo significativo para el fortalecimiento de la capacidad analítica de las distintas áreas del Laboratorio de Salud Pública. La actualización constante de tecnologías y la implementación de nuevos requerimientos en materia de Bioseguridad, Biocontención y Biocustodia exigen realizar adecuaciones tanto eléctricas como locativas. Estas mejoras son indispensables para garantizar que el laboratorio pueda responder eficazmente a las necesidades actuales y futuras, así como para cumplir con los estándares técnicos y normativos vigentes. La falta de avances en este aspecto retrasa la optimización de los procesos y limita el potencial de crecimiento y respuesta del laboratorio ante los desafíos de salud pública del territorio.

2.2.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 56. Certificado de acreditación de IDSN bajo la ISO/IEC 17025:2017



Ilustración 57. I Reunión de la Red Departamental de Laboratorios Clínicos de Nariño nodo centro. Auditorio del Laboratorio de Salud Pública de Nariño. 2025-08-29



2.3. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la paz – Comunicaciones

2.3.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0707	\$349.700.000	\$307.338.000	\$217.083.500	\$217.083.500

2.3.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Productos de comunicación difundidos	460	850	750	1324	En lo transcurrido del 2025, la Oficina de Comunicaciones fortaleció los procesos de articulación con los líderes de cada área, lo cual permitió avanzar en la definición de prioridades comunicacionales y en la implementación de herramientas de seguimiento y medición. Septiembre de 2025 se han publicado más de 1300 productos comunicacionales frente a los 547 del mismo periodo en 2024, este resultado se da dentro de una estrategia e cohesión de equipo para la producción

2.3.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- La distribución más precisa de los contratistas por áreas misionales, el diseño de formatos estandarizados para el reporte de actividades y la consolidación de indicadores clave requirieron tiempos adicionales de articulación y validación, propios de una etapa de ajuste que sienta las bases para una gestión más eficiente y estratégica.
- A pesar de que el equipo logró sobrepasar las metas misionales establecidas, demostrando un compromiso excepcional, la exigencia operativa ha alcanzado un punto crítico. El personal actúa como soporte transversal a TODAS las áreas del IDSN, además de atender su misionalidad directa con la Subdirección de Salud Pública.
- Consecuentemente, aunque se cumplen los indicadores clave, la incapacidad de responder a la totalidad de solicitudes adicionales de otras áreas genera fricciones e inconformidades con las oficinas solicitantes, afectando el ambiente de trabajo y obligando al equipo a operar constantemente bajo una tensión y exigencia que comprometen su sostenibilidad a largo plazo.
- El reciente cambio de ubicación de la oficina, motivado por la separación física y el espacio limitado actual, tiene un efecto inmediato y perjudicial en la cohesión y la eficiencia del equipo. Esta fragmentación física deterioró la unidad del grupo, obstaculizando gravemente la coordinación espontánea y fluida del trabajo, afectando la comunicación interna y ralentizando los procesos de articulación.

- La falta crítica de licencias de software especializado para diseño, diagramación y edición, sumada a las limitaciones de almacenamiento digital, están paralizando la capacidad operativa. Esta carencia no es una simple molestia, sino una barrera fundamental que restringe la producción de material estratégico de alta calidad y la gestión eficiente de la información institucional.

2.3.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 58. Gestión de contenidos en la cuenta oficial del IDSN en TikTok

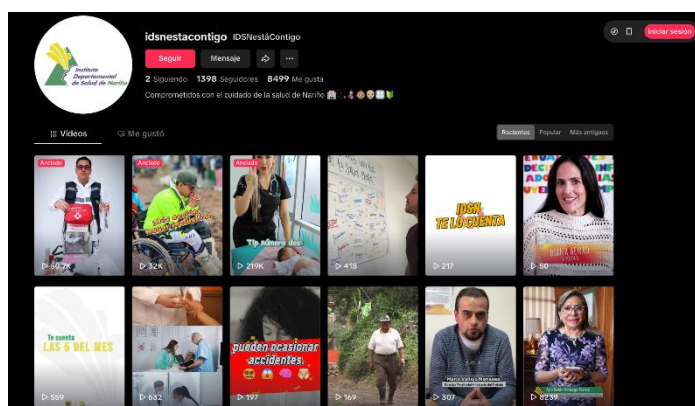
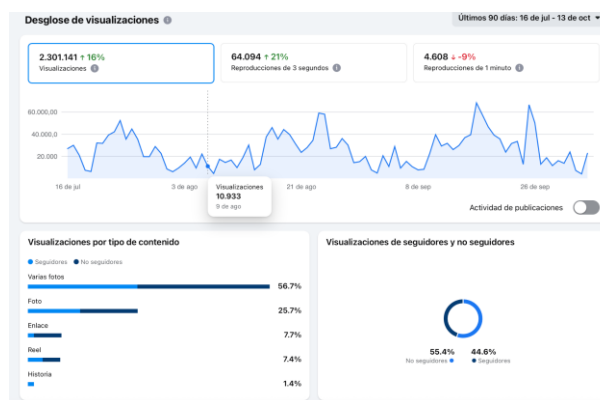


Ilustración 59. -Estadísticas de gestión de contenidos en la Fanpage del IDSN en Facebook



2.4. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria por la paz– Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y gestión del conocimiento en el departamento de Nariño

2.4.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0207	\$ 499.710.790	\$ 477.570.508	\$ 311.756.024	\$ 310.113.524

2.4.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Informes de evento generados en la vigencia	4	4	4	4	El servicio de información de vigilancia epidemiológica con corte al mes de septiembre del 2025 logró la adopción de lineamientos de la Vigilancia epidemiológica a los 64 municipios del departamento de Nariño, según orientaciones nacionales y garantizando la vigilancia de eventos en interés de salud pública. Adicionalmente, las actualizaciones de circulares de brotes de Fiebre Amarilla, Tosferina y Dengue, y se formularon planes de acción y de choque para Fiebre Amarilla y Tosferina, con acompañamiento técnico permanente a las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), garantizando la correcta notificación al SIVIGILA y el funcionamiento de los componentes del sistema, adoptando el registro de profesionales en la salud en la plataforma SIVIGILA WEB 4.0 con reporte en línea en las UPGD del municipio de Pasto, Nariño, Chachagüí y Tumaco en prueba piloto. Además, se dio cumplimiento al envío de los informes del primer trimestre sobre Malaria y vigilancia integrada de muertes por EDA, IRA y DNT en menores de cinco años, así como de los informes anuales 2024 de todos los eventos de interés en salud publica en el mes de abril de 2025 y del primer semestre de

					2025, de igual manera se realiza el seguimiento permanente al Sistema de Alerta Temprana del departamento.
Documentos de evaluación realizados	64	64	64	64	El servicio de información de vigilancia epidemiológica con corte al mes de septiembre del 2025 logró la recolección, consolidación y análisis de 40 informes de eventos de notificación obligatoria semanal (ENOS). Se logra 8 tableros de control en PBI de los eventos de desnutrición y maternidad, dengue, estadísticas vitales-nacidos vivos, morbilidad materna extrema, tablero de problemas de unidad de análisis, vigilancia intensificada de lesiones por pólvora y covid 19, para seguimiento semanal por los programas. Se realizaron 9 comités de vigilancia epidemiológica abordando diferentes temáticas de interés en salud pública para fortalecer el análisis de salud y la toma de decisiones, la información se encuentra disponible en la página institucional
Asistencias técnicas en inspección, vigilancia y control realizadas	64	64	64	64	En lo transcurrido de 2025, el servicio de información de vigilancia epidemiológica llevó a cabo un total de 17 asistencias técnicas dirigidos al fortalecimiento de las capacidades en salud pública, abordando temas clave como los lineamientos de vigilancia, unidad de análisis, vigilancia basada en la comunidad, cáncer de mama y cérvico uterino, actualización y manejo de fiebre amarilla, monitoreo rápido de coberturas de vacunación, fortalecimiento de la respuesta ante brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y el uso de la plataforma

					SIVIGILA 4.0. Estas jornadas contaron con la participación activa de los 64 municipios del departamento de Nariño y reunieron un total de 2560 asistentes.
Documentos técnicos publicados y/o socializados	5	5	5	3	El servicio de información de vigilancia epidemiológica con corte al mes de septiembre de 2025, logra publicar la actualización del documento de Análisis de Situación en Salud (ASIS) del departamento de Nariño vinculando componentes cuantitativos y avalar 63 municipios que cumplieron con la nueva estructura del documento ASIS
Documentos metodológicos elaborados	1	1	1	1	Para el año 2025, se realiza la articulación con la Universidad Puerto Rico titulada (EQUOT, DATA-DRIVENMATEMATICAL AND COLOMBIA), sobre modelamiento de enfermedades transmitidas por vectores, malaria y dengue, 2016-2024. Se adelantan con la Universidad Mariana los estudios precontractuales para la proyección y ejecución de la investigaciones: "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre definiciones de sintomático respiratorio y algoritmos diagnósticos del talento humano que lidera el programa de tuberculosis en ESE e IPS de los municipios de Tumaco, Barbacoas e Ipiales, 2025", Se articula investigación con la universidad San Martín proyecto de investigación "comportamiento epidemiológico de las quemaduras por pólvora en el departamento de Nariño 1990 al 2024"

2.4.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

A pesar de avances en VSP en los 64 municipios de Nariño, persisten desafíos para que todos los municipios tengan buena conectividad, talento humano y análisis oportuno. Se requiere escalar SIVIGILA

4.0 a todos los municipios para que reporten los profesionales de la salud directamente en el sistema, fortalecer vigilancia comunitaria, articulación intersectorial y formación continua

2.4.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 60. Formación de Vigías y gestores de VBC de los municipios de Cordillera del departamento de Nariño



Ilustración 61. Formación de Vigías y gestores de VBC de los municipios de cordón fronterizo con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud pública de Ecuador



2.5. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria por la paz– Gestión de TICS

2.5.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
1503	\$1.316.021.820	\$830.912.221	\$429.246.440	\$429.246.440

0706	\$88.000.000	\$88.000.000	\$51.000.000	\$51.000.000
------	--------------	--------------	--------------	--------------

2.5.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2025
Sistemas de Información implementados	10	15	15	13	Se ha realizado la actualización de sistemas de información, los cuales sirven como herramienta de administración y gestión de información en cada uno de los diferentes temas bien sean administrativos y/o de Salud Pública. Entre las herramientas actualizadas tenemos: actualizadas tenemos: SAT – Salud Publica Sysvan Web, Proyect Web, Autos comisorios, Seguimientos PTS, SIMU Web, Asistencias Técnicas de TIC, Solicitud de CDP y viáticos, Sysman, CRUE, entre otros
Planes estratégicos elaborados	3	3	3	3	Gracias a los planes trazados por el Grupo TIC, se ha dado cumplimiento a la ruta trazada en los planes, entre ellos tenemos la ejecución del PETI de acuerdo a los valores de ejecución descritos anteriormente, favoreciendo a la innovación y transformación tecnológica de la Entidad a través de procesos de compras, fortalecimiento tecnológico, apoyo en TICs para las líneas de salud y administrativa.

