

	INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	CODIGO: ES-GE-F-24-01
	ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 1 DE 12
		FECHA: 10/08/2022

FECHA	25 de noviembre de 2025
HORA	07:45 a.m.
LUGAR	Presencial

INTEGRANTES DE LA JUNTA

NOMBRE	REPRESENTACIÓN	EN CALIDAD	ENTIDAD
Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio	Delegado del Alcalde Mayor de Bogotá - Presidente Junta Directiva	Presidente	Secretaria Distrital de Hacienda
Dr. Pedro Andrés Cuéllar Trujillo	Delegado del Alcalde Mayor de Bogotá y el Secretario Distrital de Salud	Miembro	Secretaría Distrital de Salud
Dr. José Ignacio Argote López	Delegado del Secretario Distrital de Salud	Miembro	Secretaría Distrital de Salud
Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates	Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud	Miembro	SISS Norte
Dr. Enrique Antonio Vargas Zapata	Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud	Miembro	SISS Norte
Dr. Jorge Augusto Zambrano Casas	Representante Estamento Científico Asociaciones Científicas	Miembro	Asociaciones Científicas
Sr. Fernando Morales	Representante de los Gremios de la Producción.	Miembro	Gremios de Producción
Sra. Graciela Cufiño Mendoza	Representante de la Asociación de Usuarios	Miembro	ASOUSUARIOS
Sr. Julio Roberto Galvis Bulla	Representante COPACOS	Miembro	COPACOS

OTROS ASISTENTES A LA SESIÓN

NOMBRE	CARGO	ENTIDAD
Manuel Alejandro Godoy	Director DAEPDSS	SDS
Óscar Cruz	Revisor Fiscal Suplente Kreston R.M. Auditores	Kreston R.M. Auditores
Yadira Castro	Gerente Regional de Auditoría	Kreston R.M. Auditores
Diana Milena Mendivelso	Subgerente Prestación de Servicios	SISS Norte
Liliana Ríos Velandía	Subgerente Corporativa (E)	SISS Norte
Nidia Contreras Dueñas	Secretaria Ejecutiva	SDS
Angie Tatiana Burgos	Asesora de Gerencia	SISS Norte

DESARROLLO



La sesión ordinaria de la Junta Directiva dio cobertura al siguiente orden del día:

1. Llamado a lista y verificación del cuórum.
2. Aprobación del orden del día.
3. Aprobación de actas anteriores.
4. Revisión de compromisos.
5. Modificaciones presupuestales.
6. Presentación y Aprobación del Código de Buen Gobierno.
7. Agenda Estratégica Asistencial – Informe trimestral.
8. Informe del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS.
9. Seguimiento a la Liquidación de Convenios.
10. Presentación del POA 2026.
11. Informe de Revisoría Fiscal.
12. Seguimiento a Planes de Mejoramiento.
13. Informe de PQRS.
14. Informe de Generalidades del SARLAFT.
15. Proposiciones y Varios.

TOMA DE DECISIONES

ÍCONO	DECISIÓN
-------	----------

	INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	CODIGO: ES-GE-F-24-01
	ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 2 DE 12 FECHA: 10/08/2022

	Aprobación de la incorporación de los convenios: Convenio 441 de 2025, Convenio 430 de 2025 y Convenio 332 de 2025
	Aprobación del Código de Buen Gobierno

SÍNTESIS

1. Llamado a lista y verificación del cuórum.

Siendo la 07:45 a.m., previo llamado a lista y verificación del cuórum por parte de la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, se contó con la presencia de siete (7) miembros de la Junta de los nueve (9) nombrados, se inicia la sesión en modalidad presencial. Al llamado a lista se informa que el Dr. Pedro Andrés Cuellar presento excusa para asistir a la sesión y el Dr. Jose Ignacio Argote, indico ingresar más tarde.

2. Aprobación del Orden del Día

El Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates - Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud, recomendó que la revisión del POA no se realizara dentro de la sesión ordinaria, dado que su extensión y complejidad no permitirían un análisis adecuado. Propuso constituir una mesa de trabajo o comisión, integrada por miembros de la Junta Directiva, para realizar una revisión detallada y presentar posteriormente un informe resumido en sesión ordinaria. Indicó que, como en años anteriores, el POA debería trabajarse de manera independiente o en una sesión exclusiva.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, apoyó la propuesta e indicó la importancia de contar, dentro de la comisión, con representación del estamento técnico-científico y de los usuarios.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, recordó que el POA debe publicarse antes del 31 de enero, razón por la cual había sido incluido en el orden del día, con el fin de recibir recomendaciones oportunamente.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, sometió nuevamente a votación el orden del día, con la modificación propuesta por el Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates - Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud. No se registraron objeciones y el orden del día fue aprobado por los siete (7) miembros de Junta Directiva presentes en la sesión.

3. Aprobación de Actas Anteriores

Se someten a aprobación las siguientes Actas de Junta Directiva:

1. Acta 017 del 30 de septiembre de 2025 (Sesión Ordinaria Presencial)
2. Acta 018 del 14 de octubre de 2025 (Sesión Extraordinaria Presencial)
3. Acta 019 del 28 de octubre de 2025 (Sesión Ordinaria Presencial)
4. Acta 020 del 12 de noviembre de 2025 (Sesión Extraordinaria Virtual)

Indicó que las Actas 019 y 020 recibieron observaciones muy tarde (entre las 11:00 p. m. y 12:00 a. m.), lo que impidió consolidar sus ajustes para esta sesión. No obstante, dado que los cambios en el Acta 019 no eran sustanciales, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, propuso someterla igualmente a aprobación, dejando únicamente pendiente la Acta 020, que se presentará en la próxima sesión. Las Actas 017, 018 y 019 fueron aprobadas con los cambios sugeridos por los miembros de Junta.

