

	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 17
		FECHA: 10/08/2022

FECHA	28 de abril de 2026
HORA	07:30 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	Secretaría Distrital de Salud
Dra. Mirian Vanesa Ruiz Jiménez	Delegado del Alcalde Mayor de Bogotá y el Secretario Distrital de Hacienda	Miembro	Secretaria Distrital de Hacienda
Dr. Manuel Alejandro Godoy	Delegado del Secretario Distrital de Salud	Miembro	Secretaría Distrital de Salud
Vacante	Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud	Vacante	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
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	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	Secretaría 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. Verificación de quórum
2. Aprobación del orden del día,
3. Aprobación de actas anteriores
4. Seguimiento a compromisos
5. Modificaciones presupuestales
6. Adiciones a contratos de bienes y servicios
7. Agenda estratégica asistencial
8. Informe de registros individuales de prestación de servicios (RIPS)
9. Seguimiento al POA del primer trimestre
10. Informe de resultados del Planes Decreto 612 de 2018
11. Informes de auditoría interna del subsistema SARLAFT
12. Informe de Revisoría Fiscal
13. Informe de PQRS
14. Preparación para la visita de acreditación
15. Avance del proceso de contratación de la Revisoría Fiscal
16. Proposiciones y varios.

	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 17
		FECHA: 10/08/2022

TOMA DE DECISIONES

ÍCONO	DECISIÓN
	Autorizar a la gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE adicionar los contratos: CPS BYS 131-2025" \$2.700.000.000, BYS 125-2024" \$15.291.500 y CS BYS 047-2025, CS BYS 052-2025, CS BYS 059-2025, CS BYS 079-2025 y CS BYS 097-2025" \$1.597.000.000
	Se aprueba un traslado las siguientes modificaciones presupuestales: "Por el cual se aprueba un Ajuste en el Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la vigencia 2026" \$6.841.164.407 "Por el cual se aprueba un traslado en el Presupuesto de Gastos e Inversiones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE en la vigencia 2026" \$31.311.547.000

SÍNTESIS

1. LLAMADO A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM.

Siendo las 07:30 a.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 cinco (5) miembros de la Junta Directiva, se inicia la sesión en modalidad presencial. En el momento del llamado a lista no se encontraban presentes el Dr. Enrique Antonio Vargas Zapata- Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud, Dra. Mirian Vanessa Ruiz Jiménez, delegada del Alcalde Mayor de Bogotá y de la Secretaría Distrital de Salud y el Dr. Manuel Alejandro Godoy – Delegado del Secretario de Salud.

2. APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

Durante la revisión del orden del día, el Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio - Presidente Junta Directiva, informó que debía retirarse aproximadamente a las 11:00 a.m. debido a una cita médica previamente programada, razón por la cual solicitó adelantar el punto correspondiente al informe de PQRS antes del desarrollo de la agenda estratégica asistencial. La propuesta fue sometida a consideración de los miembros de la Junta Directiva presentes, quienes manifestaron su conformidad con el ajuste planteado.

Posteriormente, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva siendo las 7:40 a.m., dejó constancia de la llegada del Dr. Enrique Antonio Vargas Zapata- Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, presenta el orden del día con los ajustes mencionados, el cual es aprobado por seis (6) miembros de la Junta Directiva.

3. REVISIÓN DE COMPROMISOS.

Los compromisos de presentan al final de documento.

4. APROBACIÓN ACTAS ANTERIORES

Acta No. 005 correspondiente a la sesión ordinaria de 31 de marzo de 2026.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello- Secretaria Técnica de la Junta Directiva, informó que el documento había sido remitido previamente a los miembros de Junta Directiva para revisión y observaciones; sin embargo, aún se encontraba pendiente la validación de algunos participantes que asistieron a dicha sesión. Durante la discusión, varios miembros señalaron las dificultades para proceder con la aprobación formal del acta debido a la ausencia de algunos de los integrantes que participaron en la reunión anterior, lo cual impedía contar con el número requerido de votos para su aprobación. Adicionalmente, se indicó que la Dra. Mariana Barros Cadena, quien presidió dicha sesión, no había remitido observaciones al documento. Frente a esta situación, el Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio- Presidente Junta Directiva propuso dejar pendiente la aprobación del acta mientras se realizaban las consultas correspondientes con la Dra. Mariana Barros Cadena, propuesta que fue aceptada por los miembros de Junta Directiva presentes.

	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: 3 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

5. MODIFICACIONES PRESUPUESTALES

La Dra. Erika Paola Rojas - Directora Financiera, inició la presentación indicando que se someterían a consideración dos modificaciones presupuestales. La primera correspondía a la incorporación de recursos derivados del convenio APH, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 28 del Decreto 662, el cual establece que la incorporación de convenios debe ser aprobada por la Junta Directiva.

Se informó que la incorporación correspondía a recursos por valor de \$6.842 millones provenientes del convenio APH. Se recordó que dicho proceso ya había sido tramitado durante la vigencia anterior; sin embargo, la Secretaría Distrital de Hacienda devolvió la solicitud debido a la temporalidad presupuestal, teniendo en cuenta que los presupuestos se ejecutan por vigencias fiscales y el convenio finalizaba el 1 de diciembre de 2025. Explicó que esta situación también afectó otros procesos relacionados con Fondos de Desarrollo Local y adecuaciones menores de infraestructura.

Asimismo, indicó que el concepto favorable emitido por la Secretaría Distrital de Salud fue expedido el 14 de abril de 2026, permitiendo así retomar el trámite ante la Junta Directiva y posteriormente ante la Secretaría Distrital de Hacienda. Señaló que el convenio tenía como objeto aunar esfuerzos administrativos y financieros entre la Secretaría Distrital de Salud y la SISS Norte para atender las situaciones de emergencia en salud en Bogotá, en el marco del Sistema de Emergencias Médicas. El valor total del convenio ascendía a \$7.678 millones, de los cuales el Fondo Financiero Distrital de Salud aportaba \$6.842 millones.

La Dra. Erika Paola Rojas - Directora Financiera, precisó que, pese a que el convenio aún no había sido incorporado presupuestalmente, la SISS Norte había continuado garantizando su ejecución mediante recursos propios, mientras se surtían los trámites correspondientes. Igualmente, explicó que los recursos incorporados serían destinados a diferentes rubros operativos y administrativos, tales como combustibles, lubricantes, materiales y suministros, gastos de computador, seguros, honorarios, adquisición de bienes y otros servicios, así como asistencia técnica y general.

Una vez finalizada la presentación y no habiéndose formulado observaciones adicionales, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, sometió a consideración de la Junta Directiva la aprobación de la incorporación presupuestal por valor de \$6.841 millones, siendo aprobada de manera unánime por los siete (7) miembros presentes en la sesión.

Seguidamente, se abordó el punto correspondiente al traslado presupuestal de nómina. La Dra. Erika Paola Rojas - Directora Financiera explicó que, conforme a lo presentado en sesiones anteriores, se había realizado un nuevo ejercicio de revisión una vez efectuada la nómina correspondiente al mes de marzo de 2026, identificando los saldos susceptibles de traslado derivados de vacantes y apropiaciones presupuestales no ejecutadas.

Precisó que, de acuerdo con el artículo 26 del Decreto 191, las apropiaciones relacionadas con nómina deben ser presentadas ante la Junta Directiva para su respectivo trámite. Asimismo, indicó que la Secretaría Distrital de Salud informó que ya no sería necesario emitir concepto previo para los traslados presupuestales asociados a nómina, razón por la cual dichos movimientos serían presentados directamente ante la Junta Directiva.

En desarrollo de la explicación técnica, la Dra. Erika Paola Rojas - Directora Financiera, presentó la certificación emitida por la Dirección de Talento Humano, mediante la cual se acreditaban los valores liberados tras el pago de la nómina del mes de marzo.

Una vez expuesta la distribución de los recursos y no habiéndose presentado observaciones adicionales, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, sometió a consideración de la Junta Directiva la aprobación del traslado presupuestal de nómina, el cual fue aprobado por unanimidad por parte de los siete (7) miembros presentes en la sesión.

