

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 1 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

FECHA	24 de febrero de 2026
HORA	2:40 p.m.
LUGAR	Hospital Chapinero

INTEGRANTES DE LA JUNTA

NOMBRE	REPRESENTACIÓN	ASISTENCIA
Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio	Delegado del Alcalde Mayor de Bogotá - Presidente Junta Directiva	Presente
El presente cargo se encuentra en proceso de legalización	Delegado del Alcalde Mayor de Bogotá y el Secretario Distrital de Hacienda	Vacante
El presente cargo se encuentra en proceso de legalización	Delegado del Secretario Distrital de Salud	Vacante
Dr. Enrique Antonio Vargas Zapata	Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud	Presente
Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates	Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud	Presente
Dr. Jorge Augusto Zambrano Casas	Representante Estamento Científico Asociaciones Científicas	Presente
Sr. Fernando Morales	Representante de los Gremios de la Producción.	Presente
Sra. Graciela Cufiño Mendoza	Representante de la Asociación de Usuarios	Presente
Sr. Julio Roberto Galvis Bulla	Representante COPACOS	Presente

OTROS ASISTENTES A LA SESIÓN

NOMBRE	CARGO	ENTIDAD
Manuel Alejandro Godoy	Director	DAEPDSS
Johanna Munévar	Contratista	DAEPDSS
Yadira Castro	Gerente Regional	Kreston R.M. Auditores
Oscar Cruz	Revisor Fiscal Suplente	Kreston R.M. Auditores
Yulieth López Retamoso	Subgerente Prestación de Servicios	SISS Norte
Cris Encarnación Reyes	Subgerente Corporativa	SISS Norte
Denis Parra Suárez	Jefe Oficina Control Interno	SISS Norte
Liliana Ríos Velandia	Jefe Oficina de Desarrollo Institucional	SISS Norte
Érika Paola Rojas	Directora Financiera	SISS Norte
Nidia Contreras Dueñas	Secretaria Ejecutiva	SDS
Angie Tatiana Burgos	Asesora de Gerencia	SISS Norte




DESARROLLO

M

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	CODIGO: ES-GE-F-24
	ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 2 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

1. Verificación quorum
2. Aprobación del orden del día
3. Aprobación Actas Anteriores
4. Seguimiento a Compromisos
5. Modificaciones Presupuestales
6. Adiciones a Contratos de Bienes y Servicios
7. Agenda Estratégica Asistencial
8. Agenda Estratégica Financiera
9. Seguimiento Plan Estratégico
10. Informe Revisoría Fiscal
11. Informe resultados de Auditoría de Regularidad Contraloría de Bogotá
12. Actualización Manual para la administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo- SARLAFT, proliferación de armas de destrucción masiva -PADM Y Sistema de Corrupción Opacidad y Fraude -SICOF
13. Revisión y actualización de la Política de Administración del Riesgo
14. Propositiones y Varios

TOMA DE DECISIONES

ÍCONO	DECISIÓN
	<p>Autorizar a la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios en Salud Norte E.S.E adicionar los contratos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS-BYS-047-2025 POLIMEDIC FARMACEUTICA S.A.S • CS-BYS-052-2025 MEDICOX LTDA • CS-BYS-079-2025 JOHNSON & JOHNSON MEDTECH COLOMBIANA S.A.S • CS-BYS-092-2025 DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD SAS- DISCOLMETS • CS-BYS-102-2025 MEDICOX LTDA • CS-BYS-131-2025 SERVICILIMPIEZA S.A • CS-BYS 123-2025 NUTRISER COLOMBIA SAS
	Aprobación de la actualización manual de administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y sistema de corrupción, opacidad y fraude (SARLAFT – SICOF)
	Aprobación del nuevo enunciado de la política del subsistema de riesgo en salud y la inclusión de la política del subsistema de riesgo jurídico dentro del marco institucional

SÍNTESIS

1. LLAMADO A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUORUM

Siendo las 02:40 p.m., previo llamado a lista y verificación del quórum 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 Directiva, se inicia la sesión en modalidad presencial.

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 3 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

2. APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

Luego de analizar los tiempos estimados para cada tema, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, propuso que algunos puntos de carácter principalmente informativo o de seguimiento pudieran ser revisados en la continuación virtual de la sesión, dado que se trata de informes de fácil comprensión y que no requieren necesariamente discusión presencial, motivo por el cual se somete a consideración de los miembros de la Junta del orden del día ajustado el cual es aprobado por siete (7) miembros de la Junta Directiva.

3. APROBACIÓN ACTAS ANTERIORES

- Acta No. 01 del 28 de enero de 2026 - Sesión Ordinaria Presencial.
- Acta No. 02 del 3 de febrero de 2026 - Sesión Extraordinaria Virtual.

4. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS

Los compromisos son relacionados al final del documento.

5. MODIFICACIONES PRESUPUESTALES

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego - Directora Financiera, presentó la solicitud de traslado presupuestal. Explicó que el traslado corresponde a un ajuste interno dentro del agregado de inversión, relacionado con el proyecto adelantado con el Ministerio de Salud y Protección Social para la adquisición de un angiógrafo.

Indicó que, dentro del desarrollo de este proyecto, además de la adquisición del equipo, es necesario realizar adecuaciones de infraestructura y contar con la correspondiente interventoría de obra, aspectos que deben ser financiados dentro del mismo proyecto.

Señaló que, al momento de realizar la programación presupuestal inicial, se había previsto que la obra de adecuación se ejecutaría en diciembre de 2024, motivo por el cual los recursos se registraron en una partida asociada a dotación. Sin embargo, posteriormente se realizó la adjudicación del contrato de obra, pero no se incluyó la contratación de la interventoría, lo que generó la necesidad de realizar un ajuste en la asignación de recursos.

En consecuencia, se propuso realizar un traslado presupuestal por valor de 128 millones de pesos, pasando recursos desde la partida de dotación de inversión hacia la partida de infraestructura de inversión, con el fin de financiar la interventoría requerida para la ejecución del proyecto.

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego - Directora Financiera, aclaró que este ajuste corresponde únicamente a un traslado entre cuentas presupuestales, y que no implica un incremento en el valor total del proyecto, dado que los recursos ya se encuentran contemplados dentro del presupuesto de inversión. Una vez finalizada la exposición y resueltas las inquietudes, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, sometió a consideración de los miembros de la Junta la aprobación del traslado presupuestal presentado. Realizada la votación, la Junta Directiva aprobó por los siete (7) miembros Junta Directiva presentes en la sesión el traslado presupuestal propuesto.

6. ADICIÓN A CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 4 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

La Dra. Ana Tatiana Quintana Torres - Dirección de Contratación, manifestó que se traían a consideración de la Junta Directiva siete contratos de bienes y servicios, los cuales requerían aprobación por parte de la Junta Directiva conforme a los Estatutos vigentes.

Suministro de dispositivos médico quirúrgicos para la oportuna atención de los pacientes de las diferentes unidades asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
CS BYS -047-2025	POLIMEDIC S FARMACÉUTICA S.A.S	\$ 295.758.000	\$ 2.365.833.000	30/04/2026	Adición N°10 \$ 332.000.000
CS BYS -052-2025	MEDICOX LTDA	\$ 20.216.580	\$ 161.716.580	30/04/2026	Adición N°8 \$35.500.000
CS BYS -079-2025	JOHNSON & JOHNSON MEDTECH COLOMBIA S.A. S	\$ 121.657.726	\$ 973.157.726	30/04/2026	Adición N°8 \$500.000.000
CS BYS -092-2025	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD SAS - DISCOLMETS S.A.	\$ 88.263.946	\$ 705.957.946	30/04/2026	Adición N°7 \$ 212.250.000
CS BYS -102-2025	MEDICOX LTDA	\$ 80.475.168	\$ 643.775.168	30/04/2026	Adición N°8 \$ 50.000.000

SERVICIO INTEGRAL DE ASEO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA					
Prestar el servicio de aseo, limpieza y desinfección hospitalaria, cafetería, mantenimiento de césped y jardinería en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
CPS BYS 131-2025	SERVILIMPIEZA S.A.	\$1.076.463.172	\$6.627.705.376	15/04/2025	Adición N°8 1.341.878.553

SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE DIETAS HOSPITALARIAS					
Suministro y dispensación de dietas hospitalarias para las unidades de servicios de salud que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
BYS 123-2025	NUTRISER COLOMBIA SAS	\$ 1.265.151.137	\$10.120.851.137	20/04/2026	Adición N°8 \$1.044.811.135

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, sometió a consideración de la Junta Directiva los tres grupos de adiciones a contratos presentados y los cuales son necesarios para la atención de los pacientes en las diferentes unidades asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Solicitud que es aprobada por unanimidad por los siete (7) miembros Junta Directiva presentes en la sesión.