4. Revisión de Compromisos

Se presentan al final del documento

5. Modificaciones Presupuestales.

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego -Directora Financiera, expuso que, conforme al artículo 28 del Decreto 662 de 2018, cuando durante la vigencia fiscal se suscriben convenios o contratos que incorporan recursos al presupuesto general, estos servirán de base para la incorporación presupuestal mediante acuerdo de la Junta Directiva. Asimismo, señaló que las actas y libros deben ser remitidos a la Secretaría Distrital de Hacienda, para la aprobación de las operaciones presupuestales y su posterior

denominación original de "Código de Ética y Buen Gobierno" a "Código de Buen Gobierno". Para la vigencia 2023 se elaboró una cuarta versión, manteniendo este nombre.

Indicó que ninguna de esas versiones incorporó las exigencias establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud, razón por la cual se presenta ante la Junta Directiva la propuesta de una quinta versión, ajustada a la normativa vigente.

Explicó que, debido a estas directrices, la propuesta incluye un ajuste en el nombre del documento, el cual pasa a denominarse Código de Conducta y Buen Gobierno, atendiendo al cambio conceptual introducido por la Superintendencia Nacional de Salud en materia de ética institucional.

La Dra. Liliana Ríos Velandia - Subgerente Corporativa (E), describió los objetivos generales del documento, entre los cuales se encuentra establecer los lineamientos y compromisos que asume la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, para fortalecer su modelo de gobierno organizacional, orientado a la gestión integral, la legalidad y la transparencia en su relacionamiento con los diferentes grupos de interés.

Explicó que el gobierno organizacional está estructurado en tres pilares: Gobierno Clínico, Gobierno Corporativo y Gobierno del Dato.

Se expusieron los objetivos específicos, adaptados a la realidad institucional. Posteriormente, la Dra. Liliana Ríos Velandia, Subgerente Corporativa (E), amplió la explicación respecto a los grupos de interés, los cuales se clasifican en internos y externos. Entre los internos se encuentran los usuarios y sus familias, la Junta Directiva, los colaboradores y las instituciones educativas que realizan prácticas en los servicios. Entre los externos se encuentran pagadores, proveedores, entidades gubernamentales y de control, y los mecanismos de participación social y comunitaria.

La Dra. Liliana Ríos Velandia, Subgerente Corporativa (E), expuso los compromisos que corresponden específicamente a la Alta Dirección, tales como:

- **COMPROMISO CON EL CÓDIGO CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO:** Adherencia a los comportamientos expresados y a su liderazgo basado en los principios y valores institucionales y el contacto permanente con sus equipos de trabajo, conduciendo la organización hacia el logro de sus objetivos.
- **COMPROMISO DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN:** La entidad evidencia su compromiso con la transparencia y anticorrupción a través de la implementación del cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial. **COMPROMISO CON EL TALENTO HUMANO:** Los Directivos dan un trato respetuoso a los colaboradores y se aseguran de que sus decisiones sobre ellos, prevalezca el reconocimiento a la calidad de los productos y/o servicios, los derechos humanos y las competencias, excluyendo toda consideración o preferencia por razones diferentes.
- **COMPROMISO CON LAS PARTES INTERESADAS:** Los directivos de la institución reconocen y respetan los derechos de las partes interesadas creados por ley o de mutuo acuerdo.
- Los Directivos contribuyen a la generación de espacios y oportunidades que favorezcan el desarrollo profesional de los funcionarios y colaboradores.
- Los Directivos no se valen de su condición para realizar propaganda política y/o cualquier tipo de publicidad comercial, ni para presionar a los colaboradores para que tomen posiciones a favor o en contra de una creencia específica.

Finalmente, indicó que el documento fue elaborado de manera conjunta entre la Oficina de Desarrollo Institucional y la Dirección de Talento Humano, con acompañamiento de la Oficina de Control Interno. Puso el documento a consideración de la Junta para sus observaciones y aprobación.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, reiteró que, conforme a la normatividad vigente, el Código de Conducta y Buen Gobierno debe ser aprobado por la Junta Directiva. Explicó que, tras la revisión documental histórica, se identificó que en vigencias anteriores solo se había informado a la Junta sobre su existencia, pero nunca se había sometido a aprobación formal en sesión, razón por la cual se realiza la presentación en esta ocasión.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, explicó que el documento presentado ya consolida en un solo instrumento los principales lineamientos de transparencia y buen gobierno aplicables al sector salud. Señaló que, debido a la multiplicidad de normas emitidas en esta materia, el objetivo fue evitar la duplicación de documentos y proporcionar una herramienta unificada que diera respuesta a todo el marco normativo vigente. Aclaró que, si bien podría incluirse una referencia adicional dentro del marco normativo, ello no modificaría el contenido sustantivo del documento. Indicó que, en caso de incorporarse ajustes, estos serían de carácter complementario y no alterarían la aprobación general. Con ello, procedió a someter a consideración de la Junta la aprobación del Código de Conducta y Buen Gobierno.

El Código de Buen Gobierno es aprobado por los siete (7) miembros de Junta Directiva, presentes en la sesión.

	INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	CODIGO: ES-GE-F-24-01
	ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 5 DE 12
		FECHA: 10/08/2022

7. Agenda Estratégica Asistencial

La Dra. Diana Milena Mendivelso - Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, dio apertura a la sesión presentando el consolidado de la Agenda Estratégica Asistencial con corte a octubre de 2025. Indicó que el análisis iniciaría con los servicios ambulatorios y explicó que, en las gráficas presentadas, la variación corresponde a las tres últimas vigencias: la barra azul representa 2023, la barra naranja corresponde a 2024 y la barra verde a 2025, todas con corte a octubre para garantizar comparabilidad entre periodos. Destacó el incremento sostenido en la producción del servicio de medicina general a lo largo de las vigencias y de los diferentes meses.

Producción de medicina especializada mantiene el mismo esquema gráfico de comparación entre 2023 y 2025. Explicó que la producción se ha mantenido estable, con un leve incremento respecto al mismo periodo del año 2024.

La Dra. Diana Milena Mendivelso - Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, informó que la población prioritaria y de gestión más cercana es la de Capital Salud, especialmente en el seguimiento de gestantes. Señaló que este indicador, específicamente en dicho grupo, registra un cumplimiento superior al 70%. Aclaró que la cifra presentada corresponde al desempeño global, resaltando la importancia de este grupo poblacional por ser el que recibe una gestión más directa.

En relación con los servicios hospitalarios, indicó que el volumen de egresos se mantiene estable entre 5.500 y 6.000 egresos mensuales, cerrando el mes de octubre con 5.884 egresos. Se evidenció una variación relativa del 2.94%, atribuida principalmente al ajuste metodológico aplicado a mediados del año, cuando se eliminó el registro manual y se adoptó por completo la captura desde el sistema de información institucional. Explicó que, anteriormente, la producción incluía registros manuales provenientes de hojas de cálculo y libros físicos en los servicios, lo que generaba discrepancias entre el dato del sistema y el consolidado manual. Con la eliminación de este proceso, el registro ahora es exclusivamente automático, lo que obliga al personal a registrar oportunamente en la plataforma institucional.

La Dra. Diana Milena Mendivelso - Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, indicó que, dentro de las sendas de hospitalización, solo existe una ruta específica correspondiente al signo de alarma pediátrico que ocasionalmente presenta dificultades operativas. Aclaró que esta senda en particular no representa un problema estructural, y que, frente a la inquietud del Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos -Director DAEPDSS, se trata de la única ruta especializada sujeta a monitoreo diferenciado por parte de Capital. Cuando un bebé afiliado a otra EPS, como Famisanar, requiere atención prioritaria, se realiza la asignación correspondiente sin afectar la ocupación del servicio, que se mantiene en niveles óptimos.

La Dra. Diana Milena Mendivelso - Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, también explicó que la agenda correspondiente pertenece a la banda de riesgo 10, aplicable para hospitalización en general. Preciso que algunas rutas pueden ubicarse en bandas superiores, como 15, y que verificará el detalle exacto para presentarlo posteriormente.

Continuó su intervención destacando los indicadores principales de eficiencia hospitalaria: giro cama, promedio de estancia y porcentaje de ocupación. Señaló que los niveles de ocupación institucional cierran entre el 90% y 91%, lo cual podría interpretarse erróneamente como la existencia del 9% o 10% de camas desocupadas. Aclaró que los servicios que reducen el indicador de ocupación corresponden, principalmente, a obstetricia, ya que la demanda ha disminuido. Por tal razón, se han reconvertido algunas camas con el fin de optimizar la capacidad instalada, considerando que los indicadores se calculan como promedios sobre toda la curva de ocupación.

Indicador de cirugías programadas versus urgentes, resaltando un avance importante: en octubre, la institución alcanzó una proporción 50/50, mientras que en periodos previos se encontraba entre 70/30 y, en etapas anteriores, incluso por debajo del 20% de cirugías programadas. Señaló que la Junta Directiva había recomendado intensificar esfuerzos en este aspecto y que los resultados evidencian una mejora sostenida.

Posteriormente, abordó el desempeño del servicio de urgencias, centrándose en la oportunidad de consulta para pacientes clasificados en triage 2.

Informó que octubre cerró con un promedio institucional de 19.9 minutos. Recordó que, meses atrás, algunas unidades como Simón Bolívar y Engativá no alcanzaban el estándar, pero que ahora todas cumplen. Presentó este indicador como ejemplo de depuración del dato, relatando que, en febrero, el sistema arrojaba promedios de 17 minutos, lo cual resultaba inconsistente con las quejas recibidas.

Respecto a los indicadores trazadores de calidad en urgencias, indicó que el indicador de reingresos antes de 72 horas muestra una tendencia de mejora sostenida y cumple con el estándar institucional. Preciso que, en promedio, solo el 0,4% de los pacientes atendidos en urgencias retornan dentro de ese periodo. Explicó que, para efectos de facturación, cada ingreso

corresponde a un folio independiente: una vez el paciente se retira, su folio se cierra y un eventual retorno constituye un nuevo ingreso, aunque se trate del mismo motivo de consulta.

Indicadores de servicios complementarios. Indicó que la oportunidad de atención en radiología simple tiene una meta institucional de tres días y octubre cerró con 2,1 días. En radiología especializada, cuya meta es de 15 días, el cierre fue de 1,7 días. En el laboratorio clínico, recordó que aproximadamente el 50% de la producción corresponde al laboratorio del Hospital Simón Bolívar, que centraliza el procesamiento de muestras ambulatorias.

En el componente de gestión del riesgo, se presentaron los resultados de los indicadores de interés en salud pública. Se resaltó que, con corte a octubre de 2025, los indicadores priorizados se encuentran en cumplimiento. No obstante, los registros de 2024 mantienen rezagos que explican el color rojo en algunos reportes.