6. ADICIÓN A CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS

La Dra. Ana Tatiana Quintana Torres - Directora Operativa de Contratación, presentó el detalle de los contratos a adicionar así:

SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS

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	\$ 2.897.833.000	30/06/2026	ADICIÓN N°11 \$ 454.500.000
CS BYS -052-2025	MEDICOX LTDA	\$ 20.216.580	\$ 197.216.580	30/06/2026	ADICIÓN N°9 \$ 11.500.000
CS BYS -059-2025	ALFA TRADING S.A.S	\$ 89.99.440	\$ 509.799.440	36/06/2026	ADICIÓN N°8 \$ 65.000.000
CS BYS -079-2025	JOHNSON & JOHNSON MEDTECH COLOMBIA S.A.S	\$ 121.857.726	\$ 1.473.167.726	30/06/2026	ADICIÓN N°9 \$ 981.000.000
CS BYS -097-2025	RAFAL ANTONIO SALAMANCA - DEPÓSITO DROGAS BOYACA	\$ 45.816.870	\$ 395.516.870	30/08/2026	ADICIÓN N°8 \$ 155.000.000

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 Servicio de Salud Norte E.S.E

CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
131-2025	SERVILIMPIEZA S.A.	\$1.076.463.172	\$10.734.583.929	30/06/2026	ADICIÓN N°6 \$ 2.700.000.000

SERVICIOS DE REVISORÍA FISCAL

Contratar la prestación de los servicios de revisoría fiscal integral para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., de conformidad con los artículos 338 y 232 de la Ley 100 de 1993, y demás normas vigentes o futuras modificatorias, reglamentarias y concordantes aplicables.

CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA FINAL	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
125-2024	KRESTON COLOMBIA S.A.	\$ 61.166.000	\$ 489.380.000	30/04/2026	15/05/2026	Adición N°18 \$15.291.500

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, procedió a solicitar la aprobación integral de las adiciones presentadas en la sesión, correspondientes a los contratos de suministro de dispositivos médico-quirúrgicos, el contrato de servicio de limpieza y desinfección y el contrato de Revisoría Fiscal, solicitud que fue aprobada por unanimidad por parte de los siete (7) miembros presentes en la sesión.

7. INFORME PQRS

La Dra. Andrea Lucía Blanco - Jefe de la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, dio inicio a la presentación del informe trimestral 2026 correspondiente al proceso de gestión de la voz del usuario. En primera instancia, explicó que las manifestaciones recibidas por la Subred son clasificadas y gestionadas de acuerdo con su naturaleza a través de tres procesos institucionales diferenciados.

Indicó que el primer grupo corresponde a las solicitudes gestionadas por el área de Salud Pública, relacionadas principalmente con situaciones territoriales y ambientales, tales como condiciones sanitarias en establecimientos comerciales, calidad del agua, saneamiento básico y demás eventos asociados al entorno comunitario. El segundo grupo corresponde a las manifestaciones gestionadas por Control Interno, relacionadas con posibles conductas inadecuadas de servidores públicos o contratistas de la institución. Finalmente, el tercer grupo comprende las manifestaciones asociadas directamente con la prestación de servicios de salud, las cuales son atendidas por la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano.

	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 17
		FECHA: 10/08/2022

Posteriormente, presentó el comparativo estadístico entre el primer trimestre de 2025 y el primer trimestre de 2026, señalando que durante el periodo 2026 se registraron 4.335 manifestaciones, frente a 3.690 reportadas en el mismo periodo del año anterior. No obstante, aclaró que el análisis debía realizarse considerando la distribución porcentual por tipo de proceso.

En ese sentido, explicó que las manifestaciones relacionadas con Salud Pública representaron el 50,7% del total durante 2026, mientras que en 2025 correspondían al 46,7%, evidenciando un incremento significativo en este componente. Respecto a las manifestaciones gestionadas por Control Interno, señaló que estas se mantuvieron relativamente estables, representando aproximadamente el 0,1% del total. En cuanto a las manifestaciones asociadas a la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, indicó que, aunque el número absoluto de casos aumentó de aproximadamente 1.900 a más de 2.000 registros, su participación porcentual disminuyó ligeramente frente al total general de manifestaciones.

La Dra. Andrea Lucía Blanco - Jefe de la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, presentó posteriormente la distribución de las manifestaciones según los canales de recepción utilizados por los usuarios. Indicó que el principal canal continúa siendo la página web institucional y el sistema "Bogotá Te Escucha", mediante el cual se recibieron 1.570 manifestaciones durante el trimestre. Le siguieron los buzones de sugerencias físicos instalados en las unidades de atención, con 1.049 registros; el correo electrónico institucional, con 783 casos; el canal telefónico, asociado principalmente a la línea 195 y al sistema Bogotá Te Escucha, con 491 manifestaciones; las atenciones presenciales, con 309 registros; y finalmente las redes sociales y comunicaciones escritas, con 52 casos.

Durante este punto, se aclaró que las Oficinas de Atención al Ciudadano se encuentran distribuidas en las diferentes unidades de la Subred, incluyendo Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar. Asimismo, se indicó que cualquier colaborador de la institución tiene la obligación de recepcionar y reportar verbalmente las manifestaciones realizadas por los usuarios durante la prestación del servicio.

Posteriormente, la presentación abordó la clasificación de las manifestaciones según su tipología. La Dra. Andrea Lucía Blanco - Jefe de la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, informó que los derechos de petición representaron el 69% del total de manifestaciones recibidas durante el trimestre, con un total de 2.174 registros. Los reclamos representaron el 18%; las felicitaciones el 7%; y las quejas el 5% del total.

En este punto destacó que las felicitaciones registraron un incremento del 32% frente al mismo periodo del año anterior, mientras que las quejas disminuyeron en un 36%. Asimismo, explicó que los derechos de petición se clasifican entre interés particular e interés general, dependiendo de si la solicitud corresponde a un requerimiento individual o colectivo de la ciudadanía.

En relación con las manifestaciones gestionadas por Salud Pública, explicó que estas corresponden exclusivamente a derechos de petición de interés general y particular, dado que no se encuentran relacionadas directamente con la atención asistencial. Señaló que durante el periodo analizado se evidenció un incremento del 43% en los derechos de petición de interés particular relacionados con Salud Pública. Dentro de los principales temas reportados por la ciudadanía en este componente se encontraron calidad del agua, saneamiento básico, establecimientos comerciales, vigilancia de alimentos, eventos transmisibles y acciones de interés en salud pública.

Posteriormente, se presentó el comportamiento de las manifestaciones tramitadas por Control Interno. Aunque estas representan un porcentaje bajo dentro del total institucional, se resaltó la importancia de su seguimiento debido a que involucran posibles conductas indebidas por parte de servidores públicos o contratistas. Informó que durante el periodo se presentó una disminución del 25% en este tipo de casos, predominando los relacionados con expedientes disciplinarios y presuntas conductas irregulares.

En cuanto a las manifestaciones gestionadas directamente por la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, se destacó que los derechos de petición particulares disminuyeron levemente frente al año anterior, mientras que los reclamos aumentaron de 495 a 774 casos, representando un incremento del 56%. Por el contrario, las quejas disminuyeron en un 35% y las felicitaciones aumentaron en un 32%.

La Dra. Andrea Lucía Blanco - Jefe de la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, explicó que, dentro de los derechos de petición, la principal categoría corresponde a orientaciones en salud, representando cerca del 90% de este tipo de solicitudes. Estas incluyen consultas relacionadas con acceso a servicios, ubicación de sedes, continuidad de tratamientos, orientación para agendamiento y disponibilidad de servicios específicos. En relación con los reclamos, señaló que el principal motivo continúa siendo la oportunidad en la prestación de servicios, seguido por dificultades de acceso administrativo y problemas de orientación al usuario. Preciso que aproximadamente el 71% de los reclamos se relacionan con barreras de acceso y oportunidad en la atención.

	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	PÁGINA: 6 DE 17
	GESTIÓN ESTRATÉGICA	FECHA: 10/08/2022

Asimismo, detalló que las especialidades con mayor número de inconformidades por oportunidad en asignación de citas corresponden a ortopedia, oftalmología, urología, cardiología y otorrinolaringología. También se identificaron reclamos relacionados con demoras en procesos de atención, toma de laboratorios y programación de servicios.

Frente a esta situación, la Dra. Andrea Lucía Blanco- Jefe de la Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano indicó que la Subred ya venía adelantando acciones de mejora orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta institucional, especialmente en oftalmología y ortopedia. Además, informó que la entidad ha venido avanzando en la implementación de nuevos canales tecnológicos para facilitar el acceso a los servicios. Explicó que inicialmente se contaba con un canal de WhatsApp atendido manualmente por personal administrativo, lo que generaba retrasos debido al alto volumen de solicitudes. Sin embargo, actualmente se encuentra en funcionamiento el sistema de auto agendamiento para medicina general, el cual ha mostrado resultados positivos y permitirá posteriormente migrar otros servicios a esta modalidad.