2.6.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2025
Documentos de lineamientos técnicos para la implementación del sistema de gestión documental	1	1	1	60%	Se ha avanzado en el diseño de los instrumentos archivísticos, los cuales se desarrollan en concordancia con los lineamientos del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos del Archivo General de la Nación. Las herramientas son las siguientes: 1. Diagnostico Integral de Archivos. 2. Política de Gestión Documental. 3. Avance en Guía de Implementación de un SGDEA. 4. Avance en la elaboración del Modelo de Requisitos de Documento Electrónico de Archivo. 5. Avance en elaboración de documento Sistema de Gestión de Documento Electrónico de Archivo - SGDEA 6. Avance Actualización de Tablas de Retención Documental. 7. Avance en la Elaboración de Cuadro de Clasificación Documental - CCD. 8. Diseño de la Estructura Orgánica del IDSN, de

					acuerdo a los Actos Administrativos vigentes. 9. Elaboración de 8 procedimientos dispuestos en el Programa de Gestión Documental – PGD. 10. Actualización de Formatos archivísticos. 11. Adquisición de equipos de cómputo y componentes periféricos para la implementación del Sistema de Gestión de Documento Electrónico de Archivo – SGDEA. 12. Levantamiento de Fondo Acumulado sede San Ignacio 13. Organización serie historias laborales de ex funcionarios para entregar al proceso de digitalización 14. Levantamiento de índice documental de las series: Resoluciones y Circulares para posterior proceso de digitalización.
--	--	--	--	--	---

2.6.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- La principal dificultad identificada para la implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA ha sido la actualización de los instrumentos archivísticos institucionales, tales como las Tablas de Retención Documental (TRD) y el Cuadro de Clasificación Documental (CCD), entre otros. Estos instrumentos son fundamentales para garantizar la correcta parametrización del sistema, la adecuada organización de la producción documental y la gestión eficiente durante todo el ciclo de vida de los documentos.
- La ausencia de información actualizada ha generado dificultades en la parametrización del Sistema, afectando las series y subseries documentales, así como la trazabilidad de procesos documentales. Por lo anterior, se ha priorizado el diseño, la revisión, validación y aprobación de los instrumentos archivísticos, articulando este trabajo con las dependencias del Instituto, a fin de asegurar el cumplimiento de la normatividad archivística vigente y una implementación exitosa del SGDEA.

2.6.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 64. Reunión con Líderes del Laboratorio de Salud Pública para levantamiento de las TRD



3. PROGRAMA: Sostenibilidad del sistema mejoramiento de la red pública en salud para la paz

3.1. OBJETIVO: Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como las condiciones de empleo digno y trabajo digno y decente del personal de salud.

3.2. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la paz– Proyectos de infraestructura y dotación

3.2.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
1502	\$20.771.335.522	\$13.226.994.467	\$ 1.881.994.755	\$1.881.994.75

3.2.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Hospitales de primer nivel de atención ampliados	5	15	5	3	Se han presentado 198 proyectos para mejoramiento de infraestructura de primer nivel de atención a Minsalud. De ellos, 60 proyectos ya cuentan con giro de recursos, y en ejecución. 50 proyectos cuentan con concepto de viabilidad por Minsalud. Se encuentra en ejecución la ampliación del Hospital de Guachucal. De igual manera, 3 obras de adecuaciones están terminadas: Centro de salud Tabiles de Linares, Puesto de Salud Balalaica de Santacruz y Puesto de salud Santa Cecilia de San Lorenzo.
Hospitales de segundo nivel de atención ampliados	2	4	0	0	Se encuentran en estructuración: ampliación hospital San Andrés de Tumaco, y Eduardo Santos de la Unión. (salud mental).
Hospitales de segundo nivel de atención construidos y dotados	0	3	0	0	Se han realizado acciones de articulación, con el municipio de Túquerres, la Gobernación de Nariño y Ministerio de Salud para hacer acompañamiento a la gestión del proyecto de construcción y dotación del hospital de mediana complejidad, para la subregión Sabana.

	INFORME DE GESTIÓN (AÑO)		
	CÓDIGO: F-PGED03-01	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 85 de 118

Hospitales de tercer nivel ampliados	0	2	0	0	Se han realizado acciones de acompañamiento para gestión de proyectos de Hospital civil de Ipiales y Hospital Universitario Departamental de Nariño. (salud mental)
Entidades de la red pública en salud apoyadas en la adquisición de ambulancias	57	39	10	10	Se entregado 10 ambulancias discriminadas así: 1 Hospital Civil de Ipiales TAM, 1 IPS municipal de Ipiales TAB, 2 Pasto ESE Salud TAB, 3 ambulancia fluvial de Mosquera y 1 ambulancia terrestre TAB Guachucal, 1 La Tola TAB fluvial, 1 TAB fluvial para Roberto Payan. Se encuentran en proceso de compra 17 TAB.
Elementos de dotación hospitalaria adquiridos	5172	3500	1000	0	Está en proceso de ejecución del proyecto de dotación de equipos biomédicos para 3 municipios de la Subregión Cordillera, con 86 equipos. De igual manera, se encuentra en proceso de ejecución la dotación de 15 equipos para el Hospital departamental de Nariño. Se encuentra en proceso de compra 15 proyectos de dotación biomédica, que incluye aproximadamente la entrega de 300 equipos con recursos de IDSN. Con recursos de Minsalud está en proceso de compra aproximadamente 100 equipos en 5 proyectos. En próximos días se entregarán 60 equipos aproximadamente que incluye la dotación de 4 unidades móviles fluviales.
Hospitales de primer nivel de atención construidos y dotados	10	35	10	2	Se tiene 2 puestos de salud de Tumaco ejecutados: Puesto de Salud Chajal y Bella Vista. Se encuentran en ejecución la construcción de los Centros de Salud de: Santa Barbara, Córdoba, Leiva, Ospina, Contadero.
Unidades móviles para la atención médica adquiridas y dotadas	6	24	5	5	Se ha entregado una (1) Unidad Móvil extramural para el municipio de El Peñol y dos (2) para Pasto Salud ESE, una para Guaitarilla y una para la Cruz. Se entregarán 2 UMO terrestres y 4 fluviales entre noviembre y diciembre. Actualmente, están en proceso de compra 14 UMO con recursos del Ministerio de Salud.

3.2.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

Durante la vigencia 2025, la ejecución del Programa Sostenibilidad del sistema mejoramiento de la red pública en salud para la paz enfrentó diversas dificultades que afectaron el avance oportuno de las metas proyectadas en el Plan Territorial de Salud.

Una de las principales limitaciones estuvo relacionada con los procesos administrativos y financieros. Se presentaron demoras en la asignación y giro de recursos provenientes del nivel nacional, lo que generó retrasos en la ejecución de los proyectos priorizados, especialmente aquellos relacionados con la construcción, adecuación y dotación de hospitales de primer y segundo nivel de atención. Estas demoras también impactaron la programación contractual y la disponibilidad oportuna de contrapartidas locales, necesarias para dar inicio a las obras o adquisiciones.

En el componente de gestión de proyectos, se identificaron limitaciones técnicas en la formulación, estructuración y viabilización de iniciativas de infraestructura hospitalaria, debido a la complejidad y cambios de los requerimientos técnicos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En varios casos, los proyectos debieron ajustarse o complementarse para cumplir con los lineamientos nacionales, lo que extendió los tiempos de revisión y aprobación.

De igual manera, se evidenciaron retrasos en los procesos precontractuales, asociados a trámites administrativos, evaluación de pliegos y revisión de especificaciones técnicas. Estos factores incidieron directamente en la ejecución de metas como la adquisición de dotación biomédica, ambulancias y unidades móviles, las cuales permanecen en fase de ejecución o contratación.

A nivel territorial, las condiciones geográficas y de conectividad representaron un desafío significativo. En varios municipios de la costa pacífica y zonas rurales dispersas, las dificultades de acceso, el transporte limitado y las condiciones climáticas adversas afectaron el traslado de equipos, materiales y personal técnico. Esta situación ralentizó las visitas de supervisión y el seguimiento a proyectos en ejecución.

Adicionalmente, se presentaron limitaciones de talento humano especializado, tanto en el ámbito técnico como en el administrativo, lo que dificultó la continuidad y la eficiencia en algunos procesos. La rotación de personal en instituciones prestadoras de salud y entidades territoriales incidió en la pérdida de capacidades instaladas y en la necesidad de capacitar nuevamente a los equipos responsables de la gestión y seguimiento de proyectos.

Finalmente, los cambios normativos y ajustes en los lineamientos nacionales de inversión en salud generaron la necesidad de actualizar cronogramas y reformular algunos proyectos para garantizar su alineación con los nuevos criterios de priorización y sostenibilidad.

Pese a estas dificultades, el programa avanzó en acciones de acompañamiento, formulación y gestión de proyectos ante el Ministerio de Salud, consolidando una base sólida para el cumplimiento progresivo de las metas del cuatrienio 2024–2027 y fortaleciendo la capacidad institucional del departamento en materia de planeación y ejecución de inversiones en salud.

3.2.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 65. Reposición y dotación del centro de salud de Santa Barbara De Iscuande, departamento de Nariño



Ilustración 66. Dotación de medios de transporte fluviales y equipos para jornadas extramurales de salud para los municipios PDET de Santa Bárbara, El Charco, Maguá y Roberto Payán de la Costa Pacífica del Departamento de Nariño



3.3. SUBPROGRAMA: Prestación de servicios de salud con calidad para la paz - Aseguramiento

3.3.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
0701	\$3.668.677.853,00	\$1.882.300.633,39	\$534.730.369,07	\$528.177.569,03

3.3.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS INDICADORES DE RESULTADO 2024-2027					¿QUE SE LOGRO?
NOMBRE DEL INDICADOR	LÍNEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025

Cobertura del régimen subsidiado	98,39%	98,80%	98,59%	98,35%	La medición de este indicador según metodología del Ministerio de Salud se calcula únicamente de carácter anual - año terminado-, para la vigencia 2025-2026 fue publicado en el mes de mayo de 2025, este indicador ha disminuido con respecto al indicador de la línea base por la depuración de la base de datos que realiza el Ministerio de Salud y el ADRES durante toda la vigencia.
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	92,50%	95,00%	94,00%	95,00%	La medición de este indicador según metodología del Ministerio de Salud se calcula trimestralmente, el último reporte del resultado del indicador que se publicó en este mes corresponde al segundo trimestre de 2025.