8. Presentación de RIPS

La Dra. Liliana Ríos Velandia – Subgerente Corporativa (E), inició la presentación realizando la caracterización general de la población atendida, indicando que durante el periodo analizado se registró un total de 294.296 atenciones, correspondientes al tercer trimestre de la vigencia. En cuanto a la distribución por grupo etario, se evidenció que el grupo de mayor participación corresponde a la población entre 29 y 59 años, con un 34,6 %, seguido por el grupo de 60 años y más, que representa un 27,9 % del total de atenciones. Los demás grupos etarios presentan una participación proporcionalmente menor.

Respecto a la clasificación por sexo, se informó que el 63,5% de las atenciones corresponden al sexo femenino, mientras que el 36,5 % restante corresponde al sexo masculino, manteniéndose una mayor demanda de servicios por parte de la población femenina.

En relación con el régimen de afiliación, se señaló que, del total de atenciones registradas, el 85,7 % corresponde al régimen subsidiado, con mayor representación en el mes de noviembre dentro del trimestre evaluado. El régimen contributivo representa el 12,0 % de las atenciones. Al realizar un análisis detallado del régimen subsidiado, se destacó que la mayor participación corresponde a Capital Salud y Previsora, con un 75,9 %, seguido de Famisanar con 12,6 %, Coosalud con 3,3 % y Nueva EPS con 1,3 %. En el régimen contributivo, la mayor participación la presentó Capital Salud con 32,4 %, seguida de Famisanar con 25,9 %, Nueva EPS con 15,1 % y Salud Total con 6,4 %.

Posteriormente, se presentó el informe por servicios, iniciando con el servicio de hospitalización, en el cual se registraron 16.420 atenciones durante el trimestre. La mayor participación etaria se concentró en el grupo de 29 a 59 años con 31,2 %, seguido por el grupo de 60 años y más con 22,1 %, y el grupo de 18 a 28 años con 21,8 %. En cuanto a la clasificación por sexo, el 58,7 % de las atenciones correspondieron al sexo femenino y el 41,3 % al sexo masculino. Por régimen de afiliación, el 64,8 % de las atenciones correspondieron al régimen subsidiado y el 29,0 % al régimen contributivo. Dentro del subsidiado, Capital Salud representó el 51,2 %, seguido de Famisanar con 9,1 %, Nueva EPS con 8,6 % y Coosalud con 5,7 %. En el régimen contributivo, la mayor participación correspondió a Famisanar con 34,9 %, seguida de Nueva EPS con 17,1 %, Salud Total con 11,9 % y Sanitas con 8,8 %. Por pagador, Capital Salud presentó la mayor participación con 40,8 %, seguido de Famisanar con 16,1 % y Nueva EPS con 10,5 %.

En cuanto a las principales causas de hospitalización, se informó que las primeras posiciones corresponden a dolor abdominal y pélvico con 2,4 %, otras complicaciones específicas relacionadas con el embarazo con 2,4 %, e infección de vías urinarias con 2,3 %. Las demás causas presentan una participación menor, concentrándose el 82,8 % de los casos en el grupo denominado "otras causas". Se indicó que se encuentra en curso un ejercicio de reclasificación de estas causas, el cual será presentado de forma consolidada en el informe final de la vigencia.

Respecto al servicio de urgencias, se registraron 38.210 atenciones durante el trimestre. La mayor participación etaria correspondió al grupo de 29 a 59 años con 34,8 %, seguido por el grupo de 18 a 28 años con 25 %. Al igual que en hospitalización, se evidenció una mayor participación del sexo femenino con 58 %, frente al 42 % del sexo masculino. Por régimen de afiliación, el 57,2 % de las atenciones correspondieron al régimen subsidiado, siendo Capital Salud el principal pagador, seguido de Famisanar, Nueva EPS, Coosalud y Salud Pública. El régimen contributivo representó el 36,2 %, con mayor participación de Famisanar (23,3 %), seguido de Nueva EPS (18 %), Salud Total (11,5 %), Capital Salud (10,7 %) y Salud Pública (10,7 %). Por pagador, Capital Salud concentró el 37,3 % de las atenciones, seguido de Famisanar con 13,8 % y Nueva EPS con 13,4 %, mientras que los demás pagadores presentaron participaciones inferiores al 10 %.

En relación con las diez primeras causas de atención en urgencias, se destacaron otras complicaciones específicas relacionadas con el embarazo, infección de vías urinarias, dolor pélvico y problemas de comunicación relacional no especificados, todas con participaciones inferiores al 2 % individualmente.

En el análisis específico de urgencias ginecológicas, las principales causas fueron otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo con 19,6 %, complicaciones del embarazo no especificadas con 12 %, y hemorragia vaginal uterina anormal no especificada con 6 %, mientras que las demás causas presentaron participaciones inferiores al 6 %.

Para las urgencias pediátricas, se identificaron como principales causas la bronquitis aguda no especificada con 5,9 %, la infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores con 5,1 %, y el abuso sexual con 4,5 %, concentrándose el resto de los casos en causas con participaciones inferiores al 5 %.

En cuanto a los servicios ambulatorios, se registraron 269.669 atenciones, de las cuales el 34,8 % correspondió al grupo etario de 29 a 59 años, el 29,7 % a 60 años y más, y el 12,1 % al grupo de 18 a 28 años. La distribución por sexo evidenció una participación del 64,7 % del sexo femenino y 35,3 % del sexo masculino. Por régimen de afiliación, el 91,6 % de las atenciones correspondieron al régimen subsidiado, de las cuales Capital Salud concentró el 78,4 %, seguido de Famisanar con 13,1 %, Coosalud con 4,6 %, Nueva EPS con 3 %, y otros pagadores con participaciones inferiores al 1 %. El régimen contributivo representó el 7 %, con mayor participación de Capital Salud (57,1 %), Famisanar (23,7 %), Nueva EPS (11,7 %) y Coosalud (2,13 %). Por pagador, Capital Salud concentró el 75,9 % de las atenciones ambulatorias, seguido de Famisanar con 13,7 % y Sanitas con 4,3 %.