Adicionalmente, indicó que se encuentra en estudio la implementación de mecanismos digitales complementarios, tales como cabinas o módulos de autogestión para pagos y trámites administrativos, con el fin de disminuir el ingreso presencial de usuarios a las unidades para procesos que podrían realizarse virtualmente. Señaló que la institución ya adelanta revisiones de cotizaciones y alternativas de arrendamiento de estas tecnologías para evaluar su viabilidad financiera y operativa.

Posteriormente, expuso los resultados relacionados con felicitaciones y quejas institucionales. Indicó que las felicitaciones aumentaron en un 32%, destacándose principalmente el personal asistencial de servicios ambulatorios, seguido por hospitalización, cirugía, atención al usuario y personal de gestión financiera. Señaló que este comportamiento refleja una mejor relación entre los colaboradores y los usuarios.

De igual forma, informó que las quejas asociadas principalmente a temas de trato y humanización disminuyeron en un 35%. Explicó que estas inconformidades estaban relacionadas con situaciones de comunicación inadecuada, especialmente en equipos de primer contacto como facturación y admisiones, áreas que fueron objeto de intervención y fortalecimiento institucional.

Entre las estrategias implementadas mencionó capacitaciones permanentes en atención al usuario, humanización, comunicación asertiva y servicio al ciudadano, realizadas de manera periódica con los diferentes equipos de trabajo. Asimismo, destacó la estrategia denominada "*Gotitas de Amor*", mediante la cual los usuarios reconocen a los colaboradores que consideran brindaron una atención destacada durante su estancia en la institución.

Finalmente, señaló que estas acciones han permitido evidenciar una mejora progresiva en la percepción del trato humanizado y en la reducción de las quejas presentadas por los usuarios en los diferentes procesos institucionales.

8. AGENDA ESTRATÉGICA ASISTENCIAL

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, inició la presentación del comportamiento de la producción asistencial del primer trimestre de 2026 en comparación con vigencias anteriores. Informó que, en medicina general, la producción pasó de 55.000 consultas en 2024 a 72.000 consultas en 2026, lo que representa un crecimiento del 30,7%, asociado al aumento de la oferta institucional y al incremento de usuarios asignados a la Subred.

Indicó que actualmente la entidad cuenta con aproximadamente 321.000 usuarios asignados por diferentes EPS, siendo Capital Salud la aseguradora con mayor participación, con cerca de 180.000 usuarios adscritos.

Respecto a la distribución de las consultas de medicina general, señaló que el 68% corresponde a medicina resolutive, cerca del 30% a actividades de promoción y detección temprana, y aproximadamente el 4% a consulta prioritaria, modalidad que ha venido creciendo como mecanismo de respuesta a patologías clasificadas como prioritarias dentro del nuevo modelo de atención.

Asimismo, informó que ya se encuentra implementado el servicio de telemedicina en algunas unidades, como Chapinero y Usaquén, con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta institucional y disminuir desplazamientos innecesarios de los usuarios. Señaló que el servicio inició en febrero con 70 consultas, aumentó a 182 en marzo y para abril ya registraba más de 300 atenciones realizadas.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, destacó como principal preocupación institucional el alto índice de inasistencia a consultas médicas. Indicó que cerca del 18% de las 72.000 citas programadas no fueron atendidas por los usuarios, representando aproximadamente 5.200 consultas perdidas, equivalentes a la capacidad operativa de entre 10 y 12

	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: 7 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

médicos de jornada completa. Añadió que, pese a las estrategias implementadas para reducir la inasistencia, esta situación continúa generando un impacto significativo sobre la oportunidad y disponibilidad de atención para otros usuarios.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, explicó que, para mitigar dicha situación, se implementó la estrategia denominada "*paciente dinámico*". Indicó que esta consiste en aprovechar los cupos liberados por inasistencia para realizar actividades de promoción y detección temprana con pacientes que ya se encuentran presentes en la institución por otros motivos de atención, optimizando así la capacidad instalada y disminuyendo el impacto de las ausencias.

Asimismo, informó que la inasistencia ha sido caracterizada en todos los servicios y no únicamente en medicina general, evidenciándose porcentajes elevados de manera transversal. Señaló que, si se compara el volumen de citas perdidas con el número de quejas presentadas, en algunos servicios no deberían existir mayores inconformidades relacionadas con oportunidad, salvo en aquellas especialidades donde la oferta institucional continúa siendo insuficiente frente a la demanda.

Posteriormente, presentó el comportamiento de la producción de medicina general por centro de atención, destacando que el Centro Suba continúa siendo la unidad con mayor aporte en consultas de medicina general, seguido del Hospital Chapinero, la Unidad Renal, el Hospital Engativá, San Cristóbal y Gaitana.

Respecto de la Gaitana, explicó que, aunque presenta una alta demanda de usuarios debido a su ubicación estratégica, actualmente enfrenta dificultades relacionadas con una alta rotación de personal derivada de problemáticas de seguridad y violencia en el sector. Esta situación limita la disponibilidad de agendas y genera inconformidad en los usuarios que residen en la zona y no logran obtener citas en la unidad más cercana a su lugar de residencia, debiendo desplazarse a otros puntos de atención.

A continuación, la Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, expuso el comportamiento de la consulta de medicina especializada, señalando que esta continúa siendo uno de los principales focos de preocupación institucional. Informó que durante el primer trimestre de 2024 se registraron aproximadamente 67.000 consultas especializadas, mientras que en 2026 se alcanzaron cerca de 68.000 atenciones, lo que representa un crecimiento cercano al 1,4%.

No obstante, aclaró que dicho incremento no refleja completamente el esfuerzo institucional realizado para ampliar la oferta, debido a situaciones de rotación y retiro de especialistas durante el periodo evaluado, incluyendo odontopediatras, médicos familiares e internistas, lo que impactó directamente la capacidad de atención.

Dentro de las especialidades con mayor producción destacó ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, psiquiatría y medicina familiar. Indicó que pediatría presenta actualmente un porcentaje de inasistencia cercano al 21%, situación atribuida en gran medida a la dependencia del acudiente para garantizar la asistencia del menor. Como estrategia de mitigación, señaló que se viene fortaleciendo la telemedicina para controles y seguimientos pediátricos, evitando desplazamientos innecesarios y reduciendo el ausentismo.

En relación con medicina interna, informó que el Centro San Cristóbal ha presentado un crecimiento importante en la demanda y utilización del servicio, evidenciando una adecuada aceptación por parte de la población usuaria. Asimismo, indicó que psiquiatría continúa siendo una de las especialidades con mayor producción institucional, liderada principalmente por la unidad Fray Bartolomé.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, aclaró que la reducción observada obedece principalmente a fenómenos de rotación del talento humano y no a una disminución intencionada de la oferta institucional. Además, precisó que no todas las EPS contratadas cuentan con cobertura de medicina especializada dentro de los acuerdos suscritos con la Subred, razón por la cual consideró importante contextualizar los datos de producción junto con el comportamiento poblacional y contractual de cada aseguradora.

Posteriormente, se presentó el comportamiento de medicina familiar, destacando un crecimiento progresivo en la demanda de esta especialidad, especialmente en unidades tipo "SER", donde los usuarios han comenzado a reconocer la medicina familiar como una herramienta resolutoria para la gestión integral del riesgo y el seguimiento clínico. Indicó que el fortalecimiento de esta especialidad permitirá ampliar la capacidad resolutoria institucional, especialmente en unidades básicas de atención.

En cuanto a la producción especializada por centro de atención, se destacó que el Hospital Simón Bolívar continúa liderando la prestación de subespecialidades médicas, seguido por Engativá y Chapinero. Se explicó que las especialidades básicas se encuentran distribuidas en la mayoría de las unidades, mientras que las subespecialidades permanecen concentradas principalmente en el Hospital Simón Bolívar.

	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: 8 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, reiteró que uno de los mayores desafíos institucionales continúa siendo la inasistencia a consultas especializadas, la cual alcanza aproximadamente el 14%. Señaló que esta situación representa un impacto importante tanto en términos financieros como en barreras de acceso para otros usuarios que requieren atención especializada de manera oportuna. Para concluir este punto, se presentó el comportamiento de los servicios de odontología, informando que durante el primer trimestre se registró un crecimiento cercano al 30% en comparación con el año 2024, pasando de aproximadamente 46.000 a 55.000 procedimientos realizados.

Asimismo, presentó el comportamiento de producción odontológica por centro de atención, destacando a Chapinero, Centro Suba, Gaitana y Verbenal como las unidades con mayor crecimiento en la prestación de estos servicios. Explicó que este incremento responde al fortalecimiento de los servicios resolutivos en las unidades cercanas al lugar de residencia de los usuarios, permitiendo ampliar el acceso y la capacidad de atención territorial.