3.3.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Es una debilidad que la contratación de los profesionales de apoyo para conformar las comisiones técnicas de verificación de condiciones de habitación se demore mas de un mes o que inicie en febrero y marzo, lo cual retrasa el cumplimiento de la ejecución del plan anual de visitas que debemos ejecutar en la vigencia.
- Es una debilidad la reprogramación de los cronogramas de visitas, que obedecen a motivos como adelantar visitas de reactivación de prestadores, antes de un mes del cierre de la visita.
- La preparación de papeles de trabajo que incluye la impresión de listas de chequeo genera tiempo y gasto exagerado de papel y tinta, por no contar con un procedimiento automatizado.
- El procedimiento de inscripción y registro de los prestadores de servicios de salud en la plataforma REPS- y los procedimientos de validación de Novedades, entre otras, sin contar con el talento humano que cumpla con el perfil y competencias requeridas, genera la posibilidad de materializar los riesgos, que afectan gravemente a los prestadores de servicios de salud y al IDSN.
- Es una debilidad que la contratación de los profesionales de apoyo para conformar las comisiones técnicas de verificación de condiciones de habitación se demore mas de un mes o que inicie en febrero y marzo, lo cual retrasa el cumplimiento de la ejecución del plan anual de visitas que debemos ejecutar en la vigencia.
- Es una debilidad la reprogramación de los cronogramas de visitas, que obedecen a motivos como adelantar visitas de reactivación de prestadores, antes de un mes del cierre de la visita.
- La preparación de papeles de trabajo que incluye la impresión de listas de chequeo genera tiempo y gasto exagerado de papel y tinta, por no contar con un procedimiento automatizado.

- El procedimiento de inscripción y registro de los prestadores de servicios de salud en la plataforma REPS- y los procedimientos de validación de Novedades, entre otras, sin contar con el talento humano que cumpla con el perfil y competencias requeridas, genera la posibilidad de materializar los riesgos, que afectan gravemente a los prestadores de servicios de salud y al IDSN.
- Teniendo en cuenta la geografía de nuestro departamento se presentaron dificultades de transporte, por derrumbes y obstáculos en las vías, siendo necesario transbordar o tomar vías alternas en pésimo estado y de trayectorias mucho más largas y peligrosas.
- En algunas ocasiones, debido a situaciones ajenas al IDSN fue necesario reprogramar las visitas de evaluación, sin embargo, se logró la meta propuesta.
- A pesar de las constantes recomendaciones realizadas por el IDSN a las ESE que reportan los informes de monitoreo sobre los programas de saneamiento, se sigue observando deficiencia en la calidad de la información financiera reportada en los informes de monitoreo sobre los cuales el IDSN realiza seguimiento.
- Falta de apropiación de las metodologías de los programas de saneamiento en algunas ESE por parte del equipo directivo, lo anterior por cuanto, entregan en manos de asesores externos la responsabilidad de la elaboración y monitoreo de los programas.
- Falta de compromiso por parte de los alcaldes, representantes de las juntas directivas, gerentes de las ESE para la ejecución de los recursos de las fuentes de financiación de los programas de saneamiento fiscal y financiero.
- Alto grado de endeudamiento de las ESE, falta de planificación en el compromiso de gastos de las ESE categorizadas con riesgo financiero.
- Incumplimiento a las medidas estratégicas propuestas en los programas de saneamiento fiscal y financiero para restablecer la solidez de las ESEs.

3.3.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 67. Jornadas de atención en las Subregiones



3.4. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la paz– Proyectos de infraestructura y dotación

3.4.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
1501	\$ 102.400.000	\$ 93.534.950	\$ 53.290.000	\$ 53.290.000

3.4.2. GESTIÓN DE INDICADORES

PTS RESULTADOS 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE RESULTADO DEL PERIODO 2025
Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.	1	1	1	1	Actualización de soporte documental de los procesos que se requiera. Consolidación mensual Indicadores PTS 2025. Consolidación mensual SIMUWEB 2025. Ejecución de Revisión por la Dirección. Preparación de material para auditoría externa ICONTEC

3.4.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

- Dificultad en la apropiación y articulación de los procesos para los objetivos de calidad
- Resistencia al cambio frente a la actualización de procesos
- Retraso en la entrega de información y que sea objetiva al requerimiento
- Modificación de cronograma debido a cambios de agenda de los usuarios

3.4.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 68. Capacitación equipo de auditores internos de calidad



Ilustración 69. Auditoría de renovación de certificación en calidad de Icontec



4. PROGRAMA: Talento Humano de Salud con suficiencia y dignidad para la paz

4.1. OBJETIVO: Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como las condiciones de empleo digno y trabajo digno y decente del personal de salud.

4.2. SUBPROGRAMA: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria par la paz– Talento Humano

4.2.1. GESTIÓN FINANCIERA

CENTRO COSTOS	TOTAL APROPIADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS
1603	\$ 1.280.081.403	\$ 935.135.482	\$ 540.323.300	\$ 526.723.300

4.2.2. GESTIÓN DE INDICADORES

El subprograma no cuenta con indicadores de resultado estructurados dentro del plan territorial de salud, sin embargo, la medición de la gestión de este se realiza a través de los siguientes indicadores de producto.

PTS PRODUCTO 2024-2027					QUÉ SE LOGRÓ
NOMBRE DEL INDICADOR	LINEA BASE	META CUATRENIO	META 2025	RESULTADO OBTENIDO 2025	LOGRO EN LA META DE PRODUCTO DEL PERIODO 2025
Personas apoyadas	296	296	296	264	Con corte a septiembre se han realizado 10 de las 16 actividades de bienestar social, 36 capacitaciones aprobadas y se vienen reconociendo 8 categorías de estímulos e incentivos. Con estas actividades se ha logrado impactar a un alto porcentaje de empleados públicos de la entidad, quienes han participado activamente en las diferentes actividades desarrolladas.
Documentos normativos realizados	0	1	1	0,66	Se están adelantando actividades con el fin de lograr la formalización laboral en el cuatrenio.

4.2.3. DIFICULTADES PRESENTADAS PARA EL LOGRO DE LAS METAS

El 30 de julio de 2025, el Gobierno Nacional expidió la Resolución 1597 de 2025, "Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en

Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”

La mencionada resolución en su artículo 21, parágrafo 1, establece:

“El talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo, de coordinación o dirección en el área de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación deberá financiarse con recursos propios de libre destinación, recursos de libre destinación de la participación de propósito general del Sistema General de Participaciones de la respectiva entidad territorial o rentas cedidas conforme a la normativa vigente. El talento humano operativo que desarrolla actividades en el área de salud pública vinculado a la nómina deberá financiarse con cargo a los recursos propios de la Entidad Territorial”. (Negrilla fuera de texto).

La disposición normativa, referida, introduce una modificación significativa, en lo que respecta a la financiación de las plantas de personal de las secretarías de salud departamentales, pues dispone que la nómina de dichas entidades se deberá financiar con cargo a recursos propios de la entidad territorial. En lo concerniente al IDNS, se debe resaltar que, la nómina de salud pública, integrada por 123 empleos públicos, se venía financiando con cargo a los recursos del SGP.

4.2.4. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA RELEVANTE DE LA GESTION REALIZADA

Ilustración 70. Actividad de celebración del día del trabajo



Ilustración 71. Jornadas de socialización políticas de MIPG



INFORME DE GESTIÓN FINANCIERA DE LA VIGENCIA 2025

Dentro de la gestión financiera se incluye la ejecución presupuestal de ingresos y gastos del IDSN y los Estados Financieros con corte al mes de Septiembre 2025, la cual presenta el siguiente comportamiento:

1. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS

CODIGO	DETALLE	TOTAL APROPIADO	RECAUDOS ACUMULADOS	PRESUPUESTO POR EJECUTAR	% EJE. ACUMULADA
1	Ingresos	257.383.633.618	237.647.778.767	19.735.854.851	92,33
1.1	Ingresos Corrientes	143.029.911.223	124.884.033.331	18.145.877.892	87,31
1.1.01	Ingresos tributarios	51.170.186.980	55.012.689.255	-3.842.502.275	107,51
1.1.02	Ingresos no tributarios	91.859.724.243	69.871.344.076	21.988.380.167	76,06
1.2	Recursos de capital	114.353.722.395	112.763.745.436	1.589.976.959	98,61
1.2.05	Rendimientos financieros	5.101.948.072	4.621.342.266	480.605.806	90,58
1.2.07	Recursos de crédito interno	1.000	0	1.000	0,00
1.2.08	Transferencias de capital	695.725.533	638.746.300	56.979.233	91,81
1.2.10	Recursos del balance	98.184.867.955	97.132.477.035	1.052.390.920	98,93

El reporte de la ejecución presupuestal de Ingresos con corte a Septiembre muestra un cumplimiento del 92.3% del total programado, es decir, un recaudo acumulado de \$237.647 millones, de los cuales \$124.884 corresponden al recaudo de Ingresos Corrientes y que representa el 87.31% del monto programado en este ítem. Por su parte, los recursos de capital se han ejecutado en un 98.61%, es decir, un recaudo acumulado de \$112.763 millones. Los rendimientos financieros ascienden a \$4.621 millones recaudados y los recursos de balance ascienden a \$97.132 millones.

En términos generales la ejecución de ingresos muestra un comportamiento adecuado en cada concepto, aunque las fuentes internas presentan comportamientos distintos, dado que su dinámica de ejecución difiere según su naturaleza, así por ejemplo, las transferencias nacionales se ejecutan de manera mensual por medio de doceavas y las rentas cedidas están sujetas al comportamiento de las declaraciones presentadas por los contribuyentes y por lo general su mayor recaudo se efectúa en el segundo semestre de la vigencia.

2. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS

CODIGO	DETALLE	TOTAL APROPIADO	CDPS ACUMULADOS	PRESUPUESTO POR EJECUTAR	COMPROMISOS ACUMULADOS	OBLIGACIONES ACUMULADAS	PAGOS ACUMULADOS	SALDO POR PAGAR	% EJEC. ACUM
2	Gastos	257.383.633.618	158.277.704.347	99.105.929.271	143.362.671.972	101.421.952.472	100.463.932.011	958.020.461	55,70
2.1	Funcionamiento	19.910.864.484	15.240.101.509	4.670.762.975	14.527.044.326	12.747.654.957	12.513.734.159	233.920.798	72,96
2.1.1	Gastos de personal	11.942.569.025	8.439.969.926	3.502.599.099	8.439.969.926	8.439.969.926	8.435.981.637	3.988.289	70,67
2.1.2	Adquisición de bienes y servicios	5.266.856.604	5.102.358.001	164.498.603	4.577.161.697	2.799.621.312	2.663.423.332	136.197.980	86,90
2.1.3	Transferencias corrientes	1.529.811.536	804.228.678	725.582.858	643.326.283	641.477.299	608.994.138	32.483.161	42,05
2.1.4	Transferencias de capital	376.787.309	247.527.749	129.259.560	247.527.749	247.527.749	247.527.749	-	65,69
2.1.7	Disminución de pasivos	212.000.000	150.368.688	61.631.312	150.368.688	150.368.688	89.117.320	61.251.368	70,93
2.1.8	Gastos por tributos	582.840.010	495.648.467	87.191.543	468.689.983	468.689.983	468.689.983	-	80,41
2.2	Servicio de la deuda pública	1.000	-	1.000	-	-	-	-	0,00
2.2.2	Servicio de la deuda pública interna	1.000	-	1.000	-	-	-	-	0,00
2.3	Inversión	227.101.588.299	132.666.423.003	94.435.165.297	118.464.447.810	80.764.187.225	80.040.087.561	724.099.663	52,16
2.3.1	Gastos de personal	13.718.869.696	8.575.309.286	5.143.560.410	8.480.292.430	8.480.292.430	8.472.591.553	7.700.877	61,81
2.3.2	Adquisición de bienes y servicios	142.059.306.056	74.197.946.700	67.861.359.356	60.090.988.378	22.679.332.884	21.962.934.098	716.398.786	42,30
2.3.3	Transferencias corrientes	69.870.419.574	49.668.366.589	20.202.052.985	49.668.366.576	49.604.561.911	49.604.561.911	-	71,09
2.3.7	Disminución de pasivos	1.452.992.973	224.800.427	1.228.192.546	224.800.427	-	-	-	15,47
2.4.2	RESERVA DE APROPIACION	10.371.179.835	10.371.179.835	-	10.371.179.835	7.910.110.290	7.910.110.290	-	100,00
FUENTE: Informe ejecución Gastos a Septiembre - Módulo									

El reporte de la ejecución presupuestal de gastos con corte al mes de septiembre indica un porcentaje de ejecución del 55.7% sobre los compromisos, es decir, un monto comprometido de \$143.362 millones. El ítem de funcionamiento presenta una ejecución del 72.96%, es decir, 14.527 millones comprometidos de los 19.910 millones programados.