Respecto a las principales causas de atención ambulatoria, se destacó la hipertensión esencial primaria con 5,2 %, seguida de hipotiroidismo no especificado con 1,7 %, diabetes mellitus con 1 %, y las demás causas con participaciones inferiores.

En el servicio de odontología, las principales causas de atención fueron caries con 27,7 %, periodontitis crónica con 10,9 %, profilaxis o limpieza dental con 5,7 %.

Finalmente, se presentó el informe correspondiente a la atención de población extranjera, en el cual se registraron 4.957 atenciones, de las cuales el 97,8 % correspondió a población venezolana, seguida de población ecuatoriana con 0,7 %, y otros países con participaciones inferiores al 5 %.

9. Seguimiento Liquidación de Convenios

La Dra. Liliana Ríos Velandia - Subgerente Corporativa (E), presentó el resumen actualizado de la situación de los convenios suscritos, distribuidos según su fase de gestión y entidad responsable.

6 convenios se encuentran en comité de saneamiento contable, 22 en ejecución y 24 en trámite de liquidación

Detalló los pendientes por vigencia y entidad responsable, incluyendo convenios con la Secretaría Distrital de Salud, Fondo Financiero Distrital de Salud, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y los Fondos de Desarrollo Local. Explicó el estado particular de cada convenio, los documentos radicados, los informes finales, las observaciones emitidas por la Secretaría Distrital de Salud y los procesos pendientes como certificaciones de rendimientos financieros, cierres bancarios o devoluciones de soportes.

Respecto a los convenios de rutas de atención (nutrición, fertilidad, enfermedades respiratorias, agresiones, accidentes, traumas y cardio-cerebrovascular) informó que todos cuentan con la entrega documental a la Secretaría Distrital de Salud y están pendientes del resultado para su liquidación.

Expuso igualmente el avance de convenios de infraestructura, dotación, adquisición tecnológica, ayudas técnicas y proyectos financiados por fondos locales, detallando sus estados de radicación, devoluciones, revisiones y observaciones por parte de las entidades liquidadoras.

La Dra. Liliana Ríos Velandia - Subgerente Corporativa (E), puntualizó que la diferencia en los reportes podría deberse a que el informe incluye convenios de Fondos de Desarrollo Local, los cuales no aparecen en las consolidaciones de las Subsecretarías. Reiteró la necesidad de trabajo articulado entre las áreas responsables.

10. Informe Revisoría Fiscal

La Dra. Yadira Castro - Gerente Regional de Auditoría de Kreston, presentó los resultados de las auditorías operativas realizadas durante el periodo, que incluyeron auditoría legal, administrativa, ambiental, de seguridad de la información, gestión de riesgos, recursos físicos, tecnológico, asistencial y programa AMED.

Señaló las observaciones encontradas en los puntos de atención, en los procesos de PQRs, sistemas LAB, plataforma SECOP y auditorías ambientales. Informó sobre avances en las recomendaciones previas, incluyendo: Inventario y actualización de



**INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO
CAPITAL
ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
GESTIÓN ESTRATÉGICA

CODIGO: ES-GE-F-24-01

VERSION: 1

PÁGINA: 8 DE 12

FECHA: 10/08/2022

expedientes jurídicos, Registro de calificaciones de riesgo en la plataforma e implementación de una herramienta para cuantificación de pretensiones en procesos de nulidad y restablecimiento del derecho.

En contratación, se revisaron 30 contratos de bienes y servicios y 60 órdenes de prestación de servicios, evaluando su ciclo completo: estudios previos, contratos, informes, facturación y soportes de cumplimiento.

Informó revisiones sobre derechos de petición, tutelas, procesos jurídicos y seguimiento al plan de acción de la Oficina Jurídica. También reportó hallazgos en el ciclo contractual de bienes, servicios y OPS. Se expusieron los resultados de la validación de indicadores de recursos físicos y tecnológicos.

Indica que, al realizar la comparación entre los requerimientos gestionados en terreno, se observa un incremento significativo al pasar de 913 solicitudes a 1.545 en el mes de octubre, lo que refleja una variación sustancial en el comportamiento mensual y un aumento en la demanda de atención por parte de la ciudadanía.

Explica que se seleccionó una muestra de 75 requerimientos, conforme a lo establecido en el Manual de Servicio al Ciudadano. El objetivo fue verificar el cumplimiento de los lineamientos definidos, revisando en el aplicativo "Bogotá Te Escucha" la trazabilidad del soporte de respuesta y el envío oportuno dentro de los tiempos normativos. La distribución de la muestra priorizó las tipologías con mayor volumen de solicitudes: para "derecho de petición de interés particular", con 1.145 posiciones, se seleccionaron 50 casos; para "reclamo", de un total de 233 posiciones, se seleccionaron 10; y para "queja", con 63 posiciones, se tomaron cuatro.