7. AGENDA ESTRATEGICA ASISTENCIAL – DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS

La Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, manifestó que el objetivo de la presentación era socializar los avances obtenidos en la implementación de Ruta Integral de Atención en Salud Cardio Cerebro Vascular y Metabólica, iniciativa que ya había sido presentada previamente ante la Junta, pero que en esta ocasión permitiría evidenciar los avances significativos logrados en su implementación.

Asimismo, presentó al equipo que lidera este proceso, entre quienes se encontraban la Jefe Catherine Artunduaga – Líder de Ruta CCVM y el Dr. Javier Andrés Menjura – Referente de Medicina y Medicina Familiar, quienes han venido trabajando de manera permanente en el desarrollo e implementación de este modelo de atención.

La Jefe Catherine Artunduaga – Líder RIA CCCM, inició la presentación técnica de los avances, señalando que la evaluación se realizaría desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, considerando aspectos como la identificación temprana del riesgo, el seguimiento clínico y los procesos de rehabilitación, todos ellos articulados con el análisis de los determinantes sociales en salud que influyen en la población atendida por la SISS Norte.

En este contexto, se destacó que las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial, siendo patologías de carácter progresivo que, en muchos casos,

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 5 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

se desarrollan de manera silenciosa. Esta situación plantea la necesidad de fortalecer los mecanismos de detección temprana del riesgo, con el fin de implementar acciones preventivas que permitan mitigar las complicaciones asociadas a estas enfermedades.

Con relación al comportamiento de la mortalidad institucional durante el año 2024, se indicó que las patologías cardiovasculares y metabólicas representan un porcentaje significativo dentro de las principales causas de muerte. En particular, se identificó que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II se encuentran entre los eventos con mayor incidencia, representando en conjunto aproximadamente el 22,8% de las causas analizadas, lo cual refuerza la importancia de fortalecer las estrategias de intervención en el marco de la ruta cerebrovascular y metabólica.

La Jefe Catherine Artunduaga – Líder RIA CCCM, retomó la explicación, señalando que el análisis realizado permite identificar una secuencia de progresión del riesgo, que inicia desde personas aparentemente sanas, pero con factores de riesgo asociados a estilos de vida no saludables, tales como dislipidemia, obesidad, alimentación inadecuada, sedentarismo y consumo de tabaco, entre otros. Se explicó que la identificación temprana de estos factores permite implementar estrategias preventivas y educativas, orientadas a disminuir la probabilidad de que estos pacientes desarrollen enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales pueden evolucionar hacia complicaciones microvasculares y macrovasculares, incluyendo eventos como infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares y otras patologías cardiovasculares, que incrementan la mortalidad y generan discapacidad en la población.

En este contexto, se indicó que el modelo propuesto contempla diversas acciones de identificación temprana del riesgo, desarrolladas tanto a nivel individual como colectivo, en las cuales participan los equipos de salud en el territorio, en articulación con el nuevo modelo de atención en salud.

La Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, señaló que, conforme a la estructura de la exposición, en la primera parte se presentan las fuentes a través de las cuales se realiza la captación permanente de usuarios y la identificación oportuna del riesgo. Indicó que el proceso inicia desde el componente colectivo, para posteriormente mostrar las diferentes fuentes de identificación del riesgo en los ámbitos intramural, extramural y a través de los sistemas de información institucionales. En este sentido, destacó que la SISS Norte ha sido reconocida por la Secretaría Distrital de Salud, dado que su historia clínica electrónica permite realizar identificación temprana de riesgos asociados a enfermedades cardiovasculares y metabólicas, lo cual constituye un avance importante en el fortalecimiento del modelo de atención.

Precisó que la historia clínica no constituye la única fuente de captación de usuarios, ya que el modelo integra múltiples mecanismos de identificación del riesgo. En ese marco, reiteró que al inicio de la presentación se evidencian todos los procesos de identificación provenientes de los distintos escenarios de atención, para posteriormente exponer los avances alcanzados en la implementación del programa institucional.

Asimismo, explicó que el componente colectivo contribuye de manera significativa a la identificación efectiva de usuarios en riesgo, permitiendo fortalecer su vinculación a las rutas de atención. En este proceso participan los equipos MAS Bienestar, quienes desarrollan intervenciones individuales y colectivas en territorio y, a partir de estas actividades, identifican usuarios que posteriormente son incorporados a los programas de seguimiento. Ahora bien, informa que, de acuerdo con la información presentada, a través de las herramientas de mensajería OMS y del sistema Finrix, se han identificado 8.110 usuarios, de los cuales 4.321 se encuentran asignados a la SISS Norte. Se aclaró que las actividades desarrolladas por los equipos MAS Bienestar abarcan a la población de las localidades intervenidas. En consecuencia, una vez realizada la identificación, se efectúa un proceso de verificación y cruce de información para determinar cuáles usuarios pertenecen efectivamente a la población adscrita a la Subred.

La Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, explicó que las diferentes fuentes de información recopiladas durante los procesos de caracterización, tamizaje y seguimiento alimentan la gestión

7

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 6 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

de la Ruta Integral de Atención en Salud para el riesgo cardiovascular, vascular y metabólico. Estos insumos permiten identificar a los usuarios que requieren seguimiento dentro de los diferentes cortes poblacionales, no solo a nivel individual sino también familiar, especialmente cuando se detectan factores de riesgo que pueden evolucionar hacia enfermedades crónicas.

Señalo, que existen espacios colectivos orientados a la identificación temprana de riesgos en salud, donde se generan alertas que permiten verificar la presencia de usuarios pertenecientes a la población objeto de atención. En este marco, se desarrollan procesos de canalización que abarcan diferentes entornos donde se encuentra la población, tales como instituciones educativas, viviendas y espacios comunitarios. A través de estos escenarios se aplican tamizajes que permiten identificar casos potenciales y realizar canalizaciones efectivas hacia las unidades de atención, garantizando el acceso oportuno a las intervenciones contempladas en las rutas de atención.

Como resultado de estas estrategias, entre enero y diciembre de 2025 se logró una captación efectiva del 92,24 % de usuarios que no se encontraban previamente adheridos a los procesos institucionales, quienes fueron incorporados a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Esta ruta constituye el eje central del modelo de atención, al estar dirigida a todas las poblaciones y momentos del curso de vida.

La Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, explico que, dentro de este proceso, se implementan tamizajes específicos según el momento del curso de vida, los cuales permiten identificar tempranamente el riesgo cardiovascular. Dichos tamizajes incluyen mediciones antropométricas como peso y talla, así como la aplicación de escalas de valoración clínica que orientan la solicitud de exámenes complementarios cuando es necesario. Posteriormente, se realiza una valoración integral que incluye examen físico, identificación del riesgo y formulación de un plan de manejo orientado a mitigar los factores identificados.

Se resaltó igualmente que la clasificación del riesgo se desarrolla dentro del marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento, la cual contempla seis momentos del curso de vida. En este punto se hizo énfasis en que, aunque tradicionalmente las enfermedades crónicas se han asociado con la población adulta mayor, los resultados del modelo han evidenciado la presencia de factores de riesgo cardiovascular y metabólico en población joven. Factores como hábitos de vida inadecuados, estrés y otros determinantes sociales han contribuido a la aparición temprana de estos riesgos.

