

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 1 DE 21
	GESTIÓN ESTRATÉGICA		FECHA: 10/08/2022

FECHA	28 y 29 de julio de 2026
HORA	10:30 a.m.
LUGAR	Mixta

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 Salud	Miembro	Secretaria Distrital de Hacienda
Dr. Manuel Alejandro Godoy	Delegado del Secretario Distrital de Salud	Miembro	Secretaría Distrital de Salud
Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates	Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud	Miembro	SISS Norte
Dr. Enrique Antonio Vargas Zapata	Representante Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud	Miembro	SISS Norte
Dr. Jorge Augusto Zambrano Casas	Representante Estamento Científico Asociaciones Científicas	Miembro	Asociaciones Científicas
Vacante	Representante de los Gremios de la Producción.	Miembro	Gremios de Producción
Vacante	Representante de la Asociación de Usuarios	Miembro	ASOUSUARIOS
Vacante	Representante COPACOS	Miembro	COPACOS

OTROS ASISTENTES A LA SESIÓN

NOMBRE	CARGO	ENTIDAD
Ferney Augusto Torres	Revisor Fiscal Suplente	L&Q Auditores
Edgar Alfonso Castellanos Berrio	Director Líder de Auditoría Financiera	L&Q Auditores
Denis Parra	Jefe Oficina Control Interno	SISS Norte
Yulieth López Retamoso	Subgerente de Prestación de Servicios de Salud	SISS Norte
Cris Encarnación Reyes Gómez	Subgerente Corporativa	SISS Norte
Liliana Ríos Velandia	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	SISS Norte
Nidia Contreras Dueñas	Secretaria Ejecutiva	SDS
Angie Tatiana Burgos	Asesora de Gerencia	SISS Norte

DESARROLLO

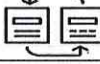
La sesión ordinaria de la Junta Directiva dio cobertura al siguiente orden del día:

1. Verificación del Quórum.
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. Avances Proceso Bajas de Inventarios.
8. Preparación para Visita de Acreditación.
9. Informe de Gestión de la Oficina de Control Interno.
10. Agenda Estratégica Asistencial.
11. Presentación Nueva Firma de Revisoría Fiscal.
12. Presentación Informe de Registro de Prestación de Servicios RIPS.
13. Seguimiento POA II Trimestre 2026.
14. Informe Resultados Planes Decreto 612 de 2018.
15. Informe PQRS II Trimestre.
16. Proposiciones y Varios.

7

TOMA DE DECISIONES

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 2 DE 21
		FECHA: 10/08/2022

ÍCONO	DECISIÓN
	Se autoriza a la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., adicionar el contrato BYS 123-2025
	Se emite concepto favorable para efectuar un ajuste en el presupuesto de Gastos e Inversiones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la vigencia 2026
	Se autoriza a la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., adicionar los contratos de suministros CS BYS 157-2025, CS BYS 165-2025, CS BYS 168-2025
	Se autoriza a la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., adicionar los contratos de suministros de insumos medico quirúrgicos BYS 006-2025,049-2025,052-2025,065-2025,068-2025,072-2025,076-2025,085-2025,089-2025,090-2025, 094-2025,095-2025
	Se autoriza a la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., adicionar el contrato BYS 197-2023
	Se autoriza a la Gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., adicionar el contrato CS BYS 153-2025 y 154-2025"

SÍNTESIS

1. Llamado a lista y verificación del quórum.

Siendo la 10:30 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 de los seis (6) nombrados, no se encontraba presente la Dra. Mirian Vanessa Ruiz Jiménez – Delegada del Alcalde Mayor y del Secretario de Salud. Se inicia la sesión en modalidad mixta.

2. Aprobación del Orden del Día.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, presenta y pone en consideración de la Junta Directiva el orden del día, el cual es aprobado por los cinco (5) miembros de Junta Directiva presentes en la sesión.

3. Aprobación de Actas Anteriores.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, presentó para consideración las siguientes actas:

- Acta 012 del 11 de junio de 2026 (Sesión Extraordinaria Mixta)
- Acta 013 del 11 de junio de 2026 (Sesión Extraordinaria Virtual)
- Acta 014 del 30 de junio de 2026 (Sesión Ordinaria Presencial)
- Acta 015 del 3 de julio de 2026 (Sesión Extraordinaria Virtual)
- Acta 016 del 14 de julio de 2026 (Sesión Extraordinaria Presencial)

Las actas fueron sometidas a consideración en bloque y aprobadas por unanimidad por los cinco (5) miembros presentes en la sesión.

4. Seguimiento a Compromisos.

Los compromisos se registran en la parte inferior de la presente acta.

5. Modificaciones Presupuestales.

La Dra. Erika Rojas – Directora Financiera, presente el detalle de un traslado interno por \$4.227.190.253, especificando los créditos y contra créditos

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello – Secretaria Técnica de Junta Directiva, explicó que la propuesta correspondía a un traslado presupuestal interno, cuyo propósito era garantizar la disponibilidad de recursos para la expedición de certificados de disponibilidad presupuestal (CDP) requeridos para asegurar la continuidad en la prestación de los servicios. Preciso que la SISS se encontraba a la espera de la aprobación de una adición presupuestal solicitada al CONFIS, la cual inicialmente se esperaba fuera analizada en la sesión programada para el 24 de julio de 2026. Sin embargo, posteriormente la Secretaría Distrital de Salud informó que los asuntos relacionados con las SISS no serían incluidos en dicha sesión, quedando pendiente la programación de una nueva fecha.

INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL

ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES

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

CODIGO: ES-GE-F-24-01

VERSION: 1

PÁGINA: 3 DE 21

FECHA: 10/08/2022

En ese contexto, señaló que la entidad no podía aplazar la atención de las necesidades presupuestales hasta la definición del trámite ante el CONFIS, razón por la cual se hacía necesario efectuar el traslado interno entre grandes agregados, operación que, conforme a la normatividad vigente, requería la aprobación de la Junta Directiva. Agregó que, una vez fueran incorporados los recursos provenientes de la adición presupuestal, algunos de los rubros objeto del traslado podrían ser nuevamente fortalecidos. No obstante, indicó que el traslado correspondiente al rubro de sentencias tendría un carácter definitivo, teniendo en cuenta que los recursos inicialmente apropiados para ese concepto no serían ejecutados en su totalidad durante la vigencia.