Por su parte, el componente de inversión presenta un 52.16% de ejecución en compromisos, es decir, \$118.464 millones de los \$227.101 millones programados. Para este ítem se presenta una descripción detallada de ejecución por cada centro de costo, en el cual se observa su comportamiento por cada una de las dimensiones que conforman la estructura presupuestal.



INFORME DE GESTIÓN (AÑO)

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 96 de 118

Código	DETALLE	Suma de TOTAL APROPIADO	Suma de COMPROMISOS ACUMULADOS	Suma de PAGOS ACUMULADOS	% EJEC / compromisos	% EJEC / Pagos
01	FUNCIONAMIENTO	20.511.421.043,13	15.127.600.885,69	13.086.957.748,44	73,8	63,8
1401	DIRECCION	117.747.840,00	104.800.000,00	71.200.000,00	89,0	60,5
1402	CONTROL INTERNO DE GESTION	119.226.621,00	108.800.000,00	71.400.000,00	91,3	59,9
1403	OFICINA ASESORA JURIDICA	547.869.728,00	489.100.000,00	364.900.000,00	89,3	66,6
1404	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	19.482.000,00	17.858.500,00	11.364.500,00	91,7	58,3
1601	GESTION DE RECURSOS FISICOS Y LOGISTICOS	4.743.199.414,43	4.147.799.354,60	2.626.664.943,52	87,4	55,4
1602	GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS	1.511.519.358,00	1.077.976.058,92	1.022.323.097,92	71,3	67,6
1603	GESTION DE TALENTO HUMANO	13.427.676.081,70	9.171.066.972,17	8.919.105.207,00	68,3	66,4
1604	SECRETARIA GENERAL	24.700.000,00	10.200.000,00	-	41,3	0,0
02	OTROS GASTOS EN SALUD INVERSION	18.661.830.772,00	9.134.530.230,00	2.817.741.458,00	48,9	15,1
04	DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	172.369.810,00	172.369.810,00	51.710.943,00	100,0	30,0
0605	DISCAPACIDAD	609.931.453,00	609.931.453,00	557.021.752,00	100,0	91,3
0704	GESTION SALUD PUBLICA	2.032.031.196,00	1.357.187.537,00	895.305.987,00	66,8	44,1
11	ETV MALARIA Transferencias Nacionales	1.311.108.639,00	360.007.897,00	355.894.861,00	27,5	27,1
1302	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	8.236.703.978,00	2.366.432.777,00	459.415.189,00	28,7	5,6
1303	GESTION DEL RIESGO - CRUE	875.924,00	517.000,00	517.000,00	59,0	59,0
1304	HABILITACION PSS Y VERIFICACION DE DLS	1.767.954.456,00	-	-	0,0	0,0
1502	GESTION Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSION	4.530.855.316,00	4.268.083.756,00	497.875.726,00	94,2	11,0
03	INVERSION IDS	21.201.737.549,00	6.969.810.305,20	4.642.694.338,00	32,9	21,9
1301	ASEGURAMIENTO	351.676.619,00	291.752.560,00	235.379.500,00	83,0	66,9
1302	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	392.112.000,00	339.200.760,00	240.130.500,00	86,5	61,2
1303	GESTION DEL RIESGO - CRUE	334.471.881,50	284.445.000,00	207.830.000,00	85,0	62,1
1304	HABILITACION PSS Y VERIFICACION DE DLS	757.099.570,50	666.557.071,00	451.388.389,00	88,0	59,6
1501	SGCY MIPG	102.400.000,00	93.534.950,00	53.290.000,00	91,3	52,0
1502	GESTION Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSION	1.065.899.858,00	834.398.800,00	645.221.000,00	78,3	60,5
1503	FORTELECCION DE TIC	1.583.619.600,00	1.098.510.001,20	696.844.220,00	69,4	44,0
1504	PROYECTOS INFRAESTRUCTURA Y DOTACION	11.628.417.638,00	681.125.364,00	658.996.252,00	5,9	5,7
1505	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - OAP	50.432.112,00	44.952.500,00	29.495.500,00	89,1	58,5
1601	GESTION DE RECURSOS FISICOS Y LOGISTICOS	2.371.320.403,00	800.655.967,00	290.875.972,00	33,8	12,3
1602	GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS	191.056.064,00	33.163.426,00	-	17,4	0,0
1603	GESTION DE TALENTO HUMANO	1.757.371.803,00	1.412.425.882,00	1.004.013.700,00	80,4	57,1
1605	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	615.860.000,00	389.088.024,00	129.229.305,00	63,2	21,0
04	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	77.222.671.862,01	21.653.537.955,99	7.657.949.027,74	28,0	9,9
1301	ASEGURAMIENTO	10.000.000,00	-	-	0,0	0,0
1302	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	52.763.778.352,93	13.215.026.044,99	6.919.957.998,74	25,0	13,1
1502	GESTION Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSION	14.458.893.509,00	8.438.511.911,00	737.991.029,00	58,4	5,1
05	SALUD PUBLICA	50.566.363.700,95	39.945.516.531,34	21.748.355.374,98	79,0	43,0
01	DIMENSION SALUD AMBIENTAL	2.044.202.705,00	1.589.582.249,00	817.428.130,00	77,8	40,0
02	DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	896.652.106,00	837.651.287,00	620.010.690,00	93,4	69,1
03	DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	441.838.000,00	367.242.424,00	235.922.193,00	83,1	53,4
04	DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRO	1.289.679.933,00	1.081.509.743,00	587.714.906,00	83,9	45,6
0501	GESTION DEL RIESGO EN ENFERMEDADES EMERGENTES, F	781.846.941,00	716.498.091,00	527.973.092,00	91,6	67,5
0502	GESTION DEL RIESGO EN ENFERMEDADES EMERGENTES, F	53.185.096,00	53.185.096,00	41.994.939,00	100,0	79,0
0503	GESTION DEL RIESGO EN ENFERMEDADES INMUNOPREVE	1.291.488.341,00	432.525.969,00	301.940.426,00	33,5	23,4
0504	GESTION DEL RIESGO EN CONDICIONES ENDEMO - EPIDE	1.369.143.000,00	426.936.903,00	331.525.403,00	31,2	24,2
0505	OTRAS ENFERMEDADES EMERGENTES, RE-EMERGENTES Y	751.653.127,00	620.550.127,00	396.978.627,00	82,6	52,8
0601	DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS	348.285.721,00	314.225.737,00	180.859.004,00	90,2	51,9
0602	ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	141.170.000,00	131.012.000,00	86.691.486,00	92,8	61,4
0603	SALUD Y GENERO	70.000.000,00	59.200.000,00	33.808.000,00	84,6	48,3
0604	ASUNTOS ETNICOS	416.850.404,00	397.361.904,00	215.523.923,00	95,3	51,7
0605	DISCAPACIDAD	181.236.000,00	175.320.760,00	114.234.480,00	96,7	63,0
0606	VICTIMAS	360.000.000,00	341.813.300,00	126.027.193,00	94,9	35,0
0607	HABITANTE DE CALLE	81.100.000,00	69.884.350,00	46.233.330,00	86,2	57,0
0701	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	4.629.315.053,00	2.852.160.233,39	1.498.037.169,03	61,6	32,4
0702	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	508.000.000,00	480.570.508,00	313.113.524,00	94,6	61,6
0703	MODELOS DE ATENCION PRIMARIA - APS	18.029.914.571,19	17.737.612.609,19	5.277.410.383,19	98,4	29,3
0704	GESTION SALUD PUBLICA	10.588.278.140,76	6.173.204.225,76	5.909.650.295,76	58,3	55,8
0705	PLAN DE SALUD TERRITORIAL - PTS	588.924.000,00	523.916.500,00	206.449.980,00	89,0	35,1
0706	SISTEMAS DE INFORMACION	88.000.000,00	88.000.000,00	51.000.000,00	100,0	58,0
0707	COMUNICACIONES	349.700.000,00	307.338.000,00	217.083.500,00	87,9	62,1
0708	CONTROL DE MEDICAMENTOS	230.875.348,00	201.520.848,00	128.138.848,00	87,3	55,5
0801	ENFERMEDADES CRONICAS Y SALUD ORAL	331.160.145,00	293.240.645,00	182.586.369,00	88,5	55,1
0802	CANCER	504.894.896,00	426.100.696,00	245.504.875,00	84,4	48,6
09	DIMENSION SALUD PUBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTR	473.142.727,00	401.140.727,00	299.423.665,00	84,8	63,3
10	DIMENSION SALUD Y AMBITO LABORAL	276.970.000,00	236.947.396,00	170.170.480,00	85,5	61,4
11	ETV MALARIA Transferencias Nacionales	3.448.857.446,00	2.609.264.203,00	2.584.920.464,00	75,7	75,0
06	ASEGURAMIENTO	66.296.633.836,00	49.572.032.016,63	49.572.032.016,63	74,8	74,8
1301	ASEGURAMIENTO	66.296.633.836,00	49.572.032.016,63	49.572.032.016,63	74,8	74,8
07	FRE	1.821.293.741,00	896.872.172,00	875.430.172,00	49,2	48,1
12	FONDO ROTATORIO ESTUPEFACIENTES	1.821.293.741,00	896.872.172,00	875.430.172,00	49,2	48,1
08	CONVENIOS	1.101.681.114,00	62.771.875,00	62.771.875,00	5,7	5,7
0504	PROYECTOS INFRAESTRUCTURA Y DOTACION	62.765.509,00	62.765.509,00	62.765.509,00	100,0	100,0
0701	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	9.222.400,00	-	-	0,0	0,0
0704	GESTION SALUD PUBLICA	6.366,00	6.366,00	6.366,00	100,0	100,0
1502	GESTION Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE INVERSION	1.029.686.839,00	-	-	0,0	0,0
Total general		257.383.633.618,09	143.362.671.971,85	100.463.932.010,79	55,7	39,0