Comenta que, entre enero y el 25 de octubre, se recibieron 13.704 peticiones, de las cuales 13.272 correspondieron a la Subred Norte y fueron gestionadas. Durante este periodo, se han evaluado 675 peticiones acumuladas de las muestras seleccionadas. Dentro del análisis efectuado en el corte actual, se realizó seguimiento a 22 requerimientos relacionados con citas médicas identificados dentro de la muestra de 75. En estos 22 casos se evidenció que el 50% de los pacientes (11 personas) asistieron a la cita médica. Un 9% (dos pacientes) no asistieron; el 36 % (ocho pacientes) canceló la cita; y un 5% (una persona) se encontraba pendiente por asistir al momento de la revisión

También se presentó una tabla correspondiente a los 22 casos de agendamiento revisados, donde se describen las fechas de oportunidad brindadas a los usuarios.

En cuanto a la verificación de las acciones relacionadas con el Código de Conducta y el Código de Buen Gobierno, señaló que durante la auditoría se corroboró que el Código de Buen Gobierno se encuentra alineado con el SARLAFT, aunque aún no ha sido aprobado formalmente por la Junta Directiva. En materia del sistema SICO, se identificaron tres observaciones agrupadas bajo el mismo ítem del plan de mejoramiento, relacionadas con la necesidad de establecer de manera explícita en el Manual SARLAFT las funciones de la Junta Directiva, del Representante Legal y del Oficial de Cumplimiento.

En cuanto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), se verificó que la observación del año anterior fue subsanada mediante la aprobación del procedimiento correspondiente por parte de la Junta Directiva, conforme a la normativa vigente. Asimismo, se comprobó la subsanación de la observación relativa a la designación del responsable del programa, habiéndose asignado al ingeniero José Emilio Gutiérrez.

La Revisoría Fiscal, informó que la visita a las sedes mencionadas se realizó el día 7 de noviembre, con una muestra total de 11 equipos biomédicos, correspondiente a más del 25% del inventario general de 39 equipos.

Auditoría ambiental – Sede de Atención Sanitaria: En relación con la gestión ambiental, se identificaron observaciones asociadas a: Vertimientos: Los análisis evidenciaron que el parámetro de fenoles presenta concentraciones que exceden los límites permitidos y gestión de residuos ordinarios: El área de almacenamiento carece de medidas de seguridad suficientes para prevenir el acceso no autorizado.

Respecto a la auditoría asistencial, no se presentaron observaciones generales. Se verificaron componentes como portafolio de servicios, cumplimiento de estándares de infraestructura y revisión del servicio de medicina laboral y medicina del trabajo, los cuales cumplen la normativa aplicable.

Auditoría ambiental – Unidad de Atención El Codito y Auditoría asistencial – Unidad de Atención El Codito

Auditoría programa de Atención Domiciliaria – AMED: La auditoría del programa AMED se realizó en dos fases: revisión de la información cargada en el sistema y análisis de la muestra seleccionada.

Revisión de información del sistema: Se evaluaron 38 pacientes registrados en noviembre, de los cuales se tomó una muestra de 25 casos.

Oportunidades de mejora: Se dejaron las siguientes recomendaciones:

- **Desactualización del sistema Almera:** La información histórica no se encuentra cargada en el sistema. Existen historias clínicas únicamente en un drive, sin cuantificación ni planilla consolidada. Se requiere digitalizar y unificar la información para garantizar trazabilidad. La Subred informó que el plan de actualización de la vigencia 2025 finalizará en abril de 2026.
- **Encuestas de satisfacción:** Existen encuestas físicas, pero no están tabuladas ni digitalizadas, lo que impide medir la satisfacción de los usuarios. Se recomienda implementar la tabulación periódica y análisis estadístico.
- **Indicadores del programa:** Actualmente solo existe el indicador de número de usuarios. Se recomienda fortalecer el sistema de medición con más indicadores.
- **Definición del proceso al que pertenece el programa:** El programa aparece adscrito a Gestión Hospitalaria, pero operativamente depende del servicio de urgencias desde 2025. Se debe definir formalmente su ubicación en el mapa de procesos y actualizar documentación.

Vigencia 2024: Total observaciones: 56 - Subsanadas: poco más del 50% - Pendientes: 51 con plan de acción y 3 pendientes de plan de choque

Vigencia 2025: Total observaciones: 132 - Subsanadas: 17 - Pendientes: 115 - Con plan de acción: 45 - Sin plan registrado: 70

Los avances mostrados corresponden a los reportados en Almera, con diferencias por componente (financiero, riesgos, administrativo, gestión, ambiental, asistencial, seguridad de la información, entre otros). Se evidencian avances cercanos al 100% en algunos planes.

Finalmente, explicó que cuando la Revisoría Fiscal identifica acciones inefectivas, estas deben ser reformuladas en el sistema interno. Dependiendo del análisis, puede mantenerse el mismo ID del plan o cerrarse el anterior y abrirse un nuevo plan de mejoramiento, dejando evidencia de las acciones ejecutadas aun si fueron ineficaces y permitiendo implementar actividades adicionales que sí mitiguen el hallazgo de fondo.

11. Seguimiento Planes de Mejora.

La Dra. Angela Patricia López Parada - Jefe Oficina de Calidad, inició la exposición del avance de compromisos. Antes de ello, hizo un reconocimiento al Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, destacando la importancia de compartir espacios de análisis y trabajo conjunto entre mujeres y hombres. Recordó que en la sesión anterior se solicitó aclarar el sistema de semaforización para el seguimiento de planes de mejora, por lo cual explicó que el rango verde correspondía a un cumplimiento superior al 90%, el rango amarillo indicaba un cumplimiento aceptable y el rango rojo representaba una ejecución insatisfactoria que requería especial atención.

Finalmente, informó que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE cuenta con 26 fuentes internas y externas que generan alertas y acciones de mejora. Estas fuentes han producido 6.443 acciones, de las cuales 5.713 han sido cumplidas a corte del 30 de septiembre, fecha que coincide con los reportes entregados tanto por la administración como por la Revisoría Fiscal.