Precisó que el valor total del traslado ascendía a \$4.227.190.253, recursos que serían redistribuidos entre diferentes rubros presupuestales para atender las necesidades prioritarias de la entidad.

La Dra. Erika Rojas – Directora Financiera, complementa la explicación indicando que el archivo remitido a los miembros de la Junta Directiva contenía celdas ocultas propias del formato de trabajo utilizado para la elaboración de los créditos y contracréditos presupuestales. En consecuencia, manifestó que para futuras presentaciones se ajustaría el formato con el fin de eliminar la información no relevante y facilitar la lectura del documento.

Concluidas las observaciones y una vez atendidas las inquietudes de los miembros de la Junta Directiva, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello – Secretaria Técnica de Junta Directiva, sometió a consideración la propuesta de traslado presupuestal interno por valor de \$4.227.190.253, conforme a la distribución de créditos y contracréditos presentada por la Dirección Financiera. Solicitud que es aprobada por unanimidad por los cinco miembros de la Junta Directiva presentes en la sesión.

6. Solicitud Adiciones a Contratos de Bienes y Servicios.

La Dra. Ana Tatiana Quintana – Directora de Contratación, inició la presentación de las solicitudes de adición contractual, comenzando con los contratos correspondientes al suministro de material de osteosíntesis, indicando que se trataba de tres contratos que actualmente se encontraban en proceso de invitación a cotizar, evaluación de ofertas y adjudicación.

SUMINISTRO DE MATERIAL OSTEOSÍNTESIS					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
CS BVS 157-2025	DIPLOMEDICOS SAS	\$ 160.000.000	\$ 1.250.000.000	31/05/2026	Adición N° 7 \$24.000.000
CS BVS 158-2025	JOHNSON MEDTECH COLOMBIA S.A.S	\$ 70.000.000	\$ 540.000.000	31/05/2026	Adición N° 5 \$80.000.000
CS BVS 159-2025	LOGISTICA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS SAS - LOPYSMED	\$ 40.000.000	\$ 400.000.000	31/05/2026	Adición N° 5 \$80.000.000

SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
CS BVS 076-2025	DISCOLMETE	\$ 72.520.046	\$ 580.120.046	Prórroga No. 10 31/05/2026	Adición N° 8 \$ 30.000.000
CS BVS 085-2025	TELEFLEX	\$ 25.166.480	\$ 286.266.480	Prórroga No. 10 31/05/2026	Adición N° 2 \$ 44.000.000
CS BVS 089-2025	PHARMACID	\$ 135.222.943	\$ 1.061.722.943	Prórroga No. 10 31/05/2026	Adición N° 9 \$ 81.000.000
CS BVS 090-2025	BIOPLAST	\$ 158.722.911	\$ 1.249.722.911	Prórroga No. 11 31/05/2026	Adición N° 11 \$ 100.000.000
CS BVS 094-2025	LIFE	\$ 247.302.030	\$ 1.978.402.030	Prórroga No. 11 31/05/2026	Adición N° 11 \$ 249.000.000
CS BVS 095-2025	MEDICOX LTDA	\$ 5.299.658	\$ 380.099.658	Prórroga No. 11 31/05/2026	Adición N° 9 \$ 100.000.000

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
CS BVS 154-2025	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	\$198.542.930	\$1.953.423.300	Prórroga No. 8 30-09-2026	Adición No. 8 \$400.000.000
CS BVS 153-2025	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S - DISCOLMETE S.A.S	\$120.406.728	\$961.456.728	Prórroga No. 9 30-09-2026	Adición No. 8 \$200.000.000

SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
CS BVS 006-2025	ORIENTAL S.A.S	\$ 30.785.765	\$ 700.700.765	30/09/2026	Adición N° 10 \$ 30.000.000
CS BVS 049-2025	ALFATRADING	\$ 44.000.000	\$ 482.000.000	31/05/2026	Adición N° 9 \$ 40.000.000
CS BVS 052-2025	MEDICOX LTDA	\$ 20.216.580	\$ 208.716.580	31/05/2026	Adición N° 10 \$ 20.000.000
CS BVS 065-2025	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	\$ 28.879.379	\$ 213.379.379	Prórroga No. 11 31/05/2026	Adición N° 9 \$ 84.000.000
CS BVS 068-2025	ARPA MEDICAL	\$ 29.252.400	\$ 496.452.400	Prórroga No. 9 31/05/2026	Adición N° 11 \$ 65.000.000
CS BVS 072-2025	MEDICOX LTDA	\$ 25.616.784	\$ 408.916.784	Prórroga No. 10 31/05/2026	Adición N° 6 \$ 47.000.000

ADECUACIÓN DE MEDICAMENTOS					
CONTRATO	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	VALOR TOTAL CON ADICIONES	FECHA PRÓRROGA	VALOR ADICIÓN JD
BVS 197-2023	UNIDOSIS S.A.S	\$100.000.000	\$790.000.000	Prórroga No. 28 31-08-2026	Adición No. 22 \$20.000.000

Concluidas observaciones e inquietudes, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello – Secretaria Técnica de Junta Directiva, sometió a consideración de la Junta Directiva las solicitudes de adición correspondientes a los contratos presentados, siendo aprobados por unanimidad por los cinco miembros de Junta Directiva presentes en la sesión.

7. Avance Proceso Baja de Inventarios

El Ing. José Emigdio Gutiérrez- Director Administrativo (E), presentó el informe de avance del proceso de disposición final de activos fijos, exponiendo la línea de tiempo y las principales actuaciones adelantadas por la Administración para la enajenación y retiro definitivo de bienes dados de baja.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 4 DE 21
	GESTIÓN ESTRATÉGICA		FECHA: 10/08/2022

Informó que, luego de los intentos realizados para adelantar este proceso con el Banco Popular, no fue posible concretar la contratación debido a que no se logró un acuerdo sobre las condiciones contractuales. En consecuencia, la SISS adelantó un nuevo proceso de selección que culminó con la contratación de la Comercializadora ANAVE S.A.S., entidad encargada de realizar la intermediación comercial para la enajenación de los bienes mediante subasta pública.

Señaló que, en noviembre de 2025, se llevó a cabo la primera audiencia de subasta, mediante la cual se realizó la disposición de veinte (20) vehículos institucionales. Posteriormente, durante el mes de marzo de 2026, se efectuó la entrega de dichas ambulancias a la empresa contratista, la cual fue responsable de adelantar el proceso de publicación, subasta, adjudicación y disposición final de los bienes.