FUENTE: Informe ejecución Gastos a Septiembre - Módulo Sysman Presupuesto

3. ESTADOS FINANCIEROS

3.1. ESTADO DE SITUACION FINANCIERA

Código	Nombre	SEPTIEMBRE/2024	SEPTIEMBRE/2025	Variación Neta	Var. %
1	ACTIVO	188.705.283.316,80	196.426.510.686,17	7.721.227.369,37	4,09
11	Efectivo Y Equivalentes Al Efectivo	120.485.683.382,34	130.394.724.572,35	9.909.041.190,01	8,22
13	Cuentas Por Cobrar	21.410.171.289,83	15.437.892.241,52	(5.972.279.048,31)	-27,89
15	Inventarios	5.999.876.674,79	4.824.634.826,37	(1.175.241.848,42)	-19,59
16	Propiedades, Planta Y Equipo	23.392.080.583,99	24.554.800.488,17	1.162.719.904,18	4,97
19	Otros Activos	17.417.471.385,85	21.214.458.557,76	3.796.987.171,91	21,80
24	Cuentas Por Pagar	36.178.332.725,09	2.147.132.779,06	(34.031.199.946,03)	-94,07
25	Beneficios A Los Empleados	3.924.825.968,44	4.564.608.292,44	639.782.324,00	16,30
27	PASIVOS ESTIMADOS	755.810.894,00	12.472.004.724,69	11.716.193.830,69	1550,15
29	OTROS PASIVOS	4.941.395.827,13	11.369.462.490,13	6.428.066.663,00	130,09
3	Patrimonio	111.943.279.924,91	147.707.489.530,20	35.764.209.605,29	31,95
31	Patrimonio De Las Entidades De Gobierno	111.943.279.924,91	147.707.489.530,20	35.764.209.605,29	31,95

Fuente: Sistema de Información financiera sysmanweb

En el Estado de Situación Financiera de la Entidad con corte septiembre de 2025, en comparación a la vigencia anterior se presenta un incremento del 8.22% en las cuentas de efectivo y equivalentes al efectivo debido al incremento en los recursos para el manejo de la caja menor de Etv, como del saldo bancario de la cuenta de prestación de servicios de salud.

Las Cuentas por cobrar se disminuyeron en un 27.89% debido al proceso de revisión, reclasificación y depuración contable llevado a cabo durante la vigencia.

Las cuentas de propiedad, planta y equipo se incrementaron en un 4.97% debido a la compra de equipo médico – científico para el laboratorio de salud pública, equipos de computación, muebles y enseres y a las adecuaciones y obras realizadas en la sede del laboratorio de salud pública.

La cuenta de otros activos se incrementó en un 21.80% debido al traslado de recursos realizado a la cuenta de cesantías retroactivas, la entrega de anticipos para la adquisición de bienes y servicios durante la vigencia y al incremento de los recursos administrados por ADRES.

En las Cuentas por pagar se evidencia una disminución del 94.07% debido al proceso de revisión, reclasificación y depuración contable que se viene adelantado durante la vigencia.

Los pasivos estimados se incrementaron significativamente debido a la provisión contable establecida para el pago de los servicios por prestación de servicios de salud por población de difícil afiliación y población migrante.

La cuenta de otros pasivos se incrementó en 130.09% por el proceso de causación contable de las transferencias nacionales de la vigencia.

El Patrimonio se incrementó en un 31.95% debido a las Utilidades o excedentes acumulados hasta la fecha.

3.2. ESTADO DE RESULTADOS

Código	Nombre	SEPTIEMBRE/2024	SEPTIEMBRE/2025	Variación Neta	Var. %
4	Ingresos	128.804.027.095,84	131.840.000.539,76	3.035.973.443,92	2,36
41	Ingresos Fiscales	58.034.764.768,92	74.619.979.765,54	16.585.214.996,62	28,58
43	Venta De Servicios	475.511.546,71	694.523.497,02	219.011.950,31	46,06
44	Transferencias Y Subvenciones	60.876.207.148,32	51.194.840.591,82	(9.681.366.556,50)	-15,90
48	Otros Ingresos	9.417.543.631,89	5.330.656.685,38	(4.086.886.946,51)	-43,40
5	Gastos	97.842.389.118,61	113.674.187.670,11	15.831.798.551,50	16,18
51	De Administración Y Operación	13.276.921.744,24	16.615.665.566,51	3.338.743.822,27	25,15
53	DETERIORO, DEPRECIACIONES, AMORTIZACIONES Y PROVISIONES	1.542.010.776,48	1.151.035.791,37	(390.974.985,11)	-25,35
54	Transferencias Y Subvenciones	61.338.120.603,66	61.895.596.070,64	557.475.466,98	0,91
55	Gasto Público Social	21.600.505.468,38	33.205.291.766,64	11.604.786.298,26	53,72
58	Otros Gastos	84.830.525,85	806.598.474,95	721.767.949,10	850,84

Fuente: Sistema de Información financiera sysmanweb

En el Estado de resultados del IDSN con corte septiembre de 2025 en comparación a la vigencia anterior, se refleja un incremento en los ingresos fiscales del 28.58% debido al mayor valor recaudado por concepto de rentas cedidas, especialmente por el impuesto al consumo de tabaco y cigarrillos, Impuestos De Rifas, Apuestas Y Juegos Permitidos, impuesto a ganadores, iva de licores.

En relación a la Venta de Servicios del Fondo Rotatorio de Estupefacientes el incremento fue del 46.06% por venta de medicamentos de control y recetarios oficiales.

En transferencias y subvenciones se disminuyó en un 15.90% debido a que los recursos por transferencias nacionales aún se encuentran como un ingreso diferido hasta que se cierre el proyecto ante el Ministerio de Salud.

En otros ingresos la disminución fue del 43,40% debido a la disminución de los rendimientos financieros generados por las entidades bancarias por ajuste en sus tasas de interés.

En relación a los Gastos el IDSN en la vigencia con corte septiembre 2025 presenta un incremento en los Gastos de Administración y Operación del 25.15% donde se incluyen gastos de nómina, honorarios, gastos generales, impuestos, entre otros. Los Gastos por Transferencias y subvenciones se incrementaron en un 0.91 % y el Gasto Publico Social presenta un incremento del 53.72% representado principalmente en las acciones de salud pública y finalmente los Otros Gastos presentan una variación significativa por los gastos incurridos en el pago de comisiones por los recursos entregados en administración y la devolución de recursos al Ministerio de Salud por transferencias nacionales.

INFORME DE GESTIÓN JURÍDICA DE LA VIENCIA

1. CONTRATACION

PERIODO 1 DE ENERO DE 2025 A 30 SEPTIEMBRE 2025

TIPO DE CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS
Contrato de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión	500
Convenios interadministrativos	52
Contrato de suministro	29
Contrato de Prestación de Servicios	46
Contratos prestación de servicios salud	2
Contrato de arrendamiento	3
Contrato de compraventa	10
Contrato de interventoría	0
Contrato de Obra	0
Encargo fiduciario	1
Transporte	0
Comodato	0
Convenios de asociación	0
Convenio especial de cooperación	1
Seguros	2
Cesión a Título Gratuito	0
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	18
TOTAL	664

2. TIPO DE PROCESOS DE CONTRATACION

PROCESOS DE CONTRATACIÓN AÑO 2025	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	NO. PROCESOS
MÍNIMA CUANTÍA	34
SELECCIÓN ABREVIADA	17
LICITACIÓN PUBLICA	2
CONCURSO DE MÉRITOS	1
TOTAL	54

3. CONCEPTOS JURIDICOS

INFORME DE GESTIÓN (AÑO)

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 101 de 118

NO. CONCEPTOS RADICADOS	9
NO. CONCEPTOS CONTESTADOS	9

4. SUSTANCIACION SEGUNDA INSTANCIA PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS

No. DE PROCESOS RADICADOS	NO. SANCIONATORIOS PROCESOS SUSTANCIADOS	NO. PROCESOS SANCIONATORIOS PENDIENTES POR SUSTANCIAR
103	46	57

5. TUTELAS

- Acciones de tutela dentro de las que se accionó o vinculó al IDSN: **956**.
- Informes presentados a los distintos Despachos por concepto de tutela: **956**.

Conclusión: Se contestó el 100% de las acciones de tutela dentro de las que el IDSN, fue accionado directamente o vinculado dentro del trámite constitucional.

6. DEFENSA JUDICIAL

ACCIONES JUDICIALES	
Tipos de procesos	No. de procesos
	2025
Procesos de reparación directa	57
Procesos de nulidad y restablecimiento de derecho	30
Controversias contractuales	3
Acciones populares	3
Acciones de grupo	0
Procesos declarativos	0
Procesos ejecutivos	8
Procesos ordinarios laborales	6
Procesos verbales	0
Ordinario de restitución	11
Total	118

7. COBRO COACTIVO

PROCESOS DE JURISDICCIÓN COACTIVA AÑO 2025	VIGENCIA 2025	
Estado	No. procesos	Valor
Archivados por pago	71	\$ 306.324.110
Acuerdos de Pago Aprobados	18	\$ 79.369.520,27

En trámite	152	\$ 407.017.567
Total, Iniciados	152	

8. SESIONES DEL COMITÉ DE CONCILIACION

SESIONES	ORDINARIAS	EXTRAORDINARIAS
TOTAL	7	3

CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES		CONCILIACIONES JUDICIALES	ACCIÓN DE REPETICIÓN	TOTAL
ENERO	1	-	-	1
FEBRERO	2	-	-	2
MARZO	-		1	1
ABRIL	-	-	-	-
MAYO	1	-	-	1
JUNIO	2	-	-	2
JULIO	1	-	-	1
AGOSTO	1	-	-	1
SEPTIEMBRE	1	-	-	1
TOTAL	9		1	10

9. DECISIONES DEL COMITÉ

Se decide conciliar debido a Facturación con prestadores de salud por concepto de PPNA y con respecto, a la Acción de repetición no adelantar debido a que no se presenta Culpa grave y/o Dolo frente a los pagos realizados

10. POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO

Daño de acuerdo con la clasificación del árbol decausas	Resumen de los hechos	Riesgo
Nulidad y restablecimiento del derecho	33	MEDIO
Acción de Grupo	0	0
Acción Popular	3	BAJO
Controversia contractual	4	MEDIO
Declarativo	11	BAJO



INFORME DE GESTIÓN (AÑO)

CÓDIGO: F-PGED03-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 103 de 118

Ejecutivo singular	2	MEDIO
Ordinario Laboral	7	MEDIO
Reparación Directa	62	BAJO

INFORME DE GESTIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS DE SALUD PÚBLICA

PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS

OBJETIVO: Adelantar los Procesos Administrativos Sancionatorios que sean de competencia en primera instancia por parte de la Subdirección de Salud Pública, con ocasión de las acciones de inspección y vigilancia, o incumplimiento a la normatividad sanitaria vigente.