En este sentido, se reportó que en el momento del curso de vida correspondiente a juventud se han identificado 42 pacientes con riesgo moderado y 35 pacientes con riesgo alto, quienes se encuentran incluidos en la ruta de atención en un 100%. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las intervenciones preventivas en este grupo poblacional.

De igual manera, en el momento del curso de vida de adultez se identificaron 491 pacientes con riesgo moderado y 569 con riesgo alto, quienes también fueron incorporados a la Ruta de Atención Cardiovascular. Se destacó que estos resultados fueron posibles gracias a la asistencia de los usuarios a las intervenciones de promoción y mantenimiento, lo que permitió su identificación de manera oportuna y efectiva.

En el caso del momento de curso de vida de vejez, se identificaron 1.668 usuarios con niveles de riesgo moderado y alto, quienes actualmente se encuentran incluidos dentro del proceso de atención y seguimiento institucional.

Frente a estas cifras, la Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, indicó que los datos presentados corresponden principalmente a los usuarios identificados dentro de la Ruta de Promoción y Mantenimiento a través de los tamizajes realizados, los cuales permiten clasificarlos de acuerdo con la prevalencia estimada para la Subred y vincularlos al seguimiento dentro de la ruta de atención.

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 7 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

El Dr. Javier Andrés Menjura - Referente de Medicina y Medicina Familiar, destacó que, desde la Ruta Integral de Atención, se han dispuesto diversos mecanismos que contribuyen a la captación oportuna de usuarios para su vinculación al programa Planificador de Corazón de la SISS Norte. Se indicó que, en etapas posteriores de la presentación, se expondría la manera en que la historia clínica se articula con los procesos de identificación de riesgos, permitiendo orientar las intervenciones de acuerdo con las necesidades específicas de cada usuario.

La Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, explicó que el programa Planificador de Corazón de la Subred SISS se encuentra estructurado a partir de los principios del modelo institucional MAS Bienestar, el cual se fundamenta en la detección temprana de riesgos, la reducción de la incidencia de enfermedades cardiovasculares, el control oportuno de las patologías crónicas y, especialmente, la disminución de complicaciones y secuelas asociadas a estas condiciones. En este marco, el programa busca fortalecer las acciones de prevención, seguimiento y control de las enfermedades cardiovasculares dentro de la población asignada.

La Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, informó que el programa está compuesto por tres componentes principales. El primero corresponde al componente clínico, que contempla la atención por parte de un equipo interdisciplinario conformado por medicina general, medicina especializada, nutrición, psicología y química farmacéutica. El segundo componente corresponde al componente educativo, que incluye procesos de educación individual, talleres grupales y actividades formativas dirigidas a fortalecer el autocuidado y la adopción de hábitos saludables. Finalmente, el programa cuenta con un componente complementario, que integra los servicios de laboratorio clínico y la provisión de medicamentos necesarios para el manejo de las patologías identificadas.

El componente clínico dispone de un equipo especializado destinado a la atención de pacientes con factores de riesgo identificados y con enfermedades crónicas ya diagnosticadas. En relación con la caracterización de la población atendida, se informó que la Subred cuenta actualmente con una cohorte de seguimiento conformada por 36.625 usuarios. De este total, 24.764 usuarios presentan patologías cardiovasculares o hipertensión arterial, 2.182 usuarios tienen diagnóstico de diabetes mellitus, y 9.529 usuarios presentan diagnóstico simultáneo de hipertensión y diabetes. Esta caracterización ha permitido establecer una clasificación del riesgo en salud, con el fin de orientar las intervenciones de acuerdo con las necesidades específicas de los usuarios. En este sentido, se reportó que 9.344 usuarios se encuentran clasificados en riesgo bajo, grupo con el cual se desarrollan intervenciones centradas en la educación en salud, el fortalecimiento de hábitos de vida saludables y el trabajo con el entorno familiar. Asimismo, 17.566 usuarios se encuentran clasificados en riesgo moderado, 6.775 en riesgo alto y 2.557 en riesgo muy alto, lo cual orienta la intensidad de las intervenciones clínicas y de seguimiento.

Adicionalmente, informó que dentro de la población caracterizada se han identificado 1.310 usuarios menores de 60 años con enfermedad renal crónica y 7.133 usuarios mayores de 60 años con la misma condición, quienes se encuentran bajo procesos de vigilancia y seguimiento permanente. Se resaltó que estas patologías renales se encuentran estrechamente relacionadas con enfermedades cardiovasculares y metabólicas, motivo por el cual se ha fortalecido el acompañamiento clínico y educativo a estos pacientes, con el propósito de promover la adherencia a los programas de manejo y control.

Continuando con la presentación la Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, indica que la caracterización de los 36.625 usuarios también ha sido organizada mediante un proceso de georreferenciación en las diferentes unidades de atención de la SISS Norte, lo cual permite que los pacientes y sus núcleos familiares identifiquen claramente su unidad de atención, el equipo de salud responsable de su seguimiento incluyendo médico tratante, personal de enfermería y especialistas y el lugar donde deben continuar su proceso de atención y control. Esta estrategia busca garantizar continuidad en la atención y fortalecer el vínculo entre los usuarios y los equipos de salud. Dentro de estas unidades de atención, los usuarios participan en talleres educativos donde se realizan actividades de promoción del autocuidado, así

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 8 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

como seguimiento clínico mediante la toma de presión arterial, controles de glucometría, mediciones antropométricas como peso y talla, y otros procesos de control clínico. Asimismo, reciben acompañamiento por parte del profesional químico farmacéutico, especialmente en aquellos casos en los que los pacientes presentan polifarmacia, es decir, cuando requieren el uso de múltiples medicamentos.

Posteriormente, el Dr. Javier Andrés Menjura - Referente de Medicina y Medicina Familiar, procedió a presentar con mayor detalle las estrategias implementadas en cada uno de los componentes del Programa Crónico del Corazón de la SISS Norte, previamente descrito en términos generales y orientado principalmente a la detección temprana de factores de riesgo cardiovascular.

En primer lugar, expuso la estrategia correspondiente al componente clínico, destacando la implementación de un formato de historia clínica especializado para pacientes crónicos. Este instrumento se encuentra alineado con la normatividad vigente y con las recomendaciones de las guías de práctica clínica, incorporando una serie de ítems orientados a la identificación temprana de factores de riesgo.

El Dr. Javier Andrés Menjura - Referente de Medicina y Medicina Familiar, informa que, asimismo, el formato permite identificar factores de riesgo asociados a estilos de vida, tales como hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo y tabaquismo, generando alertas que facilitan la intervención oportuna por parte del equipo de salud. De igual manera, el sistema calcula automáticamente el riesgo cardiovascular del paciente, realizando la clasificación correspondiente, lo cual constituye un elemento fundamental dentro de la ruta de atención, ya que esta clasificación determina el perfil profesional responsable de la valoración, la frecuencia de los controles y los exámenes complementarios requeridos.

El sistema también incorpora herramientas automatizadas para el cálculo de la tasa de filtración glomerular y la relación albúmina-creatinina, indicadores necesarios para evaluar la función renal y establecer la clasificación del estado renal del usuario, permitiendo identificar de forma temprana la progresión hacia enfermedad renal crónica. En este sentido, informó que se realizó una articulación con el laboratorio clínico, con el propósito de que estos cálculos sean generados directamente por el sistema de laboratorio, lo cual reduce la carga operativa del profesional médico y le permite dedicar mayor tiempo a la atención directa del paciente.

Adicionalmente, el sistema de historia clínica incluye mensajes y recordatorios orientados a promover la atención interdisciplinaria, enfatizando la importancia de que el paciente sea valorado no solo por medicina general o medicina especializada, sino también por otros profesionales como nutrición, psicología, enfermería y otros perfiles que hacen parte del equipo integral de atención.

La Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, señaló que la SISS Norte es actualmente la única Subred que cuenta con una historia clínica ajustada y parametrizada para la identificación de procesos asociados al riesgo cardiovascular, lo cual fortalece la capacidad institucional para gestionar el riesgo de manera sistemática.

Dentro de las estrategias clínicas el Dr. Javier Andrés Menjura - Referente de Medicina y Medicina Familiar, también mencionó la articulación con los servicios de urgencias y hospitalización, mediante la coordinación entre los referentes de estos servicios y el equipo de medicina interna. Esta articulación permite revisar los censos hospitalarios y de urgencias con el fin de identificar pacientes con diagnósticos relacionados con enfermedades cardiovasculares o metabólicas que aún no se encuentren vinculados a la ruta de atención, permitiendo su inclusión oportuna

El Dr. Javier Andrés Menjura - Referente de Medicina y Medicina Familiar, informa que, para el cierre del año 2025, el programa reportó una participación total de 1.256 usuarios en los talleres educativos. Como

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 9 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

reconocimiento al compromiso de los participantes, se realizó una actividad de cierre en la cual se entregaron diplomas de participación a los usuarios que asistieron a estos encuentros formativos.

Adicionalmente, el Dr. Javier Andrés Menjura - Referente de Medicina y Medicina Familiar, informa que se desarrollan procesos de auditoría clínica liderados por la oficina de calidad, orientados a evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica. En el caso de la guía de práctica clínica para diabetes, se reportó una adherencia satisfactoria, mientras que en la guía de hipertensión arterial se evidenció una mejora significativa, pasando de un cumplimiento del 63 % al 84 %, ubicándose actualmente en un nivel considerado satisfactorio

8. AGENDA ESTRATÉGICA FINANCIERA DICIEMBRE DE 2025

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego - Directora Financiera, realizó la presentación correspondiente al informe de ejecución presupuestal de ingresos y gastos con corte al 31 de diciembre de 2025, en el marco de la agenda estratégica financiera de la Subred. En su intervención señaló que, para la vigencia 2025, la entidad contó con un presupuesto definitivo de \$752.125 millones, de los cuales se comprometieron \$720.378 millones, se recaudaron \$616.508 millones y se realizaron giros por \$565.499 millones.

En el ejercicio comparativo entre las vigencias 2023, 2024 y 2025, se evidenció que el presupuesto vigente presentó un incremento del 3% en 2025 respecto a 2024, y un incremento del 7% frente a la vigencia 2023. En cuanto a los compromisos presupuestales, se observó un incremento de aproximadamente cinco puntos porcentuales respecto a 2024 y de ocho puntos frente a 2023.

En relación con el recaudo, la Dra. Erika Paola Rojas Urrego - Directora Financiera, destacó que durante la vigencia 2025 se recaudó un 7 % más que en 2024 y un 12 % más que en 2023. Asimismo, los giros realizados superaron en 6 % los efectuados en 2024 y en 13 % los correspondientes a 2023.

Desde la perspectiva de ejecución presupuestal, se informó que durante la vigencia 2025 se comprometió el 96 % del presupuesto, se recaudó el 82 % y el nivel de ejecución presupuestal, medido a través de la relación entre ingresos y gastos, alcanzó el 86 %. De igual forma, se indicó que se giró el 92 % del valor recaudado y el 79 % del valor comprometido, lo que implica que el 21 % restante corresponde a cuentas por pagar que se trasladan a la vigencia 2026. Se precisó además que el 75 % de los giros realizados corresponden al presupuesto vigente.

En relación con el presupuesto de ingresos, explicó que el recaudo efectivo alcanzó \$616.508 millones. Dentro de este total, se identificó una disponibilidad inicial de \$24.680 millones, correspondiente al saldo existente en las cuentas bancarias al cierre de la vigencia anterior.

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego - Directora Financiera, destacó que, en comparación con la vigencia 2023, cuando las transferencias alcanzaron únicamente \$750 millones, en los años posteriores se presentó un aumento significativo debido a cambios en los mecanismos de asignación de recursos de fortalecimiento.

Posteriormente, presentó el análisis del presupuesto de gastos, comparando las vigencias 2023, 2024 y 2025. En este análisis se clasificaron los gastos en diferentes categorías: gastos de personal, gastos generales, sentencias judiciales, gastos de operación, inversión y cuentas por pagar de vigencias anteriores. Los gastos de personal incluyen los recursos destinados al pago de nómina, seguridad social y contratación de personal mediante órdenes de prestación de servicios (OPS).

Respecto a los gastos generales, informó que estos pasaron de \$48.170 millones en 2024 a \$49.150 millones en 2025, lo que representa una variación aproximada del 2%. Estas variaciones se encuentran asociadas principalmente a la actualización de contratos vinculados a servicios como aseo y vigilancia, cuyos incrementos

7

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 10 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

están relacionados con el salario mínimo, así como a otros contratos ajustados de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

En cuanto a los gastos de operación, informo que se evidenció un incremento significativo, pasando de \$104.000 millones en 2024 a \$122.156 millones en 2025, lo que representa una variación aproximada del 17 %. Este rubro incluye los recursos destinados a insumos hospitalarios, medicamentos, adquisición de servicios de salud, lavandería, alimentación y demás servicios necesarios para la operación asistencial.

Continuando con la presentación, se refirió a los programas de inversión, señalando que en 2024 se registraron compromisos por \$1.525 millones, mientras que en 2025 estos ascendieron a \$2.346 millones, incremento asociado principalmente a la ejecución de contratos de obra y a procesos relacionados con la adquisición de predios e infraestructura institucional.

Continuó con la presentación del análisis financiero, detallando el comportamiento del recaudo discriminado por régimen de aseguramiento. Asimismo, se indicó que durante la vigencia 2025 se aplicó la cláusula de reserva de glosa, mediante la cual se retiene el 5 % del valor del contrato, situación que no se presentaba en la vigencia 2024, cuando se giraba el 100 % del valor contratado. Este cambio contractual ha tenido impacto en la dinámica de recaudo.

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego -Directora Financiera, presentó el comparativo del saldo de cartera con corte al 31 de diciembre de 2023, 2024 y 2025.

En relación con la cartera asociada a entidades intervenidas, la Dra. Erika Paola Rojas Urrego -Directora Financiera, informo que se evidenció un aumento significativo. Mientras que en 2024 estas entidades adeudaban aproximadamente \$80.500 millones, para 2025 el valor ascendió a \$123.597 millones, lo que representa un incremento de \$43.860 millones. Dentro de este grupo, la Nueva EPS representa el mayor impacto, con un incremento cercano a \$20.709 millones, prácticamente duplicando el valor de la cartera entre ambas vigencias.

Al analizar la cartera por edades, se informó que del total de \$474.404 millones, aproximadamente \$215.024 millones se encuentran en estado pendiente de pago dentro de los tiempos normales de gestión. Adicionalmente, cerca de \$154.266 millones corresponden a entidades que se encuentran en proceso de liquidación o ya liquidadas, lo que limita las posibilidades de recuperación de dichos recursos.

En cuanto a las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios, se informó que al 31 de diciembre de 2025 el saldo ascendía a \$94.673 millones, valor que incluye obligaciones relacionadas con proveedores, contratos de prestación de servicios y otros compromisos contractuales. Se destacó que, a diferencia de otros meses, durante diciembre no se registraron saldos pendientes significativos con contratistas, dado que los pagos correspondientes a noviembre y diciembre fueron realizados dentro del mismo período.

Posteriormente se presentó la situación financiera consolidada al 31 de diciembre de 2025, indicando que la entidad registró activos por \$784.384 millones, pasivos por \$237.649 millones y un patrimonio de \$546.325 millones.

En cuanto a los resultados del ejercicio, se recordó que los resultados acumulados de vigencias anteriores registraban un saldo cercano a \$32.184 millones negativos, mientras que el resultado del ejercicio correspondiente a 2025 arrojó una utilidad de \$60.787 millones, cifra que fue previamente revisada y ajustada respecto a versiones preliminares presentadas con anterioridad.