Explicó igualmente que, en junio de 2026, fue adjudicado a la misma empresa el contrato correspondiente a la disposición final de equipos biomédicos, proceso que incluyó la prestación del servicio de intermediación comercial para la enajenación de estos activos.

En relación con el estado actual del proceso, informó que las primeras veinte (20) ambulancias ya fueron retiradas y se encontraban debidamente dispuestas. Adicionalmente, indicó que se adelantaba la evaluación de un nuevo grupo de veintiséis (26) ambulancias, cuya entrega a la empresa contratista se proyectaba realizar durante el mes de septiembre de 2026.

Respecto a los equipos biomédicos, manifestó que se venía adelantando el proceso de disposición final de aproximadamente ciento cincuenta (150) equipos, correspondientes tanto a bienes incluidos en actos administrativos expedidos en vigencias anteriores como a nuevos elementos que actualmente se encontraban en proceso de evaluación para su baja.

Finalmente, informó que la entidad ya había recibido los certificados de disposición final correspondientes a las primeras veinte (20) ambulancias. Indicó que únicamente se encontraba pendiente la expedición del certificado de un vehículo, debido a que este aún figuraba registrado a nombre de un hospital y no de la SISS, situación que se encontraba en trámite de regularización documental.

8. Preparación Visita de Acreditación

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello – Secretaria Técnica de Junta Directiva, informó que la SISS venía adelantando las actividades preparatorias para la visita de acreditación que realizará el ICONTEC a cuatro (4) unidades de la entidad, proceso respecto del cual ya se habían surtido los trámites administrativos necesarios y cuya visita de evaluación se proyectaba para el mes de agosto de 2026.

La Dra. Angela López – Jefe Oficina de Calidad, dio la bienvenida a los asistentes y recordó que estos espacios de capacitación, con una duración aproximada de quince (15) minutos, tenían como propósito preparar a la Junta Directiva para la entrevista que hace parte del proceso de evaluación de acreditación. Informó que, en esta oportunidad, la sesión estaría enfocada en el eje de Responsabilidad Social, con el apoyo de las referentes institucionales de Acreditación y de Responsabilidad Social.

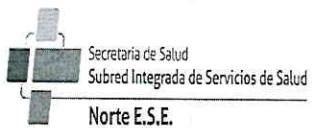
Como introducción, realizó un repaso de los siete ejes del modelo de acreditación: humanización; gestión clínica excelente y segura; gestión del riesgo; responsabilidad social; gestión de la tecnología; transformación de la cultura organizacional; y atención centrada en el usuario.

Durante la actividad, los integrantes de la Junta participaron activamente en el análisis de los casos planteados, reflexionando sobre la importancia de incorporar criterios de responsabilidad social en la toma de decisiones organizacionales y fortaleciendo los conceptos asociados a los pilares que sustentan este eje del modelo de acreditación.

9. Informe de Gestión de la Oficina de Control Interno.

La Dra. Denis Parra – Jefe Oficina de Control Interno, indicó que el informe presentado se elaboró con fundamento en el Plan Anual de Auditoría correspondiente a la vigencia 2026. Señaló que las actividades identificadas en color azul correspondían a aquellas que ya habían sido ejecutadas y precisó que, en el resumen previamente remitido a la Junta Directiva, se consignaron los principales aspectos derivados de cada uno de los informes de auditoría, incluyendo las fortalezas identificadas, las oportunidades de mejora, las recomendaciones y las conclusiones.

En cuanto a las fortalezas, destacó, en primer lugar, la implementación de controles para la administración de los recursos de caja menor. Explicó que en auditorías anteriores se había evidenciado la ausencia de justificaciones para las solicitudes de adquisición de bienes y servicios mediante este mecanismo; sin embargo, durante la revisión realizada

	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: 5 DE 21
		FECHA: 10/08/2022

se verificó que todas las solicitudes contaban con su respectiva justificación, debidamente documentada y técnicamente sustentada.

Así mismo, manifestó que las facturas revisadas contaban con el sello de "cancelado", situación que representaba un avance importante, teniendo en cuenta que esta observación había sido reiterada tanto por la Oficina de Control Interno como por la Revisoría Fiscal y otros entes de control durante la evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

Como otra fortaleza, resaltó que la consolidación de la información correspondiente a los procesos judiciales actualmente se realiza de manera organizada, permitiendo disponer oportunamente de la información relacionada con los procesos en curso y facilitando el seguimiento permanente, así como la evaluación de los riesgos jurídicos y financieros asociados.

Informó igualmente que la entidad ya cuenta con una base documental consolidada para la gestión y gobernanza del riesgo. Recordó que anteriormente había informado a la Junta sobre la estructuración de los seis subsistemas que conforman el Sistema de Gestión del Riesgo y señaló que estos continúan fortaleciéndose mediante la adecuada identificación, valoración y tratamiento de los riesgos, conforme con los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Superintendencia Nacional de Salud.

En relación con el enfoque centrado en el usuario, indicó que durante las auditorías practicadas a la estrategia de rendición de cuentas y al proceso de participación ciudadana se evidenció que la entidad mantiene un diálogo permanente con los usuarios, orientado a conocer sus necesidades y expectativas y enfocado en la obtención de resultados institucionales.

De igual forma, informó que el Plan de Austeridad alcanzó un cumplimiento del 71% al cierre de la vigencia 2025, cifra que representa un avance significativo frente al 57% reportado en vigencias anteriores, evidenciando una mejora en la ejecución de las acciones planteadas por la entidad.

Como otra fortaleza, señaló la designación oportuna de supervisores contractuales y la adecuada publicación y aprobación de las modificaciones efectuadas a los contratos de adquisición de bienes y servicios, así como a los contratos de prestación de servicios, situación que pudo verificarse mediante la revisión de los respectivos expedientes contractuales.

Respecto de la gestión contractual, destacó la implementación de controles relacionados con la propiedad intelectual en los contratos de prestación de servicios. Explicó que actualmente los contratos incorporan una cláusula mediante la cual se establece que la información generada por los contratistas constituye propiedad de la entidad, definiéndose igualmente las obligaciones correspondientes en materia de gestión documental y entrega de información al momento de la terminación del vínculo contractual.