La Dra. Angela Patricia López Parada - Jefe Oficina de Calidad, presenta el detalle de los planes de mejoramiento:

FUENTE	Cumplida		Total Cumplidas	En ejecución		Sin iniciar		TOTAL POR FUENTE	PORCENTAJE AVANCE
	Oportuna	Inoportuna		Oportuna	Vencida	Oportuna	Vencida		
Abansalud	36	19	35	0	0	0	1	36	92
Atención Atención	322	527	849	0	28	2	59	938	91
Atención Atención de MIPG	14	42	56	0	3	0	10	69	81
Capital Salud	323	676	997	0	37	4	160	1198	83
Comando Seguro	4	0	4	0	0	0	4	4	100
Control	4	8	12	0	0	0	4	12	100
Control Interno	214	274	488	0	13	0	32	543	92
Coosalud	23	17	40	0	0	0	8	48	83
Cover - Externos	136	143	279	0	4	0	24	367	91
Cover - Internos	214	235	439	0	3	0	35	477	92
Farmacinar	11	23	34	0	10	0	33	77	44
Gestión de procesos	5	4	9	0	0	0	3	12	75
Icontec	274	286	560	2	26	1	28	617	91
Mallamas	2	0	2	0	0	0	0	2	100
Parac	78	137	215	0	3	0	37	255	84
Periconer	29	60	89	0	0	0	17	106	84
Planos Salud EPS	6	11	17	0	0	0	4	21	81
Positiva	3	6	9	0	0	0	0	9	100
Salud Total	32	23	35	0	0	0	3	38	92
Sanitas	28	94	122	0	0	0	6	128	95
Secretaria Distrital de Salud	289	329	618	0	2	0	62	682	91
Secretaria General - Alcaldía Mayor de Bogotá	3	5	8	0	0	0	0	8	100
Seguridad del Paciente	88	159	247	0	0	0	9	256	96
Superintendencia de Salud	27	13	40	0	0	0	0	40	100
Revisoría Fiscal	116	325	441	0	24	0	20	425	91
Verdeur Distrital	3	4	7	0	0	0	0	7	100
TOTAL POR CUMPLIMIENTO	2270	3443	5713	3	155	8	564	6443	89

2025

26 Fuentes

6.443 Acciones

5.713 Cumplidas

89 %

Se presenta informe detallado del avance en acciones de mejora visita administrativa Personería de Bogotá. Se presenta un cumplimiento del 100% y avance ponderado 94%.

Con respecto a los planes de mejoramiento derivados de las observaciones generadas por la Revisoría Fiscal, se presenta el siguiente detalle:

PROCESO	Cumplida		Total Cumplidas	En ejecución Vencida	Sin Iniciar Vencida	TOTAL POR PROCESO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
	Oportuna	Inoportuna					
Desarrollo Institucional	0	8	8	0	0	8	100
Gestión Contractual	10	2	12	0	0	12	100
Gestión de Calidad	0	1	1	0	0	1	100
Gestión de Comunicaciones	1	7	8	1	0	9	89
Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico	24	103	127	13	20	160	79
Gestión de Servicios Ambulatoria	12	40	52	2	0	54	96
Gestión de Servicios Complementarios	18	11	29	0	0	29	100
Gestión de Urgencias	6	8	14	0	0	14	100
Gestión del Talento Humano	4	32	36	0	0	36	100
Gestión Estratégica	0	24	24	0	0	24	100
Gestión Financiera	12	29	41	8	0	49	84
Gestión Hospitalaria	2	9	11	0	0	11	100
Gestión Jurídica	10	6	16	0	0	16	100
Gestión TIC'S	17	35	52	0	0	52	100
TOTAL	116	315	431	24	20	475	91



431 A. Cumplidas.
475 A. Totales.

Acciones: Capacitación en plataforma Almera, acceso a Tablero de control BI y se conciliaron los ID de Oportunidades de Mejora, contra las observaciones de los informes. Como complemento de la presentación explica como se registran los planes de acción y como se realiza el seguimiento por parte de las diferentes áreas de la Subred, desde la Oficina de Calidad, se hace seguimiento a todas estas tareas generadas, a la fecha se las acciones adelantadas han permitido

12. Informe PQRS

La Dra. Andrea Lucia Blanco Mejía – Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, expuso que, para corte a septiembre, se han recibido 11.179 manifestaciones, distribuidas así:

5.846 (49%) correspondientes a salud pública, 36 relacionadas con control interno y 5.897 gestionadas por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.

Explicó que estas manifestaciones ingresan por diferentes canales de recepción, siendo el principal la página web (34%), seguido de los buzones físicos ubicados en las unidades (24%), correo electrónico, telefónico, atención presencial, escritos físicos y reportes por redes sociales.

La Dra. Andrea Lucia Blanco Mejía – Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, expuso que la principal tipología corresponde a derechos de petición de interés particular (67%), seguida de reclamos, derechos de petición de interés general, quejas, recursos y solicitudes menores.

Entre los 5.846 reportes de salud pública, las principales causas fueron calidad del agua, saneamiento básico, reportes de alimentos o restaurantes, y situaciones de origen zoonótico o por vectores.

Control Interno gestionó 36 manifestaciones relacionadas con presuntos actos irregulares atribuibles a colaboradores, tales como conflictos de interés, beneficios indebidos o asuntos disciplinarios.