En relación con odontología especializada, informó que el Hospital Simón Bolívar concentra cerca del 50% de la producción de estos servicios. No obstante, señaló que para la vigencia 2026 se evidenció una ligera disminución frente a años anteriores. Aclaró que, aunque en otros servicios se han presentado fenómenos de rotación de personal, en este caso la situación debe analizarse principalmente desde la necesidad de mantener estable la oferta institucional.

Adicionalmente, indicó que odontología preclínica presenta actualmente uno de los índices de inasistencia más altos de la Subred, cercano al 30%. Explicó que esta situación se relaciona con la dinámica propia de los tratamientos odontológicos, en los cuales un mismo usuario puede requerir múltiples procedimientos programados en una sola agenda, generando que la ausencia de un paciente represente la pérdida de varios cupos simultáneamente.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, consideró pertinentes las alternativas planteadas y manifestó que serán revisadas técnicamente para evaluar su viabilidad dentro de la Subred. Reiteró que el impacto de la inasistencia es considerable, ya que implica pérdida de facturación, afectación de la productividad y generación de nuevas barreras de acceso para otros usuarios.

Posteriormente, continuó con la presentación de los indicadores de enfermería, señalando que durante el periodo evaluado se realizaron aproximadamente 7.400 consultas, manteniéndose un porcentaje de inasistencia cercano al 22%, equivalente a cerca de 2.600 citas perdidas únicamente en el mes de marzo.

Indicó que, aunque enfermería constituye un componente fundamental para el fortalecimiento de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, persisten dificultades importantes en la adherencia de los usuarios a este tipo de consultas.

En cuanto a la producción por centros de atención, destacó a Verbenal, Usaquén y la Española como las unidades con mayor volumen de consultas de enfermería. Particularmente resaltó el trabajo desarrollado en el centro la Española, donde el personal de enfermería ha implementado estrategias orientadas a resolver múltiples necesidades del usuario durante una sola atención, disminuyendo así el riesgo de inasistencia a controles posteriores.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, expuso el comportamiento de los servicios de terapias, señalando que se ha logrado una reducción significativa en los tiempos de oportunidad, alcanzando una disminución cercana al 12,2%. Explicó que este resultado obedece principalmente a la reorganización de la asignación de agendas, permitiendo que sean las mismas terapeutas quienes programen directamente las sesiones consecutivas requeridas por los pacientes, garantizando continuidad en el tratamiento y reduciendo dificultades asociadas a la programación centralizada.

Asimismo, informó que algunas unidades ya cuentan con servicios de medicina alternativa con una demanda significativa, razón por la cual se está evaluando ampliar progresivamente esta oferta hacia otros centros de atención, especialmente para el manejo integral del dolor.

Posteriormente, se presentó el comportamiento general de las sendas institucionales. Explicó que, aunque enero y febrero mostraron resultados inferiores a los esperados, durante marzo se logró recuperar parte importante de la gestión operativa, alcanzando el cumplimiento de varias tipologías asistenciales.

Indicó que, durante dicho periodo, se cumplieron metas en consultorios especializados, urgencias, odontología, camas básicas, ginecología y obstetricia, unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrico, grupos quirúrgicos específicos, hospital día, resonancia magnética y servicios renales. Asimismo, señaló que algunas tipologías incluso sobrepasaron las metas establecidas debido a la demanda espontánea de servicios. Sin embargo, informó que aún persistían dificultades en áreas como pediatría, UCI

	INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES	CODIGO: ES-GE-F-24-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 9 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

adulto, UCI neonatal, parto y algunos grupos quirúrgicos asociados principalmente a urología, los cuales continúan requiriendo ampliación de oferta y fortalecimiento operativo.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, señaló que esta problemática también requiere un trabajo articulado con las EPS y con los mismos usuarios, especialmente en lo relacionado con la importancia de asistir oportunamente a las citas programadas o cancelarlas con anticipación. Indicó que, aunque institucionalmente las sendas pueden considerarse cumplidas desde la asignación de la cita, cuando el usuario no asiste se genera una pérdida operativa que impide aprovechar ese espacio para atender a otro paciente que sí requiere el servicio.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, consideró que algunas herramientas tecnológicas podrían complementar este modelo, especialmente mediante estrategias de comunicación y confirmación en tiempo real. Indicó que las consultas asincrónicas o virtuales podrían disminuir considerablemente el riesgo de inconformidad derivado de largas esperas presenciales, permitiendo contactar al usuario únicamente cuando exista disponibilidad efectiva de atención.

Posteriormente, inició la presentación relacionada con las actividades de promoción y mantenimiento de la salud contratadas con diferentes EPS. Explicó que los resultados presentados corresponden al comportamiento acumulado de los cursos de vida y las rutas de atención de la población asignada a la Subred. Indicó que actualmente Capital Salud concentra aproximadamente 83.000 usuarios incluidos en actividades de promoción y mantenimiento durante el primer trimestre, seguida de otras EPS como Coosalud y Sanitas. Informó que el cumplimiento institucional pasó de un 48% en 2025 a un 55,6% en 2026, pese al incremento poblacional registrado durante el periodo evaluado.

Finalmente, La Dra. Yulieth López Retamoso- Subgerente de Servicios en Salud retomó la exposición institucional relacionada con los servicios de urgencias. Informó que durante 2026 se registraron aproximadamente 63.000 atenciones, comportamiento asociado directamente al incremento poblacional y a la alta demanda de servicios de emergencia.

Asimismo, destacó que cerca del 36% de las atenciones corresponden a pacientes clasificados como triage IV, situación que evidencia la necesidad de fortalecer el nuevo modelo de urgencias y ampliar las alternativas de atención ambulatoria, sincrónica y asincrónica. Señaló que el objetivo institucional es disminuir la presión sobre los servicios de urgencias mediante estrategias resolutivas que permitan atender oportunamente a los usuarios en otros niveles asistenciales y evitar la reincidencia por falta de acceso a consultas ambulatorias.

Continuando con la presentación, se expuso el comportamiento de los ingresos hospitalarios. Se informó que el 69% de los ingresos se concentran en las unidades de Suba y Simón Bolívar, consolidándose este último como el principal referente de alta complejidad del norte de la ciudad. La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, explicó que la reducción observada en el número de egresos respecto a años anteriores obedece principalmente a intervenciones de infraestructura, mantenimiento y bloqueos temporales de camas, así como a variaciones asociadas al comportamiento epidemiológico y estacional.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, informó que la Subred logró un incremento del 13% en producción quirúrgica sin aumentar la infraestructura física, consolidándose el Hospital Simón Bolívar como líder del componente quirúrgico con el 74% de las cirugías electivas. Se destacó especialmente la transición de un modelo predominantemente reactivo a uno programado y preventivo, reduciendo las cirugías urgentes de 9.148 en 2024 a 4.279 en 2026, sin disminuir la producción total.

Se explicó que este resultado fue posible gracias a procesos de sensibilización médica, particularmente en ortopedia, promoviendo la hospitalización domiciliaria y la programación diferida de procedimientos que anteriormente permanecían innecesariamente en urgencias mientras se esperaba material, desinflamación o manejo antibiótico.

Posteriormente, expuso el comportamiento de los nacimientos durante el primer trimestre comparativo de las vigencias 2024, 2025 y 2026. Informó que, en relación con los partos vaginales, se evidenció un incremento progresivo, pasando de 320 casos en 2024 a 374 en 2025 y 464 en 2026. Indicó que este comportamiento se encuentra asociado a factores demográficos y sociales, especialmente a la disminución general de la tasa de natalidad y a los cambios en los proyectos de vida de las mujeres, quienes actualmente cuentan con mayor autonomía para decidir sobre la maternidad. En cuanto a las cesáreas, señaló que el comportamiento fue diferente, registrándose 369 procedimientos en 2024, 176 en 2025 y un aumento significativo a 533 en 2026. Recordó que, en una sesión anterior, el doctor Gerardo había explicado que este incremento está relacionado con los criterios actuales de riesgo obstétrico, los cuales incorporan no solo aspectos clínicos, sino también factores sociales. Entre ellos mencionó la ausencia de red de apoyo, condiciones nutricionales inadecuadas, edad materna y otras circunstancias que permiten clasificar a la gestante como paciente de alto riesgo obstétrico, situación que incrementa la indicación de cesárea.

	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: 10 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

Adicionalmente, indicó que la implementación de la Ley de Parto Vaginal Respetado y Humanizado ha fortalecido la autonomía de las mujeres para decidir la vía de finalización de la gestación, ya sea mediante parto vaginal o cesárea, siempre bajo la orientación y valoración médica correspondiente. Señaló que, actualmente, el manejo del dolor durante el parto ha evolucionado y ya no constituye necesariamente un factor determinante en la elección de la vía del nacimiento.