AVANCES: A continuación, se muestran los principales avances que se han alcanzado en el área de Procesos Administrativos Sancionatorios de la Subdirección de Salud Pública.

INFORMES RADICADOS	NÚMERO DE INFORMES
Actas radicados de enero a septiembre de 2025	224
Total de actas radicadas pendientes de apertura a septiembre de 2025 (años 2023; 2024; 2025)	893

ANÁLISIS APERTURA PROCESOS	NÚMERO DE PROCESOS
Procesos objeto de apertura de 1º de enero a septiembre de 2025	108

RESOLUCIONES	NÚMERO DE RESOLUCIONES
Fallos Primera Instancia Y Resolución De Recursos	136

LOGROS: En el área de procesos administrativos sancionatorios, se viene adelantando un plan de acción, con ocasión de evitar la configuración del riesgo de la caducidad de la facultad sancionatoria de las actas pendientes por apertura.

INFORME DE GESTIÓN DE HABILITACIÓN
1. VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO: Realizar inspección, vigilancia y control, al cumplimiento de las condiciones de Habilitación a los prestadores de servicios de salud, en desarrollo del plan anual de visitas para la vigencia 2025 y las visitas previas y de reactivación solicitadas, con el fin de minimizar los riesgos en la prestación de los servicios de salud.

En el listado del Plan Anual de Visitas de prestadores de servicios de salud en Nariño, el cual es definido por el Ministerio de Salud, con corte a 31 de diciembre del 2024, se encontraban 1262 prestadores, de los cuales se priorizaron 230 prestadores para visitar en la vigencia 2025.

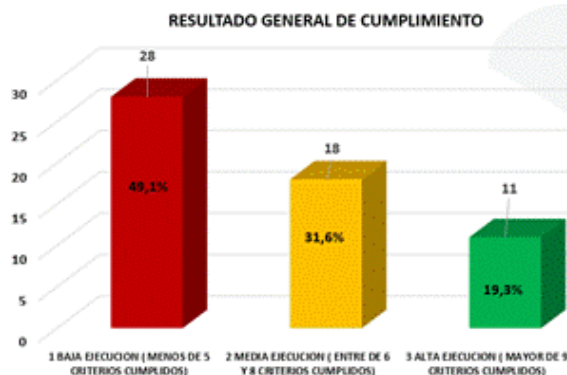
Con corte a 30 de septiembre se han realizado 185 visitas para verificación de condiciones de habilitación, que corresponde al (80%) de las visitas programadas (230) para la presente vigencia.

Indicador con corte a 30 de Septiembre	2024	2025
Número de prestadores de servicios de salud visitados para verificación de condiciones de habilitación	151	185
Número de prestadores de servicios de salud programados según plan anual de visitas	247	230
Porcentaje de cumplimiento	61%	80%

2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (ESES) DE NARIÑO

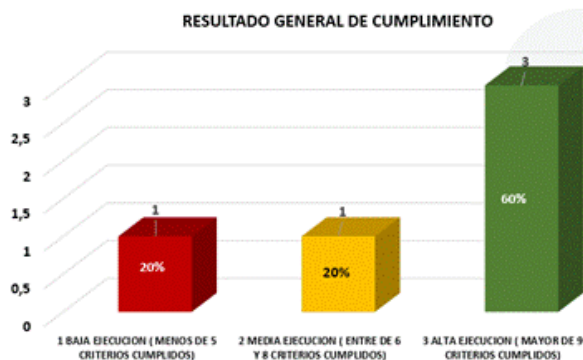

En cuanto a las visitas de Inspección, Vigilancia y Control del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad PAMEC, se evaluaron 62 ESES (91%), No se evaluó 6 Instituciones que No asistieron y no presentaron los soportes de la formulación e implementación del PAMEC que corresponden al (9%) de las ESE.

57 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD BAJA COMPLEJIDAD



28 ESE (49%) Baja ejecución del Pamec.
18 ESE (32%) Media ejecución del Pamec.
11 ESE (19%) Alta ejecución del Pamec

5 PRESTADORES DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD



3 ESE (60%) Alta ejecución del Pamec
1 ESE (20%) Media ejecución del Pamec
1 ESE (20%) Baja ejecución del Pamec

Se realizó evaluación del PAMEC a las 5 Empresas Sociales del Estado de Mediana y Alta complejidad evidenciando que: 3 ESE (60%) Alta ejecución del Pamec , 1 ESE (20%) Media ejecución del Pamec y 1 ESE (20%) Baja ejecución del Pamec.

Los resultados obtenidos en la actividad de seguimiento a la formulación e implementación del PAMEC, permite tener información objetiva del avance de los procesos de mejoramiento en las Empresas Sociales del Estado del Departamento de Nariño.

3. INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL AL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD Resolución 256 del 2016.

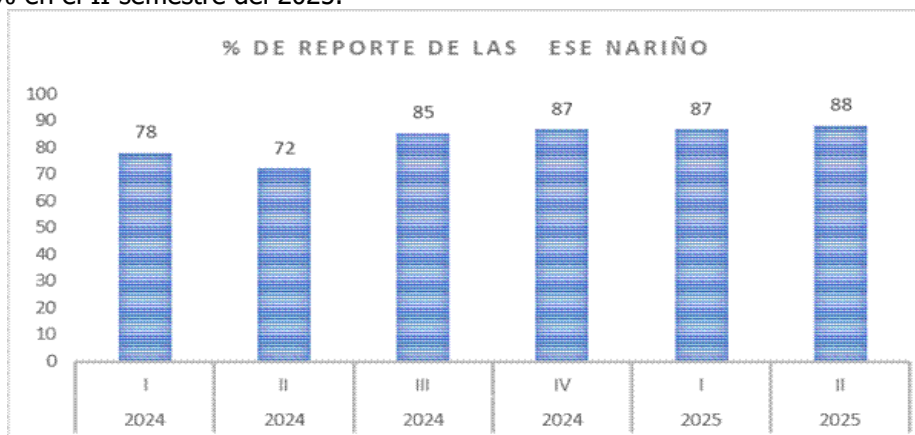
Objetivo: Las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales deben reportar en el Archivo Tipo ST004 el comportamiento de las Prestadores de Servicios de Salud a quienes les aplica el "Reporte del monitoreo de los indicadores de la calidad en salud" definidos en la Resolución 256 de 2016 del MSPS y Circular 012 del 2016, de acuerdo con los reportes trimestrales realizados por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas del departamento de Nariño a la plataforma SISPRO y la publicación en el Observatorio Nacional de Calidad ONCAS.

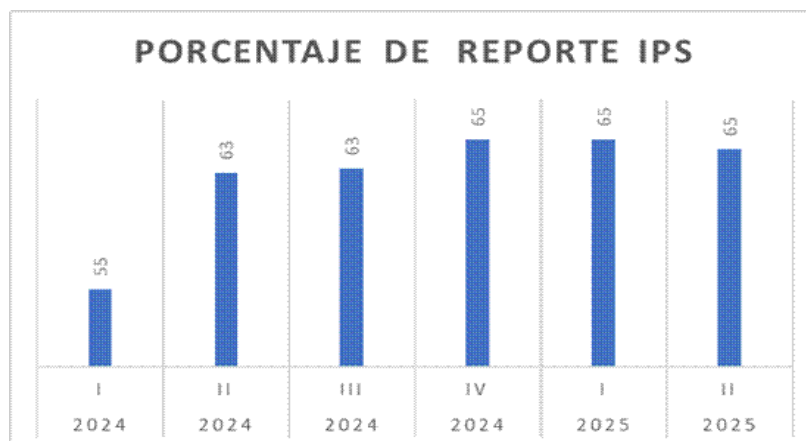
El resultado del seguimiento al reporte de las Instituciones prestadoras de servicios de salud en el primer semestre del 2025, de las IPS que les aplica la monitorización de los indicadores de calidad en el dominio de Experiencia en la Atención, con corte a 30 de Junio del 2025, se presentan en la siguiente tabla, agrupados en los resultados de las Empresas Sociales del Estado que reportaron oportunamente, y el grupo de las IPS Privadas.

REPORTES DE INDICADORES OBSERVATORIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD ONCAS						
# ESE NARIÑO REPORTARON	2024	2024	2024	2024	2025	2025
	I	II	III	IV	I	II
	53	49	58	59	59	60
Porcentaje de Reporte ESE	78	72	85	87	87	88
# IPS PRIVADAS REPORTARON	169	193	194	200	200	198
Porcentaje de Reporte IPS	55	63	63	65	65	65
TOTAL IPS PRIVADAS NO REPORTARON	137	113	112	106	106	108

Los resultados demuestran aumento en el porcentaje de prestadores que reportaron los indicadores de calidad, comparando el porcentaje del I y II trimestre del 2024 con el porcentaje del I y II trimestre del 2025 así:

El porcentaje de reporte de las ESE evidencia mejoramiento pasando del 72 % en el II trimestre del 2024, alcanzando el 88% en el II semestre del 2025.





El porcentaje de reporte de las IPS Privadas evidencia mejoramiento pasando del 55 % en el I trimestre del 2024 , alcanzando el 65% en el I y II semestre del 2025.

En cuanto al indicador de Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios alcanza el 94 % con corte a 30 de Junio del 2025 .



4. ASISTENCIA TÉCNICA A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Se realizaron 5 eventos de Asistencia Técnica presencial y virtual a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos y Privados, Profesionales Independientes y con Objeto Social Diferente, sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Sistema Único de habilitación, Pamec, Sistema de Información de la Calidad y normas complementarias; para el autodiagnóstico de las condiciones de habilitación de acuerdo con la Resolución 3100 del 2019 y normas complementarias. El total de personas que recibieron asistencia técnica alcanzó 277 en modalidad Virtual y 412 en modalidad presencial, para un total de **689** personas, número significativamente mayor en comparación con lo logrado en el año 2024, que el total de personas que recibieron asistencia técnica fue de 423 en la modalidad solamente presencial.