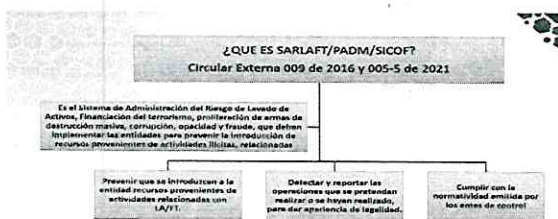
En cuanto a la prestación de servicios, se registraron 5.897 manifestaciones. Las principales causas según tipología fueron:

- **Derechos de petición:** orientaciones de salud, canales de acceso, información sobre servicios y solicitudes específicas.
- **Reclamos:** el 72% por oportunidad del servicio, y el 23% por barreras administrativas. Entre las dificultades más frecuentes se encuentran asignación de citas en especialidades críticas como ortopedia, oftalmología y cirugía vascular, así como inconformidades en urgencias y hospitalización.
- **Quejas:** se recibieron 712, principalmente por trato. Los servicios más afectados fueron gestión ambulatoria (177), gestión financiera (170, incluyendo facturación y admisiones) y otros en menor proporción.
- **Felicitaciones:** se registraron 667, destacándose servicios ambulatorios, hospitalización, cirugía, y la oficina de participación comunitaria.

La Dra. Andrea Lucia Blanco Mejía – Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, presentó el comparativo por variación, indicando incrementos y descensos según tipología.

13. Capacitaciones Generalidades SARLAFT/PADM/SICOF 2025

Como parte del cumplimiento al plan anual de capacitación de la Junta Directiva, se inicia capacitación sobre generalidades SARLAFT/PADM/SICOF 2025, esta es dirigida por la Dra. Liliana Ríos Velandia – Oficina de Cumplimiento principal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE. A continuación, se detallan los temas tratados en la capacitación.



Riesgos asociados al SARLAFT:

REPUTACIONAL: Asociados a la administración de imagen como desprestigio y publicidad negativa.

CONTAGIO: Adquiridos de manera indirecta por la relación de algún miembro de la organización con alguna actividad delictiva, afectando el nombre de la empresa.

OPERATIVOS: Representado por fallas o deficiencias de recursos humanos, procesos, tecnología, infraestructura o fallas externas.

LEGALES: Representados por sanciones, multas, indemnizaciones o fallas en los contratos.

Lavado de activos: Blanqueo de dinero y legitimación de capitales.

Delito que se comete al buscar dar apariencia de legalidad a bienes o dinero de actividades ilícitas como:

El narcotráfico - El secuestro - La corrupción - El contrabando - La trata de personas(migrantes) – Extorsión – Enriquecimiento - Delitos contra el sistema financiero.

Financiación del terrorismo - Fondos, bienes o recursos para costear terrorismo.

Delito que comete toda persona que realice las siguientes actividades: Adquiera – Resguarde – Invierta – Transporte – Transforme – Almacene - Custodie o administre bienes de origen de narcotráfico, tráfico de migrantes, extorsión, etc.

Proliferación de Armas de Destrucción Masiva: Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva)



POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se compromete a adoptar los mecanismos y acciones necesarias para una eficiente y oportuna administración de sus riesgos, soportadas en una capacidad institucional, de tal forma que se prevengan o minimicen sus impactos, mediante una adecuada identificación, análisis, valoración, priorización y control, orientados a garantizar la integridad, la seguridad, la calidad en el desarrollo de sus actividades y la prestación de sus servicios.

POLÍTICA DE RIESGO SARLAFT/PADM/SICOF: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. en desarrollo de su misión, se compromete a implementar el Subsistema de Administración del Riesgo SARLAFT/PADM/SICOF, e interactuar con las demás Entidades del Estado en la generación y aplicación de procedimientos y estrategias de identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos el Lavado de Activos (LA), la Financiación del Terrorismo (FT), la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM), la Corrupción, Opacidad y Fraude (COF) aportando a la protección de los recursos y la reputación de la entidad.

	INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	CODIGO: ES-GE-F-24-01
	ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 12 DE 12
		FECHA: 10/08/2022

Se considerarán como PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones de: expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.

Una vez finalizada la capacitación se aplica post test a los miembros de la Junta Directiva

14. Propositiones y Varios

El Dr. Luis Alexander Moscoso – Presidente de Junta Directiva, informa que se tiene proyectada una capacitación de modelo y de temas financieros, se proyecta para el día 2 de diciembre de 2025, esta jornada se llevará a cabo en el Hospital de Usme.

Desarrollado completamente el orden del día, el presidente de Junta da por terminada la sesión a las 13:29 p.m.

COMPROMISOS

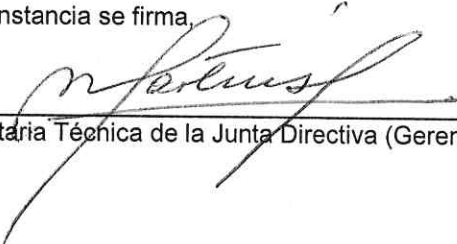
La Dra. Victoria Martínez – Secretaria Técnica de la Junta Directiva, presenta el seguimiento a los compromisos adquiridos en la sesión anterior:

Remisión del concepto favorable de la Secretaría de Salud: Dicho concepto fue recibido y remitido a los correos de los miembros el 19 de noviembre, por lo que el compromiso se considera cumplido.

Remisión del concepto proyectado para la Secretaría Distrital de Hacienda: El documento fue remitido al correo de todos los integrantes para su revisión y firma, conforme a lo acordado por la Junta Directiva.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, confirmó que los dos compromisos establecidos previamente se encuentran cumplidos, dado que el documento requerido fue proyectado y será revisado por la Secretaría Distrital de Hacienda, previa revisión del área jurídica.

En constancia se firma,



Secretaria Técnica de la Junta Directiva (Gerente)