Frente a la estrategia de participación ciudadana, manifestó que durante la audiencia pública se evidenció una amplia participación de diferentes organismos y actores institucionales, entre ellos la Veeduría Distrital, la Personería de Bogotá y otras entidades del Distrito, observándose igualmente la atención y respuesta a las inquietudes formuladas durante el desarrollo de dicho ejercicio.

Posteriormente, presentó las principales recomendaciones derivadas de los hallazgos identificados durante las auditorías.

En materia financiera, recomendó documentar integralmente el procedimiento para la administración de los recursos de caja menor mediante la elaboración de procedimientos, instructivos y demás documentos que describan detalladamente cada una de las actividades desarrolladas.

Así mismo, recomendó evaluar el procedimiento contable relacionado con el registro de las facturas por adquisición de bienes e insumos frente a la aplicación de las deducciones tributarias.

En relación con el proceso de facturación, recomendó fortalecer la etapa de preauditoria de cuentas médicas, particularmente en el Programa de Donación de Órganos y Tejidos, donde se evidenció que el personal encargado de la auditoría aún presenta oportunidades de mejora respecto al conocimiento de los procedimientos de facturación y cobro aplicables a dicho programa.

También recomendó implementar mecanismos de control sobre la radicación de facturas y cuentas de cobro, con el fin de garantizar el adecuado registro, validación y cobro de los servicios prestados, así como fortalecer la creación y administración de centros de costos.

En materia contractual, recomendó fortalecer los controles durante todas las etapas del proceso contractual y asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos.



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 6 DE 21
			FECHA: 10/08/2022

Respecto de la propiedad, planta y equipo, indicó que las recomendaciones se encontraban alineadas con el punto séptimo del orden del día, relacionado con el proceso de depuración y saneamiento contable de los activos institucionales.

Así mismo, recomendó efectuar las reclasificaciones contables correspondientes a las edificaciones y terrenos legalizados y pendientes de legalización, señalando que actualmente algunos predios, como Quiriguá y Verbenal, aparecen registrados contablemente como propiedad de la entidad, pese a que jurídicamente pertenecen a otras entidades del Distrito Capital.

En el componente misional, recomendó fortalecer el cumplimiento de las condiciones mínimas exigidas por el Sistema Único de Habilitación, especialmente mediante la actualización de la documentación de algunos procesos y la elaboración de documentos que soporten adecuadamente los procedimientos institucionales.

De igual manera, recomendó establecer controles para la adecuada custodia de los registros asistenciales y de la documentación física y electrónica, así como fortalecer la gestión documental institucional.

En relación con la estrategia de rendición de cuentas, indicó que era necesario documentarla y publicarla oportunamente en la sede electrónica de la entidad, teniendo en cuenta que, aunque la audiencia pública fue realizada, la estrategia únicamente se encontraba disponible en la intranet institucional y no en el sitio web oficial.

Así mismo, recomendó fortalecer la divulgación de los diferentes canales de atención y comunicación con la ciudadanía. Señaló que, aunque la entidad desarrolla numerosas actividades y estrategias de participación, persisten oportunidades para mejorar la difusión de dichos mecanismos hacia la comunidad y facilitar el acceso de los ciudadanos a los diferentes canales institucionales.

Respecto al componente de derechos de autor y tecnologías de la información, recomendó adoptar las medidas necesarias para actualizar las licencias de software correspondientes a herramientas ofimáticas y al sistema operativo Windows 10, las cuales se encuentran vencidas desde octubre de 2025.

En materia de austeridad del gasto, recomendó continuar fortaleciendo las campañas institucionales orientadas al ahorro y uso eficiente de los recursos públicos, especialmente en lo relacionado con el consumo de agua, energía y papel.

Como aspecto positivo, destacó el cumplimiento oportuno de los reportes exigidos por la Circular Externa 016 de la Superintendencia Nacional de Salud, señalando que la Oficina de Desarrollo Institucional ha implementado controles efectivos que han permitido cumplir de manera mensual, trimestral y anual con las obligaciones de reporte, razón por la cual recomendó mantener dichos mecanismos de control.

Finalmente, recomendó implementar mecanismos que permitan disminuir las diferencias derivadas de sobrantes y faltantes detectados en el manejo de los elementos administrados por el almacén institucional, particularmente aquellos que son objeto de préstamo entre áreas o entre diferentes unidades de la SISS, fortaleciendo los registros y controles que soportan dichos movimientos.

Posteriormente, presentó los resultados de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, explicando que este ejercicio corresponde a la valoración realizada por la Oficina de Control Interno en el marco del Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión (FURAG), instrumento administrado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

En el componente de Ambiente de Control informó que la calificación pasó del 80% al 82%, evidenciando avances en la cultura de integridad y en la estructura organizacional. No obstante, señaló que aún existen oportunidades de mejora relacionadas con la apropiación de las líneas de defensa y la medición del impacto de las capacitaciones institucionales, con el propósito de fortalecer la cultura del autocontrol, la autogestión y la autorregulación en todos los procesos de la entidad.

Explicó que este componente comprende aspectos asociados a la gestión del talento humano, la aplicación del Código de Integridad, la atención de las PQRS y la disminución de procesos disciplinarios, resaltando que el fortalecimiento de estos elementos contribuye directamente al mejoramiento del ambiente de control institucional.

Respecto al componente de Evaluación del Riesgo, informó que la calificación disminuyó del 85% al 82%, debido a observaciones relacionadas con la adecuada estructuración de los riesgos institucionales, la correcta clasificación de riesgos específicos, como los actuariales y de corrupción, así como la efectividad de los controles establecidos para prevenir su materialización.

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

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

CODIGO: ES-GE-F-24-01

VERSION: 1

PÁGINA: 7 DE 21

FECHA: 10/08/2022

En cuanto al componente de Actividades de Control, señaló que la calificación permaneció en el 83 %, sustentada en el cumplimiento del marco normativo institucional y en la existencia de herramientas que respaldan la planeación, la ejecución de procedimientos y el seguimiento a las actividades desarrolladas.

Respecto al componente de Información y Comunicación, informó que la calificación aumentó del 82% al 86%, reflejando avances en los sistemas de información y en los mecanismos de comunicación institucional. Sin embargo, indicó que persisten oportunidades de mejora relacionadas con la revisión documental y el fortalecimiento de la gestión documental institucional.