La Dra. Yulieth López Retamoso - Subgerente de Servicios en Salud, continuó señalando que la relación entre parto vaginal y cesárea presenta variaciones según la complejidad de las unidades de atención. Indicó que la Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar concentra el mayor número de atenciones obstétricas y mantiene una proporción cercana al 60% de cesáreas, comportamiento que se explica por tratarse de una unidad de alta complejidad que atiende pacientes con mayores factores de riesgo. Posteriormente, se presentó el comportamiento de los servicios complementarios, iniciando con el laboratorio clínico por sede.

En relación con los tiempos de oportunidad, se informó que en consulta externa la meta institucional consiste en entregar resultados en menos de 24 horas, alcanzándose actualmente tiempos promedio de 10,4 minutos en el proceso de reporte. Asimismo, se destacó que los resultados son enviados al correo electrónico de los pacientes, permitiendo el acceso remoto a la información diagnóstica desde cualquier lugar de residencia.

Finalmente, se presentó el comportamiento del servicio de imágenes diagnósticas. Se informó que durante 2024 se realizaron 59.000 estudios, mientras que en 2025 se registraron 48.800 y en 2026 un total de 59.700 procedimientos. Se indicó que el incremento en la productividad estuvo relacionado con la entrada en operación y estabilización de algunos equipos diagnósticos, incluidos los servicios de resonancia magnética, lo cual permitió mejorar la capacidad resolutive institucional.

Asimismo, destacó que esta mejora ha contribuido a disminuir significativamente los tiempos de espera para la entrega de resultados de ecografías, resonancias y tomografías, alcanzando tiempos máximos de dos días en consulta externa. Finalmente, precisó que, del total de estudios realizados, 31.000 correspondieron a radiología convencional, 11.900 a ecografías y 9.834 a tomografías y otros procedimientos especializados. Indicó que estos datos adquieren relevancia al relacionarlos con el crecimiento general de la producción institucional, incluyendo consultas, egresos hospitalarios y atenciones de urgencias.

9. PRESENTACIÓN INFORME REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS)

La Ing. Liliana Ríos - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, inició la presentación con la caracterización de la población atendida por la Subred Norte, informando un total de 95.471 atenciones registradas. Señaló que el 34,2% correspondió a población entre 29 y 59 años, el 29,2% a personas de 60 años y más, y el 12% a usuarios entre 18 y 28 años. En cuanto a la distribución por sexo, indicó que el 62,3% de las atenciones correspondieron a población femenina y el 36,7% a población masculina.

Respecto al régimen de afiliación, informó que el 86,4% de las atenciones correspondieron al régimen subsidiado, el 11,7% al régimen contributivo, el 1,4% a otros regímenes y el 0,6% a población vinculada. En relación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), destacó que Capital Salud concentró la mayor participación con el 68,8% de las atenciones, seguida por Famisanar con el 13,1%, Sanidad con el 4,9%, Nueva EPS con el 3,1% y Salud Total con el mismo porcentaje.

Posteriormente, la Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, presentó el comportamiento de los servicios hospitalarios, indicando que durante el primer trimestre se registraron 16.386 atenciones. De estas, el 31,3% correspondió a población entre 29 y 59 años, el 23,7% a personas mayores de 60 años y el 22,8% a usuarios entre 18 y 28 años. La distribución por sexo mantuvo un comportamiento similar al consolidado general, con un 58,7% de atenciones para mujeres y un 41,3% para hombres.

En cuanto al régimen de afiliación en hospitalización, señaló que el 61,1% de las atenciones correspondieron al régimen subsidiado, el 33% al contributivo, el 3% a población vinculada y el 2,5% a otros regímenes. Respecto a los pagadores, Capital Salud representó el 36,6% de las atenciones, seguido del nuevo modelo de EPS con el 16,6% y Compensar con el 13,8%, mientras que las demás entidades presentaron participaciones inferiores al 10%.

Frente a las principales causas de hospitalización, indicó que, atendiendo las recomendaciones de la Junta Directiva, se realizó una agrupación de diagnósticos con el fin de facilitar el análisis epidemiológico. Preciso que la primera causa correspondió a embarazo, parto y puerperio, destacándose diagnósticos relacionados con complicaciones obstétricas, cesáreas y preeclampsia. En segundo lugar, se ubicaron los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, incluyendo heridas en cabeza y manos, fracturas y traumatismos de miembros inferiores. Como tercera causa se identificaron síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados, dentro de los cuales se encuentran dolor abdominal y pélvico, cefalea, disfagia y alteraciones respiratorias, con una participación del 8,2%.

Asimismo, la Ing. Liliana Ríos - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informó que los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon otro grupo relevante de atención, destacándose patologías como psicosis, esquizofrenia, depresión y ansiedad, con una participación cercana al 8%. Indicó que las demás causas presentaron participaciones inferiores a dicho porcentaje.

En relación con el servicio de urgencias, señaló que durante el primer trimestre se registraron 38.062 atenciones. El 35,4% correspondió a población entre 29 y 59 años, el 25,8% a usuarios entre 18 y 28 años y el 20,5% a personas mayores de 60 años. La distribución por sexo mantuvo el mismo comportamiento evidenciado en hospitalización, con predominio de la población femenina.

Respecto al régimen de afiliación en urgencias, informó que el 56,3% de las atenciones correspondieron al régimen subsidiado y el 36,5% al contributivo. Por pagadores, Capital Salud representó el 33,4% de las atenciones, seguido de Nueva EPS con el 13,8% y Famisanar con el 12,8%.

En cuanto a las principales causas de atención en urgencias, indicó que en primer lugar se ubicaron los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, representando el 27,2% de los casos, principalmente por heridas y traumas en cabeza, muñeca y mano. En segundo lugar, se encontraron síntomas, signos y hallazgos clínicos anormales con una participación del 15,7%, incluyendo dolor abdominal, dolor torácico, cefalea y alteraciones respiratorias. Como tercera causa se identificaron enfermedades respiratorias, entre ellas neumonía, bronquitis y asma, con una participación del 7,7%.

En relación con las urgencias pediátricas, informó que la principal causa de atención correspondió a enfermedades del sistema respiratorio, incluyendo COVID-19, con una participación del 29,1%. En segundo lugar, se registraron traumatismos y lesiones por causas externas, destacándose eventos asociados a maltrato, traumas en cabeza, tobillo, pie, muñeca y mano. La tercera causa correspondió a síntomas y signos clínicos anormales, incluyendo dolor abdominal, fiebre, convulsiones, náuseas, vómito y dolor asociado a la micción, con una participación del 12,5%.

Adicionalmente, la Ing. Liliana Ríos - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, indicó que dentro de otras causas relevantes se encontraron factores relacionados con el estado de salud y el contacto con los servicios de salud, especialmente controles prenatales y atención anticonceptiva, con una participación del 8,8%. También se destacaron enfermedades del sistema genitourinario, incluyendo afecciones vaginales y vulvares, trastornos menstruales y complicaciones asociadas al embarazo y parto, con una participación del 8,1%.

Posteriormente, presentó el comportamiento de los servicios ambulatorios, informando un total de 242.023 atenciones durante el primer trimestre. El 44,2% correspondió a población entre 29 y 59 años, el 30,9% a personas mayores de 60 años y el 12,4% a usuarios entre 18 y 28 años. La distribución por sexo mantuvo una mayor participación femenina con el 64,3% frente al 35,7% masculino.

En cuanto al régimen de afiliación, indicó que el 92,9% de las atenciones ambulatorias correspondieron al régimen subsidiado y el 6,2% al contributivo. Respecto a los pagadores, Capital Salud concentró el 76,1% de las atenciones, seguido de Compensar con el 13,1%, mientras que los demás pagadores presentaron participaciones inferiores al 10%.

Frente a las principales causas de consulta externa, excluyendo odontología, informó que la primera correspondió a factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, incluyendo exámenes generales, atención anticonceptiva y tamizajes para detección de tumores, con una participación del 27,8%. En segundo lugar, se ubicaron enfermedades del sistema digestivo, tales como gastritis, duodenitis, síndrome de colon irritable, hernia inguinal, coledocitis y dispepsia funcional, con una participación del 10,1%. En tercer lugar, se encontraron trastornos mentales y del comportamiento, incluyendo ansiedad, esquizofrenia y discapacidad cognitiva moderada y severa, con una participación del 8,9%.