REPORTE DE EVENTOS DE A.T. CAPACITACION VIRTUAL Y PRESENCIAL (Septiembre de 2025)					
AREAS	FECHA	(# DE ASISTENTES)		POBLACION	MODALIDAD (Virtual o presencial)
		VIRTUAL	PRESENCIAL		
HABILITACIÓN	2/09/2025	100	50	PROFESIONALES INDEPENDIENTES DPTO NARIÑO	HÍBRIDA (PRESENCIAL Y VIRTUAL PRESENCIAL
	22/08/2025	157	100	IPS PRIVADAS	HIBRIDA (PRESENCIAL Y VIRTUAL PRESENCIAL
	12/08/2025	NA	200	EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	PRESENCIAL
	28/04/2025	NA	32	IPS INDIGENAS	PRESENCIAL
	25/02/2025	20	30	UNIVERSIDAD DE NARIÑO	P HÍBRIDA (PRESENCIAL Y VIRTUAL
TOTAL	689	277	412		

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN 971 DE 2021 "DERECHO A UNA MUERTE DIGNA"

En cumplimiento de lo establecido en la Resolución 971 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, "Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia", se implementó un procedimiento institucional de verificación del cumplimiento de la Resolución 971 de 2021, con el propósito de documentar, evaluar y fortalecer los procesos internos de los prestadores de servicios de salud frente a esta normatividad. A partir del IV trimestre del 2024 y lo corrido del 2025, se priorizaron y verificaron 13 IPS de mediana y alta complejidad, seis (6) en el último trimestre del 2024 y siete (7) IPS de mediana y alta complejidad con corte a 30 de junio del 2025, alcanzando un cumplimiento del 100% en la verificación con respecto a lo planeado y evidenciando que 4 IPS (36%) no contaban con Comité Interdisciplinario como lo exige la citada resolución, las mismas que recibieron asistencia técnica oportunamente.

Así mismo se realizó acompañamiento y seguimiento al proceso de Garantizar del acceso al Derecho a una Muerte Digna, derivado de una acción de tutela presentada por la paciente E.D.M.M., afiliada a la EAPB Emssanar, el acompañamiento se realizó a la IPS Domiciliaria Osteosalud de la ciudad de Pasto, que finalmente garantizó la realización del procedimiento y el derecho a morir dignamente. El procedimiento fue realizado en el Centro Médico Valle de Atriz, cumpliendo con los tiempos y lineamientos establecidos en la Resolución 971 de 2021.

La Superintendencia Nacional de Salud realiza seguimiento al IDSN al Plan de Acción respecto al cumplimiento de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control, solicitando el envío trimestral de evidencias de las IPS visitadas y las asistencias técnicas realizadas.

5. GESTIÓN DEL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

En consonancia con la Ley 1805 de 2016, el decreto 2493 de 2004, la resolución 2640 de 2005 y otras relacionadas, las actividades que se han realizado desde la Subdirección de Calidad y Aseguramiento-**Habilitación**, con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos y competencias del Ente Territorial sobre la promoción de la Donación y trasplante para el departamento de Nariño, se ha realizado las actividades que permiten alcanzar el objetivo.

OBJETIVO: Implementar el Plan de Acción dirigido a la Promoción de la Donación y Trasplante de órganos y tejidos, en consonancia con lo propuesto por el Instituto Nacional de Salud y la Regional 3 Valle del Cauca a la cual pertenece el departamento de Nariño en la vigencia 2024-2025.

Asistencia técnica a IPS generadoras y Trasplantadora, EAPB, IDSN en Normatividad, Indicadores, Rutas, lineamientos operativos de la Donación (mayo de 2025) = 100%de cumplimiento del personal convocado. Asistencia Técnica Modalidad Presencial: Empresas Sociales del Estado de BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, IPS PRIVADAS y PROFESIONALES INDEPENDIENTES, sobre el Programa de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, Mitos y realidades de la Donación- Ruta de la Donación, Requisitos normativos, recibieron asistencia técnica 351 trabajadores de la Salud.

Elaboración del Logo institucional para Donación y Trasplante IDSN.

Se realizó la Segunda jornada de Carnetización de Donantes, realizada en las instalaciones de la Gobernación de Nariño. Se logró garantizar a 100 personas, superando el número de personas carnetizadas en el 2024 que alcanzó 86 personas.

GESTIÓN DEL PROCESO DE BÚSQUEDA ACTIVA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.



La Resolución 3100 del 2019, señala expresamente que las entidades territoriales de salud deben: *“Ejercer de manera permanente las acciones de inspección, vigilancia y control para verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, incluyendo la búsqueda e identificación de aquellos que operen sin estar inscritos o habilitados en el REPS.”*

En este sentido, las direcciones locales de salud en ejercicio de sus competencias según la Ley 715 en su artículo 44 , están obligadas a realizar inspección y vigilancia de los prestadores y reportar a la entidad departamental los prestadores no habilitados identificados en su jurisdicción. Así mismo las Comisiones Técnicas de verificación de condiciones de habilitación, realizan de manera complementaria, la búsqueda activa durante las visitas de inspección sanitaria en los municipios, con el propósito de identificar prestadores que funcionen sin el debido registro y promover su formalización conforme a la Resolución 3100 de 2019 y demás normatividad aplicable.

INFORME DE GESTIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA VIGENCIA

AÑO	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Régimen Excepción	TOTAL
dic-24	1,167,474	282,75	35,377	1,485,601
sep-25	1,164,913	283,811	35,715	1,484,439
Diferencias	-2.561	1061	338	-1162

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Afiliados a Salud / SFTP ADRES

Según el comportamiento de Aseguramiento, a septiembre de 2025, se evidencia una disminución en el Régimen Subsidiado de 2.561 personas, se presenta un crecimiento en el Régimen Contributivo de 1.061 y Excepción en 338 personas.

Lo anterior se puede explicar, entre otras causas, por la movilidad de régimen, en el régimen subsidiado debido a la aplicación del Decreto 064, Resolución 1128 de 2020, Decreto 616 de 2022, traslado de otro departamento, así mismo por la depuración efectiva de base de datos (Aplicación de la Resolución 0561 de 2016), con un nivel de depuración de la BDUA Departamental del 99.9%.

Comparando el estado de aseguramiento entre la vigencia 2024 (1.485.601) y lo que va corrido de la vigencia 2025 (1.484.439), en el departamento de Nariño, decreció en 1.162 afiliados al SGSSS siendo el Régimen Subsidiado el que decreció en mayor porcentaje (0.22%) Se evidencian mejoras socioeconómicas reflejadas en el aumento del empleo formal y la estabilidad de ingresos, lo que ha generado el traslado de afiliados al régimen contributivo. Los cruces interinstitucionales y la depuración de bases de datos por parte del Ministerio de Salud y la ADRES han permitido corregir duplicidades, fallecidos y multiafiliación.

La población DANE del Departamento de Nariño, para el 2025, incremento en 6.837, aumentando el 0.40% de la población, incremento que modificó en indicador de cobertura de aseguramiento, pasando de una cobertura del 86.64% A 31/12/2024, a una cobertura del 86.23% a 30/09/2025

Se aclara que si bien la competencia del departamento es la vigilancia en la gestión del aseguramiento para cumplir con la universalización, la acción primaria del aseguramiento corresponde a los municipios, gestiones que se establecen en los Planes Operativos Anuales, y los planes de aseguramiento presentados por los entes municipales, los cuales si bien no están alcanzando las metas de aseguramiento, son los factores externos a la gestión los que impiden su efectividad (migración y movilización constante de personas, limitación del ingreso a zonas de difícil acceso, no afiliación de personas sisbenizadas).

Para la vigencia 2025, El IDSN, continúa con el seguimiento al PLAN DE ASEGURAMIENTO, de las 64 entidades territoriales e IPS (Públicas y Privadas) del departamento de Nariño, especialmente en la implementación del Decreto 064 de 2020, 616 de 2022, 439 de 2023, Resolución 1128 de 2020 y 406 de 2023, con acompañamiento y asistencia técnica, de todas las entidades territoriales municipales, en torno a los siguientes componentes principales:

1. Afiliación de recién nacido y de sus padres no afiliados
2. Aporte del registro civil de nacimiento
3. Afiliados al régimen subsidiado
4. Afiliación de Oficio
5. Verificación de las condiciones de los migrantes
6. Movilidad entre regímenes
7. Registro y reporte de la novedad de movilidad

8. Terminación de la inscripción en una EPS
9. Listados Censales
10. Portabilidad
11. Sisbén IV
12. Procesos ADRES
13. Plena identificación
14. Seguimiento al aseguramiento de población PNA en SIVIGILA
15. Actualización de población afiliada temporalmente con AS y MS
16. Acreditación de permanencia de migrantes afiliados al SGSSS

Por parte de todos los actores del SGSSS, especialmente las entidades territoriales conjuntamente con la red pública y privada del Departamento, gestionar todas las actividades en el proceso de afiliación inmediata para la garantía en la prestación de servicios de salud, en todo el departamento de Nariño.

Como actividad adicional en las gestiones de aseguramiento, desde el mes de junio de 2025, se adelanta acciones de INSPECCIÓN Y VIGILANCIA, a las entidades territoriales municipales, según los lineamientos de la SUPERSALUD, contemplado en la Circular Externa IDSN No. 228 /2022, mediante lista de chequeo, identificando los presuntos incumplimientos y solicitando el PLAN DE ACCIÓN respectivo para las mejoras a que haya lugar.

TOTAL MUNICIPIOS	MUNICIPIOS EVALUADOS A 30/09/2025	MUNICIPIOS PENDIENTES EVALUAR A 31/12/2025	SEGUIMIENTO.
64	49	15	77%

Como resultado de las acciones de inspección y vigilancia iniciadas en marzo de 2025, se ha logrado realizar seguimiento efectivo a las entidades territoriales municipales, identificando avances significativos en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Circular Externa IDSN No. 228 de 2022. Con corte a septiembre de 2025, con un avance del 77% de los municipios evaluados quienes oportunamente han presentado su respectivo plan de acción, evidenciando mejoras en sus procesos de aseguramiento. En el ranking departamental de cumplimiento, los 20 municipios con mejor desempeño son: Santacruz, La Cruz, Pasto, Sapuyes, Ospina, Mallama, Túquerres, Guachucal, Ipiales, La Unión, El Tablón de Gómez, San Lorenzo, Cumbal, Cuaspud, Iles, Ricaurte, Guaitarilla, San Pablo, Gualmatán, Potosí, los cuales han mostrado una gestión oportuna y eficiente frente a los hallazgos reportados, destacándose por la calidad en la implementación de sus acciones correctivas.

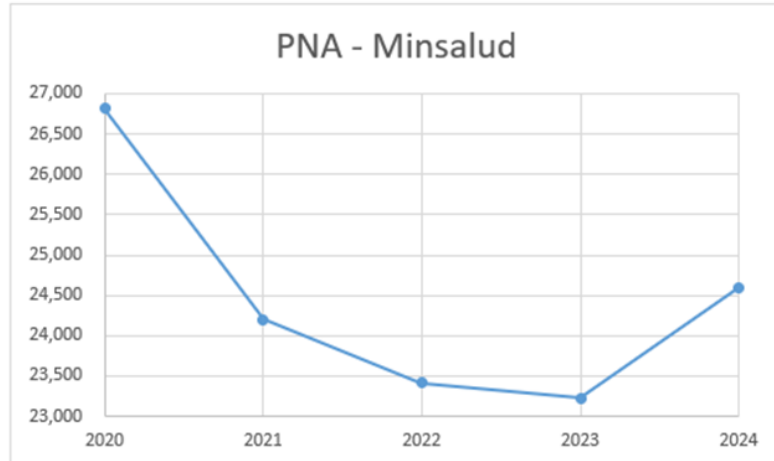
SEGUIMIENTO POBLACION DE DIFICIL AFILIACIÓN

Por parte de todos los actores del SGSSS, especialmente las entidades territoriales conjuntamente con la red pública y privada del Departamento, gestionar todas las actividades en el proceso de afiliación inmediata para la garantía en la prestación de servicios de salud, en todo el departamento de Nariño.