En el componente de Monitoreo señaló que la calificación pasó del 96% al 93%. Explicó que esta disminución obedece a la recurrencia de hallazgos identificados en los planes de mejoramiento, evidenciando que las acciones implementadas no han sido suficientemente efectivas para eliminar las causas que originan las no conformidades.

Concluyó que, pese a las variaciones presentadas en algunos componentes, el análisis comparativo entre el primer y segundo semestre de 2025 evidencia que el Sistema de Control Interno mantiene un nivel de cumplimiento estable del 85%.

Posteriormente, presentó el seguimiento efectuado a la estrategia de racionalización de trámites, indicando que durante la vigencia 2025 la entidad cumplió con la meta de habilitar el trámite de asignación de citas de medicina general a través de la sede electrónica, situación que fue verificada tanto mediante el reporte efectuado al Departamento Administrativo de la Función Pública como mediante la validación realizada directamente por la Oficina de Control Interno en la página institucional.

Informó igualmente que para la vigencia 2026 la entidad definió como metas la racionalización de los trámites de historia clínica y vacunación antirrábica para caninos y felinos, observándose avances importantes en su implementación dentro de la sede electrónica.

Finalmente, presentó el estado del Plan de Mejoramiento Institucional, indicando que, con corte a marzo de 2026, se registraban 9.108 acciones derivadas de 847 hallazgos identificados durante las vigencias 2024, 2025 y 2026.

Así mismo, informó que el promedio de acciones formuladas por hallazgo fue de 3,6 para la vigencia 2024, de 3,9 para la vigencia 2025 y nuevamente de 3,6 para la vigencia 2026.

La Dra. Denis Parra – Jefe de Oficina de Control Interno, explicó que, conforme al análisis efectuado sobre la base de datos institucional, las acciones que ya no aparecían vigentes correspondían a acciones registradas como cerradas. No obstante, indicó que durante la revisión se evidenció que, en múltiples casos, el cierre había sido realizado directamente por la primera línea de defensa.

La Dra. Denis Parra – Jefe de la Oficina de Control Interno, aclaró que los hallazgos identificados en el programa de donación de tejidos correspondían a la primera auditoría realizada sobre dicho proceso. Preciso que, como resultado de la evaluación, ya se había formulado el respectivo plan de mejoramiento para atender cada uno de los hallazgos identificados, los cuales correspondían principalmente a aspectos de carácter administrativo susceptibles de ajuste, con el propósito de prevenir futuras observaciones y fortalecer el cumplimiento de los requisitos del programa.

10. Agenda Estratégica Asistencial.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, inició la presentación del informe consolidado de la gestión asistencial correspondiente al primer semestre de 2026, incluyendo un análisis comparativo con las vigencias 2024 y 2025. Indicó que el informe abordaría el comportamiento de la producción de servicios ambulatorios, los indicadores de oportunidad y los principales resultados asistenciales obtenidos durante el periodo evaluado.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, informó que, para el servicio de medicina general, durante el primer semestre de 2024 se registraron aproximadamente 120.000 atenciones, cifra que ascendió a 127.000 atenciones en el mismo periodo de 2025 y alcanzó 144.000 atenciones durante el primer semestre de 2026, lo que representaba un incremento del 12,9 % frente al año inmediatamente anterior. Señaló igualmente que la oportunidad en la asignación de citas se había mantenido estable durante el periodo analizado. Adicionalmente, comunicó que la población asignada bajo el modelo de capitación ascendía aproximadamente a 320.000 usuarios, correspondientes a afiliados de las EPS Famisanar, Sanitas y Nueva EPS

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, expuso que, de la población adscrita a la SISS, aproximadamente el 60% había recibido atención efectiva, mientras que un porcentaje importante permanecía sin contacto asistencial, situación que hacía necesario fortalecer las estrategias de captación, adscripción y gestión del riesgo, particularmente en el ingreso de usuarios a las rutas integrales de atención.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 8 DE 21
	GESTIÓN ESTRATÉGICA		FECHA: 10/08/2022

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, retomó la presentación informando que, dentro de las 144.000 consultas de medicina general registradas durante el primer semestre de 2026, la medicina resolutive representó el 67 % de la producción, las actividades de promoción y detección temprana cerca del 30 % y la consulta prioritaria el 4 %. Asimismo, destacó el crecimiento progresivo de la estrategia de telemedicina, la cual pasó de 62 consultas en febrero a un promedio mensual cercano a 356 atenciones al cierre de junio.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, informó que la oportunidad promedio para el acceso a consulta prioritaria en la SISS era de 1,5 días, identificando mayores tiempos de espera principalmente en las unidades de Engativá y Chapinero. Se explicó que este comportamiento obedecía, entre otros factores, a la implementación de la estrategia de telemedicina y a la redistribución de la demanda asistencial, precisando que se estaban realizando ajustes para mejorar la oferta en dichas sedes.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, señaló que el servicio de telemedicina inició con 62 consultas y que su implementación ha sido gradual, debido a que los usuarios aún no estaban familiarizados con esta modalidad de atención. Explicó que este servicio hace parte del modelo Más Bienestar y que, para los afiliados de Capital Salud atendidos por la SISS, no existen barreras asociadas a copagos o cuotas moderadoras. En contraste, indicó que con otras EPS ha sido necesario avanzar en acuerdos relacionados con el pago de las cuotas moderadoras para facilitar el acceso de los usuarios.

Agregó que, como resultado del análisis realizado en el Comité de Red, se incorporaron al Gobierno Clínico tres indicadores de desenlace relacionados con la mortalidad evitable en pacientes crónicos, específicamente asociados a la Ruta Cardio-Cerebrovascular. Entre ellos se encuentran la mortalidad por infarto agudo de miocardio y la mortalidad por enfermedad renal.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, indicó que las variaciones mensuales obedecen precisamente al comportamiento de cada periodo y presentó la distribución de la producción por Servicios Especializados Resolutivos (SER). Explicó que, en medicina general, las sedes con mayor producción corresponden a los SER de Suba, Chapinero, Engativá y Verbenal, seguidos por Fray Bartolomé y el Centro de Salud San Cristóbal.

En relación con la medicina especializada, informó que durante el primer semestre de 2024 se realizaron 142.000 consultas; en 2025, 137.000; y en 2026 se alcanzaron 139.000 consultas, lo que representa un incremento del 1,5 % frente al mismo periodo del año anterior.