En cuanto a los servicios odontológicos, señaló que la principal causa de atención correspondió a enfermedades de la cavidad oral y tejidos de soporte dental, tales como caries, gingivitis, enfermedades periodontales y patologías pulpares, representando el 61,4% de las atenciones. En segundo lugar, se ubicaron factores relacionados con el estado de salud, como controles generales y pruebas diagnósticas, con el 16,7%.

Finalmente, presentó el comportamiento de la atención a población extranjera, reportando un total de 4.109 atenciones, de las cuales el 99% correspondieron a población de nacionalidad venezolana. Asimismo, se mencionó un registro asociado a población proveniente de Estados Unidos, aclarando que se trató de un error de registro relacionado con el diligenciamiento del país de procedencia.

	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 17
		FECHA: 10/08/2022

La Ing. Liliana Ríos - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, realizaría una presentación general del estado de cumplimiento de las metas y posteriormente cada líder de proceso presentaría únicamente los indicadores que registrarán desviaciones, manteniendo la metodología aplicada en sesiones anteriores para optimizar el tiempo de la reunión.

Asimismo, indicó que la presentación se encontraba articulada directamente con el aplicativo institucional Almera, permitiendo visualizar los resultados en tiempo real. Presentó entonces el consolidado general de cumplimiento del POA, informando que la mayoría de los procesos alcanzaron un cumplimiento del 100%. Preciso que gestión estratégica registró un cumplimiento del 97,5%; gestión de recursos físicos y ambientes tecnológicos, 69,7%; participación comunitaria y servicio al ciudadano, 92,7%; gestión de servicios complementarios, 98,6%; gestión integral del riesgo en salud, 96,2%; gestión hospitalaria, 99,2%; y gestión financiera inicialmente un 20%, aclarando que este valor obedecía a que al momento del cargue aún no se había realizado el cierre contable. Indicó que, a la fecha de la presentación, el cumplimiento actualizado del proceso financiero ascendía al 86%.

Igualmente, señaló que los procesos de gestión del conocimiento, comunicación, calidad, servicios ambulatorios, urgencias, gestión contractual, talento humano, TIC, evaluación de la gestión, gestión jurídica y gestión disciplinaria alcanzaron el 100% de cumplimiento.

Respecto a las metas con desviaciones, la Ing. Liliana Ríos - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informó que se identificaron incumplimientos relacionados con la oportunidad de apendicectomía, la respuesta a interconsultas especializadas en hospitalización, la cobertura de atención integral a la primera infancia, la oportunidad de resultados en laboratorio de urgencias, la disminución de PQRS y algunos indicadores asociados al plan de acción ambiental y cumplimiento en la entrega de pedidos.

Como ampliación de la presentación cada directivo presenta el resultado de sus indicadores que pertenecen al POA I trimestre.

11. SEGUIMIENTO PLANES DECRETO 512 DE 2018

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informó que, dentro de los entregables remitidos previamente a los integrantes de la junta, se incluyó un informe ejecutivo en el que se detallan las actividades desarrolladas en cada uno de los planes institucionales. Señaló que, de manera general, todos los planes alcanzaron un nivel de cumplimiento satisfactorio y procedió a presentar un resumen de las principales actividades ejecutadas durante el periodo evaluado.

En relación con los planes adscritos a la Dirección de Talento Humano, indicó que el Plan Estratégico de Talento Humano consolida el cumplimiento de cinco planes específicos evaluados durante el trimestre, todos ellos con un porcentaje de ejecución del 100%, razón por la cual el resultado global del plan estratégico alcanzó igualmente un cumplimiento total.

Respecto al Plan de Provisión de Recursos Humanos, explicó que su principal objetivo consiste en garantizar el reporte oportuno ante la Comisión Nacional del Servicio Civil sobre las vacantes existentes y la provisión de cargos dentro de la Subred. En cuanto al Plan Anual de Vacantes, informó que para el primer trimestre se registraron 1.797 empleos, de los cuales el 57,26 %, correspondiente a 1.029 cargos, se encontraban provistos, mientras que el 42,74 %, equivalentes a 768 cargos, permanecían vacantes. Preciso que el indicador evaluado en este plan corresponde al reporte oportuno realizado ante el Servicio Civil.

Posteriormente, presentó el avance del Plan Institucional de Capacitación, señalando que durante el primer trimestre se programaron doce actividades, todas ejecutadas satisfactoriamente. Dentro de las actividades desarrolladas destacó la realización de jornadas de inducción institucional con periodicidad mensual, así como capacitaciones orientadas a los ejes estratégicos definidos para la vigencia, entre ellos: paz, memoria y derechos humanos; territorio, vida y ambiente; mujeres, inclusión y diversidad; transformación de ciudadanía y cultura; probidad, ética e identidad de lo público; y fortalecimiento de habilidades y competencias. Asimismo, resaltó la aplicación de mediciones de satisfacción dirigidas a los colaboradores participantes en dichas actividades.

En relación con el Plan de Bienestar e Incentivos Institucionales, informó que se programaron trece actividades para el periodo evaluado, todas ejecutadas en su totalidad. Las actividades estuvieron orientadas, entre otros aspectos, al desarrollo de ferias de emprendimiento, la conmemoración del Día de la Mujer, la reactivación de convenios institucionales, actividades de pausas activas y la implementación de la estrategia de escucha humanizada.

De igual manera, la Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, expuso los resultados del Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual contempló dieciocho actividades ejecutadas al 100%. Dentro de las acciones más relevantes mencionó la emisión de recomendaciones médico-laborales, la realización de simulacros relacionados con el

	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: 13 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

manejo de sustancias químicas, el seguimiento a la accidentalidad laboral, la autoevaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y la intervención de factores de riesgo identificados.

La Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, señaló que estos planes contienen un nivel importante de detalle en el informe ejecutivo previamente compartido con los asistentes.

Posteriormente, presentó el avance del Plan Institucional de Archivo, indicando que durante el primer trimestre se programaron cuatro actividades, todas ejecutadas en un 100%. Las principales acciones estuvieron enfocadas en la digitalización de historias clínicas, el diagnóstico de necesidades relacionadas con el sistema de gestión documental y correspondencia institucional, así como la actualización de inventarios de sistemas de información.

En cuanto al Plan Anual de Adquisiciones, la Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, informó que alcanzó un cumplimiento del 99%, siendo el único plan que presentó una leve desviación frente a la programación establecida. Explicó que para el primer trimestre se proyectaron 95 adquisiciones por un valor total de \$149.949 millones de pessos, de las cuales se ejecutaron 94 adquisiciones equivalentes a 149.933 millones de pesos. Preciso que el proceso pendiente correspondió a la adquisición de productos audiovisuales, trámite que debió ser reprogramado debido a ajustes realizados en comité de contratación y al traslado de vigencias requerido para su ejecución.

Respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, aclaró que normativamente su seguimiento es de carácter semestral, razón por la cual no aplicaba evaluación formal para el periodo presentado. No obstante, indicó que se venía realizando acompañamiento y seguimiento conjunto con el oficial de cumplimiento.

Finalmente, presentó los planes relacionados con la Oficina TIC. Sobre el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, informó que las cuatro actividades programadas para el trimestre fueron ejecutadas en su totalidad, destacando acciones relacionadas con el control de acceso a servicios críticos, segmentación autónoma de red, bloqueo de protocolos sensibles y gestión del tráfico hacia internet.

En cuanto al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, señaló que las tres actividades programadas fueron cumplidas satisfactoriamente, enfocándose principalmente en la actualización de la matriz de riesgos y el seguimiento a los controles establecidos.

Por último, la Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, expuso el avance del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI, el cual contempló cuatro actividades ejecutadas en su totalidad. Entre las acciones más relevantes destacó el inicio del plan de apropiación tecnológica, el proyecto de cableado estructurado previamente presentado por el ingeniero responsable, el desarrollo de arquitectura empresarial y la adecuación de sedes para la implementación tecnológica.

Como conclusión, la Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, manifestó que los planes institucionales evaluados presentaban un nivel de cumplimiento satisfactorio.

12. INFORMES DE AUDITORIA INTERNA DEL SUBSISTEMA DE SARLAFT/PADM/SICOF

La Dra. Denis Parra Suárez - Jefe Oficina Control Interno, presentó el estado de la gestión de riesgos con corte al 31 de marzo de 2026, en cumplimiento de las Circulares 004 y 005 de la Superintendencia Nacional de Salud y de los lineamientos establecidos en la guía de Función Pública. Informó que la entidad tenía identificados 61 riesgos operacionales y 123 controles asociados.