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 11 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

En relación con el estado de resultados, se informó que los ingresos operacionales alcanzaron \$614.630 millones, a los cuales se suman \$15.901 millones en subvenciones, para un total de \$634.532 millones, lo que representa un incremento del 12 % respecto a la vigencia 2024.

Como resultado de esta relación entre ingresos, costos y gastos, se generó una pérdida operacional de \$1.183 millones, equivalente aproximadamente al 0,19 % de los ingresos, lo que indica que el resultado operativo se mantuvo prácticamente en punto de equilibrio.

Por otra parte, los otros gastos ascendieron a \$16.278 millones, dentro de los cuales se destacan \$372 millones correspondientes a pérdidas por baja en cuentas de activos financieros y aproximadamente \$15.840 millones clasificados como otros gastos diversos.

Dentro de estos últimos, la partida más significativa corresponde a glosas definitivas por \$8.283 millones, asociadas principalmente a ajustes realizados por parte de las EPS, así como \$6.169 millones derivados de ajustes relacionados con la ejecución del contrato PGP.

Adicionalmente, la Dra. Adriana Marcela Vizcaino Bejarano - Líder Cartera, señaló que, conforme a lo indicado por la Dra. Erika Paola Rojas Urrego -Directora Financiera, se implementó un ajuste en el procedimiento de radicación, mediante el cual se estableció una revisión previa por parte del área de cartera antes de efectuar la radicación ante las aseguradoras. Este cambio permitió garantizar una mayor efectividad en los procesos de facturación y recaudo, lo que se reflejó en un incremento en el recaudo correspondiente a la vigencia, especialmente durante el segundo semestre del año anterior.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, manifestó que, antes de proceder con la aprobación de los estados financieros, considera pertinente conocer el concepto de la Revisoría Fiscal, dado que este constituye un insumo fundamental previo al proceso de análisis y aprobación.

9. INFORME REVISORIA FISCAL- PRESENTACIÓN DE DICTAMEN

La Dra. Yadira Castro - Gerente Regional de Auditoría Kreston, inició la presentación de los resultados de las auditorías transversales realizadas durante el mes de febrero, así como el dictamen del Revisor Fiscal sobre los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2025.

Indicó que, en la auditoría legal, se identificaron cuatro observaciones en total, correspondientes a dos evaluaciones del proceso jurídico, todas calificadas con impacto bajo. En las auditorías de seguridad de la información se generaron dos observaciones, igualmente clasificadas con impacto bajo, relacionadas con las sedes visitadas

En cuanto a los procesos jurídicos, se verificó que los expedientes estuvieran actualizados conforme a las actuaciones registradas en la Rama Judicial y en el sistema de información institucional. También se hizo seguimiento al plan de mejora implementado por la entidad, particularmente al inventario de procesos jurídicos que busca solicitar a los despachos judiciales las actuaciones que eventualmente no reposen en los expedientes internos.

En el área de talento humano la Revisoría informa que se verificó la liquidación de las prestaciones sociales, específicamente la prima de Navidad y la dotación. En relación con la prima de Navidad se revisaron 1.057 registros, evidenciándose que la liquidación se realizó conforme a lo establecido en el Decreto 1045 de 1978 y el Decreto 1498 de 2022.

La Revisoría Fiscal informa que durante el mes se realizaron visitas a las Unidades de Servicios de Salud de Álamos, Bellavista y Española. Como resultado de estas visitas se identificaron dos observaciones principales.

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 12 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

La primera está relacionada con el uso del sistema operativo Windows 10 en varios equipos institucionales. La segunda observación corresponde a condiciones de seguridad física en la sede de Bellavista.

La Revisoría Fiscal procedió a presentar los resultados de la auditoría administrativa y de gestión de indicadores correspondiente al mes de febrero. Informó que se generó una observación relacionada con la auditoría realizada al área administrativa, específicamente en lo concerniente al Plan de Gestión de la Información, identificado con el código APGIPL08 versión 5 del 31 de enero de 2024. De acuerdo con el procedimiento establecido, el seguimiento a dicho plan debe realizarse a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

En cuanto a la auditoría de gestión de indicadores, informó que no se generaron observaciones, dado que se verificó el cumplimiento de los indicadores establecidos para la vigencia 2025. Asimismo, se constató que los soportes y análisis correspondientes se encuentran cargados periódicamente en el Sistema de Gestión Integral Almera.

Entre los indicadores evaluados se destacan el porcentaje de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, el porcentaje de cumplimiento de los planes de trabajo, el cumplimiento del plan de acción para la implementación del sistema de gestión de riesgos, la difusión del direccionamiento estratégico, el reporte de informes a antes de control, la actualización de políticas institucionales y el incremento en la calificación del Índice de Desempeño Institucional correspondiente a la vigencia 2024.

Auditoría relacionada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG): En relación con la auditoría asociada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la Revisoría informó que esta estuvo orientada a evaluar la dimensión de direccionamiento estratégico.

En cuanto a la auditoría del proceso de atención al usuario, durante el mes de enero se registró un total de 1.158 requerimientos ciudadanos. En comparación con el mes inmediatamente anterior se evidenció un incremento significativo en dos tipologías de requerimientos: los reclamos, con un aumento del 17,3 %, y los derechos de petición de interés particular, con un incremento del 63,9 %. La Revisoría Fiscal aclaró que estos requerimientos corresponden exclusivamente a aquellos radicados por la ciudadanía a través de la plataforma Bogotá Te Escucha y dirigidos directamente a la Subred.

La Revisoría Fiscal señaló que podría evaluarse la posibilidad de revisar la configuración de la plataforma Bogotá Te Escucha para clarificar las tipologías de requerimientos que el usuario puede seleccionar. Esto permitiría mejorar la clasificación inicial de las solicitudes y facilitar la gestión institucional de las mismas.

Auditoría Ambiental: Durante la visita se evidenció el cumplimiento general de la normativa relacionada con el nuevo código de colores para la clasificación de residuos, conforme a lo establecido en la Resolución 2184 de 2019.

La administración presentó un resumen ejecutivo del proceso de dotación.

Posteriormente, la Revisoría Fiscal presentó el consolidado de observaciones correspondientes a la vigencia 2024, indicando que quedaron pendientes de subsanar 17 hallazgos, todos con planes de acción formulados por la entidad. No obstante, en el seguimiento realizado se evidenció que nueve (9) de estos planes se encuentran vencidos, siete (7) fueron calificados como no efectivos y uno (1) permanece dentro del plazo establecido.

En relación con la vigencia 2025, la revisoría fiscal informó que existen 115 observaciones pendientes de subsanar, de las cuales 38 cuentan con planes de acción y 77 aún no han sido objeto de formulación de estrategias de mejora. De las 38 observaciones con plan de acción, se identificó que 34 se encuentran

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 13 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

vencidas, una (1) fue calificada como no efectiva y tres (3) permanecen vigentes dentro de los plazos establecidos.

La Junta Directiva, solicitó que en la siguiente sesión de la Junta Directiva la administración informe los avances alcanzados en la conciliación de la información y, en caso de requerirse, exponga las solicitudes de ampliación de plazo o ajustes a los planes de acción.

Posteriormente, la Dra. Yadira Castro – Gerente Regional Kreston, expuso el contenido del dictamen sobre los estados financieros con corte a diciembre de la vigencia 2025, dirigido a la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de SISS Norte.

Finalmente, la Dra. Yadira Castro – Gerente Regional Kreston concluyó que, con base en las pruebas realizadas sobre el cumplimiento legal y normativo incluyendo lo dispuesto en el artículo 209 del Código de Comercio, la entidad ha dado cumplimiento, en todos los aspectos materiales, a las leyes, regulaciones aplicables y disposiciones estatutarias. Asimismo, señaló que el sistema de Control Interno es adecuado, aunque continuará fortaleciéndose mediante las recomendaciones consignadas en los memorandos y en las mesas de trabajo adelantadas con la administración.