Explicó que el SER Simón Bolívar mantiene una producción estable, con un incremento consolidado de 188 consultas especializadas. Por su parte, Engativá registra un crecimiento del 7,3 %, mientras que Chapinero, Verbenal y Suba presentan los mayores incrementos. Destacó que Chapinero continúa fortaleciéndose con la Ruta de Salud de las Mujeres, Verbenal pasó de 809 consultas especializadas en enero a 1.491 en junio; y Suba incrementó su producción de 762 a 1.313 consultas durante el mismo periodo. En conjunto, los cinco SER registran un incremento de 7.829 consultas, equivalente a una variación del 13,9 %.

Añadió que estos resultados se complementan con la incorporación de equipos biomédicos entregados por la Secretaría Distrital de Salud, entre ellos ecógrafos, mamógrafos, fibrocolposcopios, monitores fetales, unidades de otorrinolaringología, electrocardiógrafos, doppler fetal, videocistoscopios y camillas. Informó que dichos equipos ya han generado más de 5.000 usos asistenciales en los Servicios Especializados Resolutivos, fortaleciendo la capacidad instalada y la implementación del modelo Más Bienestar.

Finalmente, recordó que cada SER cuenta con un énfasis poblacional específico: Chapinero orientado a la Ruta de Salud de las Mujeres cis y trans; Verbenal con enfoque en población con discapacidad; y Suba dirigido principalmente a población étnica, especialmente a la comunidad muisca.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, explicó que en el informe consolidado remitido previamente a la Junta se desarrollan con mayor detalle las explicaciones relacionadas con el comportamiento de la producción por especialidades.

Informó que, dentro de las especialidades con mayor producción, ginecobstetricia registra 10.000 atenciones, una oportunidad promedio de 1,8 días y un porcentaje de inasistencia del 15,2 %. Señaló que este último aspecto corresponde a una de las observaciones realizadas por la Junta y que más adelante se presentarían las estrategias implementadas para disminuir dicho indicador.

Respecto a pediatría, indicó que durante el periodo evaluado se realizaron 16.841 consultas de medicina especializada, con una oportunidad promedio de 1,9 días. Ante la inquietud sobre la población pediátrica asignada, informó que la primera infancia corresponde a 17.768 usuarios, la infancia a 28.773 y la adolescencia a 27.730, para un total aproximado de 75.000 menores de 18 años.

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

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

CODIGO: ES-GE-F-24-01

VERSION: 1

PÁGINA: 9 DE 21

FECHA: 10/08/2022

En cuanto a medicina interna, reportó 13.496 atenciones, una oportunidad promedio de 2,8 días y uno de los porcentajes de inasistencia más bajos entre las especialidades, a pesar del alto volumen de consultas atendidas.

Respecto a psiquiatría, informó que es una de las especialidades con mayor producción de la SISS, con 17.891 atenciones, una oportunidad de 4,7 días y un porcentaje de inasistencia del 15,2 %, el cual calificó como elevado considerando la alta demanda existente para este servicio.

Frente a medicina familiar, indicó que se realizaron 14.786 atenciones, con una oportunidad promedio de 6,8 días. Explicó que el incremento en los tiempos de espera obedeció principalmente a la ausencia temporal de dos médicos familiares durante el mes de mayo, situación que afectó la disponibilidad de agendas. No obstante, manifestó que se espera recuperar la oportunidad en los siguientes meses.

Posteriormente presentó las estrategias implementadas para disminuir la inasistencia en consulta especializada. En primer lugar, señaló que se realizará una caracterización y segmentación de los pacientes no solo por grupos de riesgo, sino también por condición clínica y antecedentes de inasistencia, especialmente en las consultas de control programadas con más de treinta días de anticipación.

Indicó que se desarrollará un modelo predictivo basado en variables como la edad del paciente, la especialidad, el día de la semana y otros factores asociados al comportamiento histórico de la asistencia, apoyándose en herramientas de inteligencia artificial para identificar los usuarios con mayor probabilidad de ausentismo.

Explicó que también se implementará una estrategia de confirmación escalonada de citas para los pacientes identificados con alto riesgo de inasistencia, mediante recordatorios enviados con 72, 48 y 24 horas de anticipación, utilizando diferentes canales de comunicación como llamadas telefónicas, mensajes de texto y WhatsApp.

Informó igualmente que se implementará un sistema de sobre agendamiento controlado "*paciente dinámico*", basado en el comportamiento histórico de la inasistencia de cada especialidad, con el propósito de reemplazar oportunamente las citas canceladas y optimizar el uso de las agendas médicas.

Precisó que se dará prioridad a los pacientes con fórmulas médicas próximas a vencer, especialmente aquellos pertenecientes a la Ruta Cardio-Cerebrovascular, así como a quienes requieran actividades de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con su curso de vida.

En relación con pediatría, señaló que se implementará la valoración integral por curso de vida, programando directamente las consultas de seguimiento para los cerca de 75.000 usuarios pertenecientes a primera infancia, infancia y adolescencia.

Respecto a salud mental, informó que se implementará la telemedicina para aquellos controles clínicos susceptibles de realizarse de manera virtual, además de efectuar seguimiento específico a los pacientes con antecedentes de inasistencia recurrente. Igualmente, se fortalecerá la educación al usuario y el acompañamiento por parte de trabajo social cuando se identifiquen barreras de acceso relacionadas con determinantes sociales de la salud, procurando que los pacientes asistan con las autorizaciones correspondientes cuando sean requeridas, salvo en los casos de afiliados a Capital Salud.

En cuanto al servicio de odontología, informó que durante el primer semestre de 2026 se registró un comportamiento favorable, alcanzando 108.000 atenciones, frente a 97.000 en 2024 y 87.000 en 2025.

Precisó que el promedio mensual de atención asciende a 18.000 consultas, lo que representa un incremento del 23,4 % frente a 2025 y del 11,6 % frente a 2024.

Añadió que la capacidad instalada se fortaleció mediante la incorporación de nuevas unidades odontológicas, destacando la ampliación del servicio en Chapinero, donde actualmente funcionan siete unidades, así como las adecuaciones previstas para la Unidad Tipo C de Usaquén.