Durante la presentación se generó una precisión conceptual respecto a la clasificación de los riesgos operacionales, señalándose que el riesgo operacional corresponde a una tipología general dentro de la cual cada proceso identifica riesgos específicos asociados a su gestión. En ese sentido, Dra. Denis Parra Suárez - Jefe Oficina Control Interno, explicó que cada área de la entidad determina los posibles riesgos que podrían afectar el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

Indicó que, dentro de los riesgos identificados, se encontraban asociados riesgos de seguridad de la información, SARLAFT y SICOF, con un total de 21 riesgos y 36 controles implementados. En materia de riesgos en salud, informó que inicialmente se habían identificado nueve riesgos sin controles plenamente definidos; sin embargo, como resultado de las revisiones recientes realizadas por la entidad, ya se contaba con cincuenta controles formulados.

	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: 14 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

En relación con el riesgo de daño antijurídico, señaló que se identificaron cinco riesgos y doce controles orientados a mitigar su materialización. Asimismo, reportó la existencia de riesgos de liquidez, actuariales y de crédito, cada uno con sus respectivos controles asociados.

La Dra. Denis Parra Suárez, Jefe Oficina Control Interno, informó que, de los riesgos operacionales identificados, cincuenta y uno se encontraban clasificados en nivel alto y cuarenta y uno en nivel moderado, sin evidenciarse riesgos catalogados como catastróficos. No obstante, realizó un llamado a fortalecer la identificación de riesgos en áreas como gestión jurídica, financiera y disciplinaria, debido a la ausencia de caracterización en algunas tipologías.

Frente a los riesgos de corrupción, manifestó que procesos estratégicos como jurídica, contratación y gestión de recursos físicos no presentaban riesgos identificados, pese a tratarse de áreas con alta exposición a esta tipología de riesgo. De igual forma, indicó que algunos procesos estratégicos, como gestión de calidad y comunicaciones, no habían desarrollado ejercicios formales de caracterización de riesgos.

Adicionalmente, señaló que la política institucional de gestión del riesgo no tenía definido el apetito de riesgo ni los niveles de tolerancia, elementos considerados obligatorios dentro de los lineamientos normativos. Explicó que estos parámetros son fundamentales para determinar el nivel de exposición económica y operativa que la entidad está dispuesta a asumir para alcanzar sus objetivos institucionales.

En cuanto a los procesos de debida diligencia, indicó que, aunque la entidad cuenta con manuales y documentos implementados, aún es necesario fortalecer la caracterización de beneficiarios, clientes y terceros relacionados, con el propósito de estandarizar criterios y facilitar su aplicación institucional.

Durante la revisión también se identificaron inconsistencias entre los criterios establecidos en el manual institucional y los registrados en el sistema ALMERA respecto a los niveles de afectación económica y tolerancia al riesgo. En este sentido, se recomendó unificar los parámetros institucionales para garantizar coherencia metodológica y adecuada gestión del riesgo.

La Dra. Denis Parra Suárez, Jefe Oficina Control Interno, también expuso observaciones relacionadas con la clasificación incorrecta de algunos riesgos dentro de las matrices institucionales. Señaló que ciertos riesgos catalogados como clínicos correspondían realmente a riesgos operacionales y viceversa. Asimismo, indicó que algunos riesgos registrados como daño antijurídico o corrupción correspondían en realidad a controles operacionales y no a riesgos propiamente definidos, razón por la cual recomendó realizar una revisión integral de las matrices para garantizar la adecuada clasificación de las tipologías de riesgo.

13. INFORME REVISORÍA FISCAL

La Dra. Yadira Castro - Gerente Regional de Auditoría Kreston, presentó el informe correspondiente a las auditorías realizadas durante la vigencia, relacionadas con auditoría de cumplimiento legal, seguridad de la información, gestión de indicadores, PQRS, MIPG, auditoría ambiental, auditoría asistencial y gestión del riesgo.

Informó que, de manera general, las auditorías realizadas generaron diferentes observaciones institucionales. En la auditoría ambiental y de seguridad de la información realizada en la sede Chapinero se identificaron observaciones recurrentes asociadas principalmente a infraestructura tecnológica. En la auditoría administrativa correspondiente al proceso de gestión de comunicaciones se generó una observación, mientras que en auditoría de PQRSD se registró otra observación adicional. Asimismo, indicó que la evaluación de MIPG presentó dos observaciones y la auditoría contable generó cinco observaciones catalogadas de riesgo medio en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea. Por su parte, la auditoría asistencial y de gestión del riesgo realizada en la sede Bartolomé de las Casas generó dos observaciones adicionales.

En relación con la auditoría de cumplimiento normativo y legal, explicó que se realizó revisión integral de contratos de bienes y servicios, incluyendo verificación de estudios previos, análisis de riesgos, invitaciones, minutas contractuales, documentación de contratistas, actas de inicio, certificados de disponibilidad presupuestal y modificaciones contractuales. Informó que no se generaron observaciones frente a los contratos evaluados.

Respecto a los contratos por prestación de servicios – OPS, señaló que se efectuó revisión documental sobre una muestra representativa de contratos suscritos durante el periodo. Como resultado, se emitió una recomendación orientada a fortalecer los informes de actividades presentados por los contratistas, debido a que se evidenció que en algunos casos las descripciones correspondían únicamente a instrucciones generales y no al detalle concreto de las actividades ejecutadas ni de sus resultados.

Finalmente, presentó los resultados de la auditoría de seguridad de la información realizada en la sede Chapinero. Informó que durante el recorrido técnico se identificaron equipos de cómputo con sistemas operativos desactualizados y sin soporte vigente

	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: 15 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

por parte del proveedor. Adicionalmente, se evidenció una observación relacionada con la ausencia de licenciamiento activo y la desactivación del antivirus en uno de los equipos auditados.

No obstante, aclaró que la Subred ya había formulado un plan de acción orientado a la actualización de licenciamiento y fortalecimiento de la seguridad informática, razón por la cual la observación se consideró de carácter preventivo y con acciones de mejora actualmente en implementación.

La Revisoría Fiscal continuó con la exposición correspondiente a la auditoría administrativa y de gestión de indicadores, enfocada principalmente en los procesos administrativos institucionales. Informó que, durante la evaluación del manual para el manejo de situaciones de crisis en comunicaciones y emergencias, documento vigente desde el 30 de mayo de 2024, se identificó que este contempla nueve pasos para la preparación y atención de eventos críticos.

En cuanto a la gestión de indicadores y al análisis del Plan Operativo Anual – POA 2025, indicó que se revisaron aspectos relacionados con el porcentaje de apropiación institucional de los colaboradores encuestados, el cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicación Organizacional y el nivel de satisfacción frente a las estrategias de comunicación implementadas. Preciso que, como resultado de dicha evaluación, no se generaron observaciones.

Respecto al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, la Revisoría informó que permanecían pendientes de subsanación dos observaciones provenientes de la vigencia 2025. La primera correspondía a la actualización de documentos institucionales cuya periodicidad de actualización es de tres años y que, al momento de la auditoría, se encontraban desactualizados.

Posteriormente, la Revisoría presentó los resultados de la auditoría de atención al usuario y gestión de PQRS. Informó que durante el periodo evaluado se registraron 1.881 trámites y que, dentro de la muestra aleatoria seleccionada para auditoría, se revisaron 75 casos. Preciso que, de acuerdo con la verificación realizada en el aplicativo “Bogotá Te Escucha”, se evidenció el soporte documental y el envío oportuno de las respuestas emitidas.

La Revisoría Fiscal manifestó que, conforme a las manifestaciones realizadas por los usuarios en los diferentes canales de atención, los principales motivos de inconformidad correspondían a dificultades en el agendamiento y programación de citas médicas especializadas, particularmente en servicios de ortopedia, traumatología y oftalmología. Asimismo, indicó que en el área de facturación se identificaron quejas relacionadas con presunto maltrato verbal, mientras que en el servicio de hospitalización las principales inconformidades estaban asociadas a presuntos eventos de negligencia y omisión en la atención.

Posteriormente, Revisoría Fiscal presentó los resultados de la auditoría ambiental realizada en la Unidad de Atención Emaús. Señaló que, como parte de la metodología de evaluación, se revisaron diferentes componentes relacionados con gestión ambiental, infraestructura y manejo de residuos.

En materia de gestión integral de residuos, se evidenciaron condiciones inadecuadas en la disposición de compostaje y observaciones relacionadas con el área de almacenamiento central de residuos hospitalarios, particularmente frente al cumplimiento de condiciones locativas y de seguridad exigidas por la normatividad. Adicionalmente, se reportó presencia de olores fuertes en el servicio de toma de muestras.

Posteriormente, la Revisoría Fiscal presentó los resultados de la auditoría asistencial realizada en el Hospital Fray Bartolomé de las Casas, específicamente en el área de hospitalización. Informó que durante la visita se verificó la capacidad instalada del servicio frente a lo reportado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, evidenciándose disponibilidad de 102 camas de hospitalización para adultos y 16 camas pediátricas.