Según el seguimiento al proceso de afiliación de la población de difícil filiación del Departamento de Nariño, en las vigencias 2015 -2024, se ha tenido el siguiente comportamiento:

COMPORTAMIENTO POBLACION NO AFILIADA - SEGÚN REPORTE MSPS (Cobertura RS)

AÑO	PNA
2020	26,812
2021	24,197
2022	23,416
2023	23,227
2024	24,594



COFINANCIACIÓN DEPARTAMENTAL RÉGIMEN SUBSIDIADO

AÑO	COFINANCIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO	GIROS DIRECTOS APLICADOS - IDSN
2023	63.739.667.697	63.739.667.697
2024	65.576.325.474	65.576.325.474
2025 (SEPT)	65.693.405.982	49.572.000.000

El Departamento de Nariño, a través del IDSN y en cumplimiento al artículo 44 de la Ley 1438 de del Departamento, para el año 2025, asignó un monto para el \$ 65.693.405.3982, que cofinancia la afiliación al régimen subsidiado de **1.169.913**, personas del departamento de Nariño.

**SEGUIMIENTO FLUJO DE RECURSOS EN EL ASEGURAMIENTO
CARTERA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (C-030/2013)
A JUNIO 30/2025**

Razón Social ERP	ERP Saldo	IPS Saldo	Diferencia	% Cartera no reconocida por la EPS
MALLAMAS EPS	173.999.791.332	276.313.809.428	102.314.018.096	58,80%
EMSSANAR SAS	324.013.812.913	704.333.468.972	380.319.656.059	117,38%
ASMET SALUD EPS SAS	101.161.587.530	254.176.884.593	153.015.297.063	151,26%
Total Subsidiado	599.175.191.775	1.234.824.162.992	635.648.971.218	106,09%
NUEVA EPS	313.324.954.014	572.467.157.201	259.142.203.187	82,71%
EPS FAMISANAR LTDA	14.999.179.240	18.164.102.960	3.164.923.720	21,10%
EPS SANITAS	50.136.498.266	155.158.544.367	105.022.046.101	209,47%
Total Contributivo	378.460.631.520	745.789.804.528	367.329.173.009	97,06%
Total general	977.635.823.294	1.980.613.967.520	1.002.978.144.226	102,59%

El total de cartera reportada en CUBOS Circular 030/2013 con corte a 3 de junio del 2025, asciende a \$ 977.635 millones por parte de las ERP y por IPS existe un reporte por valor de \$ 1.980.613 millones, con una diferencia por valor de \$1.002.978 millones.

**MESAS DE RECUPERACIÓN DE CARTERA
AÑOS 2023- 2025**

AÑO	Deudas circular 030/2013	Acuerdo de pago ejecutados	% recuperación n.	OBSERVACIONES
2023	1.560.167.031.303	20.812.225.788	1.33%	Las EPS HABILTOIADAS EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO INCUMPLEN AL 100% LOS LINEAMINETOS DE LA CIRCULAR 030/2013.
2024	1.913.792.206.577	5.758.131.681	0.30%	Las EPS HABILTOIADAS EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO INCUMPLEN AL 100% LOS LINEAMINETOS DE LA CIRCULAR 030/2013.
2025 (03 MESAS)	1.980.613.967.520	1.206.917.186	0.06%	Las EPS HABILTOIADAS EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO INCUMPLEN AL 100% LOS LINEAMINETOS DE LA CIRCULAR 030/2013.

Durante la Vigencia 2023, con una cartera de \$ 1.560.167 millones, se lograron acuerdos de \$ 20.812.225.788, con una recuperación del 1.33%, para la Vigencia 2024 con una cartera de \$ 1.913.792 millones, se lograron acuerdos de \$ 5.758.131.676, con una recuperación del 0.30%, y finalmente para la vigencia 2025 con una cartera por \$1.980.613.967.520 se realizaron acuerdos de pago por valor de \$1.206.917.186, con una recuperación del 0.06%. Los valores obtenidos dejan **en firme la LIMITACIÓN E INCUMPLIMIENTO REITERADO DE LAS EPS, EN EL FLUJO DE RECUSOS EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.**

**RESULTADO MESAS CIRCULAR 030/13
SEPTIEMBRE 30/2025**

Razón Social ERP	Saldo cartera IPS	Total acuerdos de pago 2025	% recuperación n	Hallazgo
MALLAMAS EPS	276.313.809.428	242.266.613	0,09%	Incumple lineamientos de la C030 del 2013, los acuerdos de pago suscritos no tienen relación directa con el grado de coincidencia.
EMSSANAR SAS	704.333.468.972	-	0,00%	Incumple lineamientos de la C030 del 2013, los acuerdos de pago suscritos no tienen relación directa con el grado de coincidencia.
ASMET SALUD EPS	254.176.884.593	-	0,00%	Incumple lineamientos de la C030 del 2013, los acuerdos de pago suscritos no tienen relación directa con el grado de coincidencia.
NUEVA EPS	572.467.157.201	-	0,00%	Incumple lineamientos de la C030 del 2013, los acuerdos de pago suscritos no tienen relación directa con el grado de coincidencia.
EPS FAMISANAR	18.164.102.960	964.650.573	5,31%	Incumple lineamientos de la C030 del 2013, los acuerdos de pago suscritos no tienen relación directa con el grado de coincidencia.
EPS SANITAS	155.158.544.367	-	0,00%	Incumple lineamientos de la C030 del 2013, los acuerdos de pago suscritos no tienen relación directa con el grado de coincidencia.
Total general	1.980.613.967.520	1.206.917.186	0,06%	

INFORME DE GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS DE LA VIGENCIA

PQRE PRESTACION DE SERVICIOS ENERO-SEPTIEMBRE 2025						
CONDUCTA						
MES	CANTIDADES RADICADAS	EN TRAMITE	CERRADAS (NO AMERITO PAS)	PAS(SI AMERITO PAS)	No VISITA REALIZADAS	MEDIDAS PREVENTIVAS
ENERO	30	0	17	13	4	3
FEBRERO	21	0	8	13	6	2
MARZO	14	0	7	7	1	0
ABRIL	14	0	5	9	0	0
MAYO	24	0	9	15	6	0
JUNIO	31	0	19	12	6	1
JULIO	36	0	20	16	10	1
AGOSTO	25	0	10	15	5	1
SEPTIEMBRE	35	15	10	10	7	1
TOTAL	230	15	105	110	45	9

De Enero a septiembre de 2025 se han radicado 230 quejas por presuntas irregularidades en la prestación de servicios de salud relacionadas con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud del departamento de Nariño, de las cuales 110 se han remitido a la oficina de Procesos Administrativos Sancionatorios de la Subdirección de Calidad y Aseguramiento, considerando que se identificaron incumplimientos a la normativa vigente, 105 quejas se cerraron y archivaron y 15 se encuentran en trámite.

INFORME PQR 2025						
1. Comparativo Número de PQR por anualidad						
	2023		2024		2025	
RECLAMOS	94	94.9%	189	95%	652	96%
QUEJAS	5	5.1%	10	5%	24	4%
TOTAL	99	100%	199	100%	676	100%
Se evidencia un incremento de quejas y reclamos en 2025 del 86% con respecto a los años 2023, 2024 y 2025.						

2. Número de PQRSDF clasificada por atributos SOGC

2.1 RECLAMOS

SOGC/MES	2023		2024		2025	
	#	%	#	%	#	%
ACCESIBILIDAD	2	2,1%	55	29,1%	220	33,7%
CONTINUIDAD	8	8,5%	5	2,6%	23	3,5%
OPORTUNIDAD	52	55,3%	109	57,7%	332	50,9%
PERTINENCIA	11	11,7%	3	1,6%	21	3%
SEGURIDAD	21	22,3%	17	9%	56	8,6%
TOTAL	94	100%	189	100%	652	100%

el comportamiento de los atributos en lo que respecta a reclamos, se evidencia que en el 2025 se incrementa enormemente en: oportunidad, pertinencia y seguridad debido a los problemas estructurales del SGSS

SOGC/MES	2023		2024		2025	
	#	%	#	%	#	%
ACCESIBILIDAD	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%
CONTINUIDAD	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
OPORTUNIDAD	3	60,0%	5	50,0%	6	25,0%
PERTINENCIA	2	40,0%	3	30,0%	18	75%
SEGURIDAD	0	0,0%	1	10%	0	0,0%
TOTAL	5	100%	10	100%	24	100%

El incremento de quejas presentado en el 2025 fueron por la presunta mala atención de nuestros servicios por parte de funcionarios de planta, los cuales se ha seguido el procedimiento para la

CONCLUSIONES

- La ejecución de ingresos a septiembre (92,3% del total programado, con buen comportamiento de ingresos corrientes y de capital) evidencia adecuada capacidad de recaudo y gestión financiera de la entidad, lo que respalda la sostenibilidad de la operación y de los programas de salud del departamento.
- La ejecución de gastos presenta un avance intermedio (55,7% en compromisos, con funcionamiento en 72,96% e inversión en 52,16%), lo que muestra una administración prudente, pero también un riesgo de rezago en proyectos de inversión y en la materialización oportuna del gasto social en salud.
- El Estado de Situación Financiera refleja fortalecimiento de la posición institucional: aumento del activo total (4,09%), incremento del efectivo (8,22%), disminución marcada de cuentas por pagar (-94,07%) y aumento del patrimonio (31,95%), asociado a utilidades acumuladas y depuración contable, lo que consolida la solvencia del IDSN.
- El gasto público social crece de manera importante (53,72%), especialmente ligado a acciones de salud pública, mientras los ingresos fiscales, ventas de servicios y transferencias permiten sostener la expansión del gasto, aunque con menor dinamismo de otros ingresos por rendimientos financieros.
- Existe un avance amplio en la ejecución programática de las dimensiones de salud pública, APS, aseguramiento, laboratorio y autoridad sanitaria, con desarrollo de asistencias técnicas, visitas, campañas y fortalecimiento de la red; sin embargo, la mayoría de subprogramas reporta dificultades reiteradas de orden estructural que limitan el logro de las metas de resultado.
- La gestión jurídica y de defensa judicial muestra capacidad de respuesta adecuada, con atención al 100% de las tutelas, avance en procesos sancionatorios y funcionamiento regular del comité de conciliación, lo que contribuye a la prevención del daño antijurídico y al manejo del riesgo legal de la entidad.
- De manera transversal, se identifican como factores críticos la alta rotación de talento humano en direcciones locales de salud, ESE e IPS, la debilidad en la apropiación de normas y protocolos, y las dificultades de acceso territorial por conflicto, dispersión geográfica y precariedad de infraestructura local, todas ellas con impacto directo en la continuidad, calidad y oportunidad de las intervenciones en salud.