Señaló que la oportunidad de atención en odontología se ha mantenido por debajo de dos días durante el primer y segundo trimestre del año, mientras que la inasistencia disminuyó en 1,5 puntos porcentuales. Explicó que la producción del segundo trimestre fue ligeramente inferior a la del primero debido al efecto de la Semana Santa durante el mes de abril.

Finalmente, presentó los resultados de odontología especializada, indicando que durante 2026 se realizaron 12.559 atenciones, frente a 12.295 en 2025 y 12.163 en 2024.

M

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES		CODIGO: ES-GE-F-24-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN ESTRATÉGICA		VERSION: 1
			PÁGINA: 10 DE 21 FECHA: 10/08/2022

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, informó que, en el caso de la SISS Norte, no se evidencia un crecimiento en las PQRS. Posteriormente, continuó con la presentación de los resultados del servicio de odontología, destacando la disminución de 623 inasistencias durante el periodo evaluado.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, señaló que el Servicio Especializado Resolutivo de Simón Bolívar continúa liderando la producción en odontología especializada. Informó igualmente que el SER Chapinero presentó una disminución asociada a la rotación de personal, comportamiento similar al observado en Engativá, mientras que el SER Suba incrementó su producción en aproximadamente 200 actividades frente a la vigencia anterior.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, explicó que durante las vigencias 2024, 2025 y parte de 2026 el indicador se obtenía a partir de los registros diligenciados por los profesionales en un archivo de seguimiento, mientras que a partir de 2026 el dato se obtiene directamente del sistema de información institucional, razón por la cual los resultados no son estrictamente comparables entre las vigencias.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, continuó con la presentación de los resultados del servicio de enfermería, informando que la producción se mantuvo estable durante el segundo trimestre de 2026, con aproximadamente 22.000 atenciones. Destacó la reducción de la inasistencia en 4,3 puntos porcentuales, equivalente a 303 citas menos respecto al primer trimestre, así como una mejora de 0,7 días en la oportunidad de atención. Señaló que la Unidad Renal fue la que mayor aporte realizó a la producción del servicio.

En relación con las terapias, informó que la terapia neuropsicológica presentó un incremento del 15,7 %, la terapia física del 9,9 % y la rehabilitación cardíaca del 16,9 %, mientras que la terapia ocupacional registró una leve disminución. En conjunto, el crecimiento de estos servicios fue del 8,1 %, comportamiento que calificó como favorable para la institución, siendo la terapia física la de mayor producción. Explicó que estos resultados también obedecen al cambio implementado en el proceso de agendamiento, mediante el cual únicamente la primera cita se programa a través del call center, mientras que las sesiones posteriores son asignadas directamente por el profesional tratante, optimizando la continuidad del tratamiento y disminuyendo las inasistencias.

Respecto al indicador de inasistencia, informó que actualmente el sistema de información registra únicamente las inasistencias reportadas en el primer contacto. Preciso que se encuentra en desarrollo un ajuste en el sistema Dinámica Gerencial para permitir que el profesional de salud también pueda registrar los casos de inatención, diferenciándolos de las inasistencias.

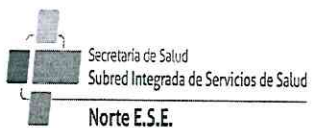
Continuando con la presentación del servicio de urgencias, indicando que durante el primer semestre de 2026 el comportamiento de la demanda se mantuvo estable. Informó que el 95 % de las atenciones correspondieron a pacientes clasificados en triage III, IV y V, mientras que únicamente el 3,7 % correspondió a triage I y II, que son los casos de mayor complejidad. Señaló que el triage III concentró más de la mitad de las 132.000 atenciones registradas, situación que ha motivado el fortalecimiento de la estrategia de consulta prioritaria para canalizar los pacientes que no requieren atención de urgencias.

Explicó que las consultas de urgencias aumentaron un 14,7 % frente a la vigencia anterior, comportamiento asociado principalmente al incremento de enfermedades respiratorias y a la creciente demanda de atención en salud mental. Indicó que diariamente la SISS atiende entre 50 y 60 pacientes por urgencias de salud mental, situación que ha requerido un trabajo articulado con las EPS para agilizar la remisión y continuidad de la atención.

En cuanto a la oportunidad de atención de los pacientes clasificados como triage II, informó que el promedio institucional fue de 22,1 minutos durante el primer semestre de 2026, mejorando frente a los 31,3 minutos registrados en el mismo periodo de 2025 y manteniéndose por debajo de la meta institucional de 30 minutos. Destacó el comportamiento favorable de las diferentes unidades de urgencias, incluyendo Simón Bolívar, Suba, Chapinero y Emaús.

Frente a los egresos de observación de urgencias, señaló que, aunque las consultas aumentaron, el número de egresos disminuyó respecto a las dos vigencias anteriores, situación que consideró favorable al evidenciar una mayor resolución de los casos y una definición más oportuna de la conducta clínica de los pacientes, informó que el indicador de respuesta a interconsultas continuó mostrando una mejora sostenida, pasando de 9,8 horas en 2024 a 6,4 horas en 2025 y a 5,6 horas en 2026.

La Dra. Yulieth López – Subgerente de Prestación de Servicios de Salud, continuó con la presentación de los indicadores hospitalarios, informando que durante 2026 la SISS mantuvo una capacidad instalada de 821 camas, sin cierres de servicios durante las tres vigencias comparadas. Señaló que el comportamiento de los egresos hospitalarios podía estar relacionado con un incremento en la estancia promedio o con una menor rotación de camas.

	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: 11 DE 21
			FECHA: 10/08/2022

Explicó que el dato de egresos hospitalarios de 2026 correspondía al registro más depurado que había tenido la institución, dado que fue validado mediante un proceso de conciliación entre registros manuales y el sistema de información, con el propósito de garantizar que ningún egreso quedara sin registrar.

Asimismo, presentó la distribución de egresos por unidades hospitalarias, destacando que Suba aportó el mayor número de egresos, seguida por Simón Bolívar, Fray Bartolomé y Engativá, todas con un comportamiento estable frente a los periodos comparados.

Finalmente, anunció la presentación del indicador de estancia hospitalaria promedio, precisando que este incluía las camas destinadas a salud mental, circunstancia que podía influir en el promedio general de estancia de la SISS.