Indicó que durante la visita se identificó una ocupación de 25 pacientes en hospitalización de adultos y 12 pacientes en hospitalización pediátrica, aclarando que el censo se encontraba en proceso de actualización al momento de la inspección.

En relación con las estancias prolongadas, señaló que se identificaron veinte pacientes hospitalizados en dicha condición, situación que impactaba negativamente el giro cama y la disponibilidad de cupos para nuevos ingresos.

Como resultado de la auditoría asistencial, se emitieron observaciones relacionadas con la necesidad de fortalecer las condiciones de seguridad en baños hospitalarios, debido al desgaste o ausencia de elementos de apoyo y desinfección, considerados de alto riesgo para caídas de pacientes.

	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: 16 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

Posteriormente, la Dra. Yadira Castro - Gerente Regional de Auditoría Kreston, presentó el consolidado de observaciones derivadas de auditorías y seguimientos institucionales. Indicó que la información había sido organizada y conciliada previamente con el equipo financiero y las áreas responsables.

Informó que, respecto a las observaciones pendientes correspondientes a la vigencia 2024, se mantenían treinta y seis hallazgos en seguimiento, de los cuales veintisiete ya contaban con respuesta y planes de acción formulados.

En cuanto a la vigencia 2025, manifestó que existían ochenta y tres observaciones pendientes, de las cuales tres ya habían sido subsanadas y clasificadas como cerradas, mientras que otras continuaban pendientes de respuesta.

Respecto al consolidado de la vigencia 2026, informó que se habían generado cincuenta y dos observaciones, de las cuales veinte ya contaban con planes de acción formulados. Precisó que aquellas observaciones que aún no disponían de plan de acción correspondían principalmente a hallazgos recientes derivados de las últimas auditorías realizadas, encontrándose todavía dentro de los plazos establecidos para respuesta institucional.

14. PREPARACIÓN PARA VISITA DE ACREDITACIÓN

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, recordó que, debido a la proximidad de la visita de acreditación, en cada sesión de junta se venían desarrollando espacios pedagógicos orientados a fortalecer el conocimiento y apropiación de los ejes de acreditación institucional. Recordó que en la sesión anterior se había realizado una actividad liderada por Ángela Patricia – Jefe Oficina de Calidad, sobre los siete ejes de acreditación y destacó la importancia de que todos los miembros de junta participaran activamente en estos ejercicios, dado que durante la evaluación ICONTEC verifica el compromiso y conocimiento de la Junta Directiva frente al proceso de acreditación.

Posteriormente, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, realizó una actividad de apropiación institucional relacionada con los siete ejes de acreditación, recordando que la SISS Norte se encontraba adelantando el proceso de preparación para una próxima visita de certificación de acreditación en una de sus sedes priorizadas.

Durante la actividad, se recordaron los siete ejes fundamentales del modelo de acreditación: atención centrada en el usuario, gestión clínica y seguridad del paciente, gestión del riesgo, responsabilidad social, transformación cultural, gestión de la tecnología y humanización.

La Dra. Angela Patricia López Parada - Jefe Oficina de Calidad, explicó que el eje de atención centrada en el usuario busca orientar todos los procesos institucionales hacia la satisfacción y resolución de necesidades de los usuarios. En cuanto a gestión clínica y seguridad del paciente, señaló que este eje se enfoca en garantizar condiciones seguras de atención.

Respecto a la gestión del riesgo, indicó que contempla el abordaje integral de riesgos institucionales y riesgos en salud. Sobre responsabilidad social, resaltó el impacto institucional en aspectos sociales, ambientales y comunitarios. En relación con transformación cultural, destacó la importancia de fortalecer permanentemente los principios y valores institucionales alineados con el gobierno corporativo.

Asimismo, explicó que el eje de gestión de la tecnología comprende tanto la tecnología biomédica como los sistemas de información y herramientas TIC requeridas para el desarrollo institucional. Finalmente, señaló que el eje de humanización constituye uno de los pilares fundamentales del modelo de acreditación, razón por la cual se desarrolló posteriormente una actividad recreativa y pedagógica orientada a fortalecer este componente.

Se realiza actividad lúdica con los miembros de Junta Directiva y demás asistentes a la sesión, centrada en el eje de humanización relacionada con la importancia del saludo. Finalizada la actividad se verifica la apropiación de conocimiento de los asistentes con preguntas prácticas y conversadas en el mismo espacio.

15. AVANCES PROCESO DE CONTRATACIÓN REVISORÍA FISCAL

La Dra. Ana Tatiana Quintana Torres – Directora de Contratación, informó que, dentro de la IC 019 de 2025, hasta el día anterior se habían recibido las subsanaciones presentadas por los dos oferentes participantes. Explicó que el siguiente paso correspondía a la verificación final de las evaluaciones y la realización de entrevistas por parte de la Junta Directiva.

	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: 17 DE 17
		FECHA: 10/08/2022

En este sentido, propuso como cronograma preliminar realizar las entrevistas el 5 de mayo, publicar el informe final el 6 de mayo, efectuar la adjudicación el 8 de mayo, realizar la firma contractual el 11 de mayo y formalizar la legalización del contrato el 13 de mayo.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, manifestó que las dos firmas participantes eran L&Q Auditores y Kreston, ambas con requerimientos subsanables relacionados con la acreditación de profesionales propuestos para conformar el equipo de Revisoría Fiscal. Informó que ambas firmas entregaron la respuesta a la solicitud de subsanaciones.

Asimismo, indicó que el Dr. Sergio Leonardo Muñoz – Jefe Oficina Jurídica, sería el encargado de realizar la evaluación técnica final de las subsanaciones, mientras que la Junta Directiva tendría a cargo la evaluación correspondiente a la entrevista, la cual otorgaría un puntaje definitivo para la selección de la firma ganadora.

16. PROPOSICIONES Y VARIOS

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, informó que ya se había realizado la elección del representante de los trabajadores ante la Junta Directiva, resultando nuevamente elegido el Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates. Indicó que el proceso se encontraba pendiente de surtir el trámite formal de posesión ante la Secretaría Distrital de Salud.

COMPROMISOS

Comunicación NUEVA EPS: Se informó que, en cumplimiento de lo acordado en la reunión precedente, se elaboró una comunicación dirigida al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud, relacionada con el flujo de recursos hacia la SISS Norte por parte de las EAPB. Se indicó que el documento fue cargado en la carpeta de seguimiento para revisión y comentarios de los miembros de Junta Directiva, requiriéndose el visto bueno de la Junta Directiva para proceder con la firma y envío por parte del presidente. No habiéndose presentado observaciones adicionales, se acordó que las comunicaciones serán revisadas por el Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio- Presidente Junta Directiva.

Ajuste estados financieros enero 2026: La Dra. Erika Paola Rojas - Directora Financiera, realizó la presentación técnica del ajuste financiero, explicando que la situación se originó particularmente en el convenio "MAS Bienestar", suscrito el 1 de octubre de 2025 por un término de 21 meses y por un valor total de \$74.224 millones. Indicó que el convenio no establecía una facturación mensual ordinaria, sino desembolsos sujetos al cumplimiento y entrega de productos específicos. En total, el convenio contemplaba nueve desembolsos distribuidos durante la ejecución contractual.

Explicó que los desembolsos inicialmente registrados no correspondían necesariamente al periodo contable en el cual se generaba la ejecución real de las actividades, razón por la cual fue necesario realizar un ejercicio de redistribución de los ingresos para reflejar de manera más adecuada la realidad financiera de cada vigencia. En ese sentido, se propuso distribuir los recursos correspondientes al año 2025 entre los meses de ejecución de dicha vigencia; los recursos de la vigencia 2026 en doce mensualidades equivalentes; y los recursos de 2027 en los seis meses correspondientes al periodo final de ejecución del convenio.

La Dra. Erika Paola Rojas - Directora Financiera, precisó que el ajuste obedecía a una decisión administrativa orientada a reconocer los recursos conforme al periodo real de ejecución y percepción económica, aclarando que algunos registros contables ya reportados no podían ser modificados retroactivamente debido a los cierres y reportes previamente realizados. No obstante, explicó el impacto financiero derivado del nuevo ejercicio contable, indicando que, si bien la distribución de activos y patrimonio no presentaba variaciones significativas, sí se evidenciaba un incremento en el rubro de otros pasivos, correspondiente a recursos que debían ser reconocidos en periodos posteriores.

En constancia se firma,



Secretaría Técnica de la Junta Directiva (Gerente)