En desarrollo del análisis del dictamen, la Dra. Yadira Castro – Gerente Regional Kreston, señaló que, en el marco de la revisión de los estados financieros y del proceso propio de auditoría, se evidenció un cambio positivo en aspectos relacionados con el suministro, la calidad y la revelación de la información financiera. Recordó que en dictámenes intermedios presentados en los cortes de junio y septiembre se había dejado constancia de observaciones sobre el incumplimiento de los lineamientos establecidos para la elaboración de las notas a los estados financieros. Indicó que, como resultado de los ajustes realizados por la administración, se observó un fortalecimiento en este proceso, particularmente en el cumplimiento de la normativa aplicable y en la claridad y coherencia de la información revelada.

Siendo las 07:00 p.m., se acordó continuar el análisis de los puntos pendientes en sesión virtual programada para el día siguiente miércoles 25 de febrero a las 4:30 p.

CONTINUACIÓN SESIÓN ORDINARIA - 25 DE FEBRERO DE 2026: Siendo las 02:20 pm se realiza llamado a lista para verificar quorum, constatando que se encuentran presente siete (7) miembros de la Junta Directiva, existiendo quórum deliberatorio y decisorio, razón por la cual se da inicio a la continuidad de la sesión ordinaria del mes de febrero de 2026.

APROBACION ESTADOS FINANCIEROS

La Dra. Yadira Castro – Gerente Regional Kreston R.M., manifestó que, no se identifican incertidumbres relevantes que afecten la razonabilidad de los estados financieros.

Posteriormente, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, indicó que, para proceder con la aprobación de los estados financieros, es necesario dar cumplimiento al cuestionario establecido en la Circular 032, el cual contempla una lista de verificación que debe ser presentada ante la Junta Directiva.

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego - Directora Financiera, saludó a los asistentes e indicó que, en el marco de lo dispuesto por la Circular 032 de 2013, expedida por la Cámara de Comercio, se procedería a exponer el cuestionario correspondiente, el cual ya había sido remitido previamente junto con la documentación relacionada con el informe de Revisoría Fiscal.

7

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 14 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

Seguidamente, presentó el informe relacionado con los aspectos evaluados en materia de sostenibilidad contable, control financiero y cumplimiento normativo, en el marco del seguimiento a los estados financieros y al dictamen emitido por los organismos de control.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, recordó que la aprobación de los estados financieros debía efectuarse antes del 28 de febrero, fecha límite establecida para su firma, publicación y reporte oficial. Asimismo, indicó que el cuestionario se encontraba disponible en la carpeta virtual de la Junta Directiva, solicitando a los miembros precisar cuáles puntos requerían ampliación o mayor detalle, considerando que varios de ellos corresponden a la verificación de cumplimiento de resoluciones y procedimientos institucionales.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, propuso entonces que se presentaran los informes de la Contraloría de Bogotá y de Control Interno y que, adicionalmente, la Revisoría Fiscal realizara un análisis específico de los puntos contenidos en el cuestionario, identificando aquellos que ya hubieran sido objeto de observaciones o recomendaciones. Con base en dicha información, la Junta podría emitir un concepto informado respecto de la aprobación. Se solicita aclarar si la fecha de presentación debe ser antes del 28, teniendo en cuenta que en las otras juntas no se ha presentado para aprobación

La Dra. Yadira Castro - Gerente Regional de Auditoría Kreston, confirmó que, conforme a los lineamientos normativos aplicables, la SISS Norte dispone hasta el 28 de febrero para publicar los estados financieros debidamente aprobados.

10. SEGUIMIENTO PLAN ESTRATEGICO

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego - Directora Financiera, presentó los resultados consolidados con información financiera definitiva, señalando que previamente se había realizado una revisión preliminar. En relación con la meta de incrementar en un 12 % la venta de servicios, indicó que la línea base establecida correspondía a \$44.839 millones para el periodo enero-septiembre de 2024, con una proyección de \$50.220 millones a diciembre de 2025. No obstante, la ejecución alcanzó los \$54.765 millones, lo que representó un incremento del 22,1%, superando la meta establecida y evidenciando cumplimiento del indicador.

Respecto a la optimización de los costos de venta, cuya meta consistía en reducirlos al 83% del total de ingresos, se informó que la línea base era del 86,7% y que el resultado obtenido fue del 82%, equivalente a \$46.052 millones. Aunque el valor absoluto superó la proyección inicial, el cumplimiento del indicador se explicó por el mayor crecimiento en la venta de servicios, lo que incidió favorablemente en el resultado porcentual.

En cuanto a la contención del gasto operacional, se recordó que la meta consistía en alcanzar un nivel del 15% del total de ingresos, partiendo de una línea base del 17,8%. La ejecución final fue de \$7.289 millones, correspondiente al 17%, razón por la cual no se logró el cumplimiento del indicador.

En materia de recaudo, la meta establecida era incrementar en un 12% los ingresos por este concepto, tomando como línea base \$38.067 millones. La ejecución alcanzó los \$61.334 millones, superando ampliamente la proyección de \$42.635 millones, lo que permitió evidenciar cumplimiento del indicador.

Finalmente, respecto a la meta de reducción de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQRs) en salud, indicó que la línea base correspondía a 597 casos, con una meta de reducción del 20%, lo que implicaba alcanzar un máximo de 478 casos. El resultado final fue de 486 casos, por lo cual el indicador no se cumplió.

11. INFORME RESULTADOS AUDITORIA DE REGULARIDAD DE CONTRALORÍA DE BOGOTÁ

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 15 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, explicó que la auditoría identificada con código 100-143, correspondiente a la vigencia 2025, inició el 11 de junio y finalizó el 4 de diciembre de 2025. Señaló que, como resultado del proceso auditor, la entidad formuló un plan de mejoramiento compuesto por cuarenta y una acciones, orientadas al cierre y mitigación de los hallazgos definitivos.

Durante su intervención, la Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, indicó que el formato dispuesto por la Contraloría de Bogotá exige la repetición de los hallazgos en función de las acciones de mejora asociadas.

Se concluye la exposición de los hallazgos derivados de la Auditoría de Regularidad practicada por la Contraloría de Bogotá. La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, confirma que el periodo evaluado en esta presentación fue de la vigencia 2024, resaltando que esta administración llegó a finales del mes de mayo de 2024 y se han venido reformulando algunas de las acciones que ya venían de tiempo atrás.

12. INFORME CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

La Dra. Denis Parra Suárez, Jefe Oficina Control Interno, explicó que el seguimiento al plan de mejoramiento por parte de los organismos de control se orienta a verificar la efectividad de las acciones implementadas, particularmente frente a aquellos temas que han generado observaciones reiteradas. Indicó que, en caso de persistir las situaciones identificadas, los entes de control podrían concluir que las acciones formuladas no fueron suficientes o pertinentes, razón por la cual es fundamental estructurar medidas que realmente contribuyan a la eliminación de las causas que originan los hallazgos.

Acto seguido, presentó un resumen del Plan Anual de Auditorías correspondiente a la vigencia 2025, señalando que durante dicho periodo se evaluaron todos los procesos institucionales, generándose 33 informes de ley, 20 auditorías internas y 37 seguimientos, para un total de 90 actuaciones de control.

Entre las auditorías realizadas se incluyeron evaluaciones a procesos asistenciales y administrativos tales como medicina general y especializada, seguridad del paciente, contratación, convenio de atención prehospitalaria, equipos biomédicos, propiedad, planta y equipo, legalización de predios, programación y pago de compensatorios, proyectos de infraestructura, gestión de la información, tesorería, costos, cartera, atención domiciliaria, gobierno clínico, seguimiento a sentencias judiciales, gestión gerencial y asignación de citas, entre otros. Se precisó que estas auditorías fueron adicionales a los informes obligatorios establecidos por la normativa vigente y respondieron, en varios casos, a solicitudes de la alta dirección en función de los riesgos identificados.

Asimismo, explicó que la Oficina de Control Interno realiza evaluaciones permanentes al Sistema de Control Interno, incluyendo el seguimiento al programa de transparencia y ética empresarial, la gestión del riesgo institucional, el cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo y del Plan Operativo Anual, la evaluación del Control Interno contable, seguimiento SARLAFT, informe de PQRS, seguimiento estrategia rendición de cuentas, informes de austeridad del gasto, arqueo de caja, verificación de licenciamiento de software y derechos de autor, así como reportes relacionados con la prevención de la corrupción y el fortalecimiento de la cultura organizacional.

A continuación, la Dra. Yadira Castro, Gerente Regional de Auditoría Kreston, presentó la revisión realizada por la Revisoría Fiscal frente a los 20 puntos incluidos en el cuestionario. Indicó que los puntos 2, 3 y 4 no se encontraban dentro del alcance de la Revisoría Fiscal, por lo que su análisis correspondería a la Oficina de Control Interno. En relación con los demás puntos del 1 al 20, con excepción de los anteriormente mencionados

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 16 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

informó que sí fueron objeto de revisión, identificándose observaciones específicas en los puntos 9, 11, 13 y del 15 al 20.

Siendo las 6:55 p.m., se suspende la sesión, la cual se retomará el día viernes 27 de febrero en la tarde de manera virtual.

CONTINUACIÓN SESIÓN 27 DE FEBRERO DE 2026: Siendo las 2:20 p.m., se realiza verificación de quorum constatando que se cuenta con la asistencia de seis (6) miembros de la Junta Directiva, por lo que se da continuidad a la sesión.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, recordó que la Junta había solicitado a la Revisoría Fiscal realizar la evaluación integral de los puntos contenidos en el cuestionario de aprobación de los estados financieros, y consultó si ya se contaba con el informe respectivo.

La Dra. Yadira Castro, Gerente Regional de Auditoría Kreston, indicó que durante la vigencia 2025 la Revisoría Fiscal emitió cuatro conclusiones con salvedades, debidamente presentadas ante la Junta Directiva. Señaló igualmente que los aspectos relacionados con las auditorías de la Contraloría de Bogotá, los planes de mejoramiento derivados de estas y los informes emitidos por dicho ente de control no hacen parte del alcance directo de la Revisoría Fiscal, siendo responsabilidad de la Oficina de Control Interno y de las áreas correspondientes.

En ese contexto, el Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, planteó que la aprobación de los estados financieros podría efectuarse teniendo en cuenta las salvedades emitidas por la Revisoría Fiscal, así como el compromiso de la administración de presentar, en un plazo aproximado de dos semanas, un plan de mejora orientado a subsanar los hallazgos y observaciones formulados. Asimismo, indicó que la Junta Directiva debía mantenerse atenta a los avances en la respuesta institucional frente a los hallazgos de la Contraloría de Bogotá y a los conceptos adicionales que pudiera emitir la Oficina de Control Interno.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, manifestó que, bajo dichas condiciones, consideraba viable proceder con la aprobación de los estados financieros, pero solicitó conocer previamente la posición de la Oficina de Control Interno frente a esta propuesta.

Al no presentarse nuevas observaciones frente a la propuesta, el Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, solicitó a la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, proceder con la votación para la aprobación de los estados financieros. Adicionalmente, sugirió que la Revisoría Fiscal sostuviera un espacio posterior con el Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates - Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud, quien no había podido conectarse oportunamente a la sesión, con el fin de ampliar la información técnica y garantizar su plena comprensión de los soportes y análisis presentados por la administración. En ese momento, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, informó que el Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates - Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud, ya se encontraba conectado a la sesión.

Agotada la deliberación, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, procedió a realizar la votación en la cual es aprobado por siete (6) miembros de la Junta Directiva.

13. MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y SISTEMA DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SARLAFT – SIPOF)

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, saludó a los asistentes e indicó que la actualización presentada corresponde a la versión cuatro del documento institucional, actualmente publicada

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 17 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

en la plataforma interna. Recordó que el documento completo había sido remitido previamente a los miembros de la Junta Directiva para su revisión, junto con la documentación de la sesión ordinaria del mes de enero.

Explicó que las modificaciones obedecen principalmente a recomendaciones formuladas por la Revisoría Fiscal, en cumplimiento de lo dispuesto por la Circular Externa 005 de la Superintendencia Nacional de Salud, así como a ajustes organizacionales internos, entre ellos la eliminación de la mesa técnica de riesgos, cuyas funciones fueron integradas al Comité de Riesgos existente.

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, señaló que la actualización incluye la incorporación de la política antisoborno y de los mecanismos de denuncia, la definición explícita de las funciones de la Junta Directiva para garantizar la independencia del oficial de cumplimiento, el fortalecimiento de las responsabilidades del representante legal frente a la gestión del riesgo y la inclusión detallada de las funciones del oficial de cumplimiento, conforme a lo establecido en la normativa vigente.

Asimismo, presentó los principales procedimientos contenidos en el manual, tales como el conocimiento de clientes, contratistas y proveedores; la verificación periódica de funcionarios y miembros de la Junta Directiva; la revisión de personas públicamente expuestas; la actualización de bases de datos institucionales y el proceso de identificación y análisis de operaciones inusuales o señales de alerta, las cuales deben ser reportadas oportunamente a las autoridades competentes.

Al no presentarse comentarios adicionales, se procedió a la votación, registrándose aprobación unánime de la actualización del manual por parte de los siete (7) miembros de la Junta Directiva. En consecuencia.

14. CIERRE PLAN OPERATIVO ANUAL 2025

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, continuó con el siguiente punto del orden del día, correspondiente a la presentación del cierre de los planes operativos por proceso de la vigencia 2025. Para tal efecto, expuso una tabla consolidada con los resultados del cuarto trimestre y el acumulado total del año.

Recordó a los miembros de la Junta Directiva que durante la vigencia se había realizado seguimiento trimestral a los avances de cada proceso, cuyos resultados fueron presentados oportunamente en sesiones anteriores. Aclaró que la plataforma institucional Almera únicamente permite visualizar los resultados por corte trimestral, razón por la cual el consolidado anual presentado en la columna final no se evidencia directamente en el sistema, sino que corresponde a la sumatoria y ponderación de los resultados de los cuatro periodos.

En relación con el desempeño general de los planes operativos, precisó que la Junta Directiva aprobó un total de 64 metas mediante el Acuerdo 01 de la vigencia 2025. Señaló que, dentro de los resultados obtenidos, llamó la atención el comportamiento del proceso de participación comunitaria y servicio al cliente, cuyo resultado global se vio afectado principalmente por el indicador relacionado con las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), el cual debía presentar una tendencia decreciente; sin embargo, en algunos periodos registró incrementos que impactaron el promedio ponderado del proceso. Indicó que, aunque cinco de las seis metas definidas alcanzaron un cumplimiento del 100%, el comportamiento de dicho indicador redujo el resultado consolidado.

Posteriormente, la Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, presentó el cumplimiento de los seis objetivos estratégicos institucionales, destacando los siguientes resultados de cierre de vigencia: Consolidación del modelo de gestión: 92 % de cumplimiento, Sostenibilidad y calidad financiera: 97 %, Fortalecimiento de la participación social: 100 %, Consolidación del sistema integrado de gestión de calidad: 98,5 %, Transformación cultural: 100 % y Fortalecimiento de la gestión del conocimiento: 100 %.

En el análisis por procesos, destacó el cumplimiento total de metas en áreas como direccionamiento estratégico, comunicación organizacional, gestión de la calidad, servicios ambulatorios, servicios

7

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 18 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

complementarios y atención en urgencias, donde los indicadores de oportunidad y cobertura alcanzaron niveles satisfactorios.

Finalmente, la Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, precisó que el informe presentado correspondía al reporte final de avance y cumplimiento del Plan Operativo Anual, el cual no requería votación ni aprobación formal por parte de la Junta Directiva.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, reconoció los avances alcanzados durante la vigencia, señalando la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias orientadas a la recuperación efectiva de cartera, la gestión de quejas y la mejora en los niveles de productividad institucional, con el fin de mitigar contingencias financieras y consolidar la sostenibilidad del servicio.

15. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024–2028

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, indicó que, para el análisis del presente punto, se realizaría una revisión específica de las metas que hacen parte del Plan de Desarrollo Institucional, el cual también fue aprobado durante la sesión. Recordó que previamente se había efectuado un análisis integral de las 64 metas correspondientes al Plan Operativo Anual, mientras que en esta etapa se concentrarían únicamente en las 28 metas estratégicas que contribuyen directamente al cumplimiento del plan de desarrollo del cuatrienio y que se encuentran registradas en el aplicativo institucional Almera.

Señaló que, de dichas metas, 26 alcanzaron el cumplimiento esperado, mientras que dos presentaron desviaciones: la razón de mortalidad materna y el porcentaje de participación de los gastos administrativos, aspectos que ya habían sido objeto de análisis dentro de la Junta Directiva. En consecuencia, informó que el cumplimiento global del Plan de Desarrollo Institucional se ubicaba en 92%. Aclaró igualmente que los resultados previamente presentados correspondían a mediciones anuales, mientras que los indicadores del plan de desarrollo permiten evaluar la gestión acumulada de los cuatro años de la actual administración.

16. INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES INSTITUCIONALES – DECRETO 612 DE 2018

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, explicó que los miembros de la Junta habían recibido previamente el documento completo con el detalle de la ejecución de los (12) planes institucionales, razón por la cual la presentación se centraría en un resumen de los principales resultados. Señaló como conclusión general que los planes registraron un nivel de cumplimiento satisfactorio, destacando que la única desviación relevante correspondió al Plan Institucional de Archivo (PINAR) durante el segundo y tercer trimestre; no obstante, el plan logró recuperar el cumplimiento de las actividades pendientes en el cuarto trimestre, cerrando la vigencia en condiciones satisfactorias.

En cuanto al Plan Estratégico de Talento Humano, informó un cumplimiento del 97,67%, resultado derivado de la ejecución de 42 de las 43 actividades programadas. Dentro de este componente se destacó el Plan de Previsión de Recursos Humanos, el cual alcanzó un cumplimiento del 100%, incluyendo el reporte de la rotación de personal y la implementación de acciones para la provisión de vacantes.

Respecto al Plan Anual de Vacantes, la Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, indicó que se realizaron los doce reportes mensuales previstos, registrándose un total de 1.797 empleos en la Subred, de los cuales el 57,93 % se encontraban provistos, mientras que 756 cargos permanecían vacantes al cierre de la vigencia.

En relación con el Plan Institucional de Capacitación, se reportó el cumplimiento total de las (6) actividades programadas. De igual manera, el Plan de Bienestar e Incentivos alcanzó la ejecución completa de sus 16 actividades, aunque algunas se desarrollaron en fechas diferentes a las inicialmente previstas en el

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 19 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

cronograma. Entre las acciones ejecutadas se destacaron actividades de reconocimiento institucional, estrategias para el manejo del estrés, eventos de integración familiar y el cierre anual de gestión.

Por su parte, el Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo registró un cumplimiento del 96,42%, señalándose que la única actividad pendiente al cierre de la vigencia correspondía a la revisión del informe anual por parte de la alta dirección, la cual ya había sido completada con posterioridad.

En cuanto al Plan Institucional de Archivo, la Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informa se reportó la ejecución total de las (7) actividades previstas para el cuarto trimestre; sin embargo, debido a desviaciones presentadas en periodos anteriores, el cumplimiento consolidado anual se ubicó en 80 %.

El Plan Anual de Adquisiciones alcanzó un nivel de ejecución del 93%, correspondiente a un valor aproximado de \$989.000 millones contratados durante la vigencia

Asimismo, la Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informo para el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información cumplió la totalidad de sus (7) actividades, destacándose acciones relacionadas con la continuidad operativa de servicios críticos, la medición de la eficacia de los controles del sistema, el fortalecimiento de la cultura organizacional en seguridad de la información y la actualización del inventario de activos informáticos.

El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) también alcanzó el cumplimiento total de las 8 actividades programadas, incluyendo la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura tecnológica, el análisis de vulnerabilidades y el fortalecimiento de los indicadores asociados al gobierno digital.

De igual manera, la Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informa para el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información registró un cumplimiento del 100%, centrado en la sensibilización del personal frente a riesgos cibernéticos y el fortalecimiento de los controles establecidos en el mapa institucional de riesgos.

Finalmente, la Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, recordó que el Programa de Transparencia y Ética Empresarial había sido presentado en detalle por el Oficial de Cumplimiento en la sesión ordinaria del mes de enero, evidenciando la ejecución de sus 24 actividades y el acompañamiento de la Oficina de Control Interno en su proceso de auditoría.

17. POLÍTICAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, complementó la introducción, manifestando que la presentación se realizaba en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular Externa 045 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. Preciso que las políticas del sistema deben ser revisadas como mínimo una vez al año, lo cual no implica necesariamente la obligación de modificarlas en cada vigencia; sin embargo, cuando la administración considere pertinente realizar ajustes o actualizaciones, corresponde presentar dichas modificaciones ante la Junta Directiva para su análisis y aprobación.

En este contexto, procedió a dar lectura al enunciado vigente de la política, el cual se encontraba enfocado principalmente en la ocurrencia de eventos adversos evitables y en el impacto negativo que estos pueden generar en la salud del usuario, así como en el incremento del consumo de bienes y servicios derivado de una gestión inadecuada del riesgo. Posteriormente, expuso el nuevo enunciado propuesto, el cual incorpora el compromiso institucional de gestionar de manera integral el riesgo asistencial mediante la identificación temprana de factores de riesgo, su análisis, valoración y priorización conforme al nivel de criticidad, así como la implementación de medidas preventivas y mitigadoras orientadas a reducir la probabilidad y el impacto de

	FORMATO INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24
		VERSION: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 20 DE 20
		FECHA: 29/09/2025

eventos adversos evitables, incluido el deterioro clínico de condiciones preexistentes. Indicó que el propósito de esta actualización es salvaguardar la integridad del usuario, fortalecer la seguridad del paciente y garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

Asimismo, la Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informó que los demás subsistemas, tales como riesgo operacional, riesgo actuarial, riesgo de crédito y riesgo de liquidez, no presentan ajustes en la presente vigencia. De igual manera, señaló que se proponía la inclusión de la política correspondiente al subsistema de riesgo de daño antijurídico, la cual había sido presentada previamente por el Dr. Sergio Leonardo Muñoz Morales – Jefe Oficina Jurídica, en una sesión ordinaria anterior. No obstante, procedió a dar lectura al enunciado, mediante el cual la Subred establece las acciones necesarias para identificar y reducir las causas que generan litigios, fallas administrativas y riesgos jurídicos, con el fin de proteger el patrimonio público, fortalecer la gestión institucional y garantizar una prestación de servicios humanizada, eficiente, oportuna y acorde con la normatividad vigente.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, reiteró que la inclusión de la política del subsistema de riesgo jurídico tenía como finalidad integrarla formalmente dentro del conjunto de políticas del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, mientras que la actualización del subsistema de riesgo en salud representaba una ampliación del alcance institucional, pasando de un enfoque centrado en eventos adversos a una gestión integral del riesgo asistencial, en coherencia con la misionalidad de la entidad.

Desarrollado completamente el orden del día, el presidente de Junta da por terminada la sesión a las 04:15 p.m.


Seguimiento a compromisos:

Presentar propuesta de temario para las dos sesiones de Junta Directiva de la vigencia 2026: Se encuentra en revisión por parte de la Secretaría Distrital de Salud

PTEE: Presentar posibles casos de corrupción según su estado: Se presenta en el próximo informe del PLAN DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL PTEE

Agenda Estratégica Asistencial: Presentar informe de producción frente a capacidad instalada y población asignada: Se presenta en el próximo informe trimestral de Agenda Estratégica Asistencial

En Constancia se firma,



 Secretaria Técnico de la Junta Directiva (Gerente)