11. Presentación Informe RIPS II Trimestre

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, inició la presentación del informe de RIPS correspondiente al segundo trimestre de la vigencia. Como primer punto expuso la caracterización de la población asignada a la SISS Norte por grupo etario y sexo.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, realizó una precisión respecto a las cifras presentadas, indicando que los datos correspondían a la totalidad de afiliados de las EPS en el Distrito y no a la población efectivamente asignada a la SISS Norte.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, explicó que la información presentada correspondía al consolidado del periodo y no se encontraba discriminado mes a mes. Frente a ello, el Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de la Junta Directiva, indicó que, metodológicamente, este tipo de indicadores no debía construirse mediante la suma de los registros mensuales, ya que ello implicaría contabilizar repetidamente a las mismas personas. En consecuencia, recomendó utilizar como referencia el dato del último mes del periodo o, en su defecto, el promedio mensual, con el fin de garantizar la consistencia de la información.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, continuó con la caracterización demográfica de la población, informando que el grupo etario con mayor representación correspondía al rango entre 29 y 59 años, con el 34,6 % de la población; seguido por las personas de 60 años y más, con el 19 %; y el grupo entre 18 y 28 años, con el 14,5 %.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, continuó con la presentación del informe de RIPS, señalando que, para la población atendida, el 85,1 % correspondía al régimen subsidiado y el 13 % al régimen contributivo. Indicó que las cinco EPS con mayor participación eran Capital Salud (69 %), Famisanar (13,1 %), Sanitas (4,5 %), Nueva EPS (4 %) y Coosalud (3,1 %).

En relación con el servicio de hospitalización, informó que durante el segundo trimestre de 2026 se registraron 16.320 atenciones, de las cuales el 31,3 % correspondió al grupo etario entre 29 y 59 años, el 23 % a personas mayores de 60 años y el 22,1 % al grupo entre 18 y 28 años. Por sexo, el 57,5 % de las atenciones correspondió a población femenina y el 42 % a población masculina.

Respecto al régimen de afiliación en hospitalización, señaló que el 61,1 % de las atenciones correspondió al régimen subsidiado, el 33,1 % al contributivo, el 3,8 % a población vinculada y el 2,1 % a otros regímenes. Dentro del régimen subsidiado, Capital Salud concentró el 56,9 % de las atenciones, seguido de Nueva EPS (11,8 %), Famisanar (9,2 %), Cruz Roja (4,9 %) y Mutual Ser (3,9 %). En el régimen contributivo, Famisanar representó el 30,2 %, seguida por Nueva EPS (24,3 %), Salud Total (12 %), Sanitas (8 %) y Capital Salud (7 %).

Al presentar la distribución de atenciones por pagador, la Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, indicó que Capital Salud representó el 31,37 % de las atenciones hospitalarias, seguido de Nueva EPS con el 13,2 %, Salud Total con el 5,6 % y las demás entidades con participaciones inferiores al 5 %.

En cuanto al servicio de urgencias, informó que durante el periodo se registraron 40.926 consultas, concentrándose el 33,5 % en el grupo de 29 a 59 años, el 25,9 % en personas entre 18 y 28 años y el 19,7 % en mayores de 60 años. Asimismo, indicó que el 52,3 % de las atenciones correspondió al sexo femenino y el 41,7 % al sexo masculino.

Respecto al régimen de afiliación en urgencias, señaló que el 57,7 % de las consultas correspondió al régimen subsidiado, el 35,4 % al contributivo, el 4,1 % a otros regímenes y el 3 % a población vinculada. En el régimen subsidiado, Capital Salud concentró el 58,1 % de las atenciones, seguida por Famisanar, Coosalud y Sanitas. En el régimen contributivo, Famisanar representó el 23,1 %, seguida de Nueva EPS (13,2 %), Salud Total (12 %), Sanitas (9,9 %) y Compensar (8 %). Por pagador, Capital Salud representó el 36,2 % de las atenciones, Nueva EPS el 13,7 %, Famisanar el 13,4 %, y los demás aseguradores registraron participaciones inferiores al 10 %.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 12 DE 21
	GESTIÓN ESTRATÉGICA		FECHA: 10/08/2022

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, continuó con la presentación de las principales causas de atención en urgencias ginecológicas, indicando que predominaban las relacionadas con embarazo, parto y puerperio, seguidas por las enfermedades del sistema genitourinario y del sistema reproductor.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, continuó con la presentación del informe de RIPS, indicando que en consulta externa el 34,9 % de las atenciones correspondió al grupo etario entre 29 y 59 años, el 30,9 % a personas de 60 años y más, el 12 % al grupo entre 18 y 28 años, y los demás grupos registraron participaciones inferiores al 10 %. Asimismo, informó que el 64,1 % de las atenciones correspondió a población femenina y el 35,9 % a población masculina.

En cuanto al régimen de afiliación, señaló que el 91,5 % de las atenciones correspondió al régimen subsidiado y el 7,8 % al régimen contributivo. Dentro del régimen subsidiado, Capital Salud concentró el 80 % de las atenciones, seguida de Famisanar con el 11 %, Sanitas con el 4,6 %, Coosalud con el 2,9 % y los demás aseguradores con participaciones inferiores al 1 %. En el régimen contributivo, la mayor participación correspondió a Capital Salud con el 45,1 %, seguida de Sanitas con el 30,5 %, Nueva EPS con el 15,9 % y Coosalud con el 3,6 %.

Respecto a las atenciones por pagador, informó que Capital Salud registró 184.775 atenciones, equivalentes al 76,8 % del total, seguida de Famisanar con 30.970 atenciones (12 %), mientras que los demás pagadores presentaron participaciones inferiores al 5 %.

Posteriormente, presentó las principales causas de consulta externa, excluyendo oncología, indicando que los trastornos mentales y del comportamiento, como ansiedad, depresión, retraso mental moderado y trastornos de las habilidades escolares, representaron el 16,2 % de las atenciones. En segundo lugar, se ubicaron las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, entre ellas hipotiroidismo, obesidad y diabetes mellitus, con el 12 %. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, así como las enfermedades del sistema circulatorio, registraron participaciones cercanas al 11 %, mientras que las demás causas presentaron porcentajes inferiores al 10 %.

En relación con odontología, informó que la principal causa de atención correspondió a la caries dental con el 35,4 %, seguida de la gingivitis y enfermedades periodontales con el 24,6 %, y otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes con el 12,6 %. Las demás causas registraron participaciones inferiores al 10 %.

Frente a la atención de población extranjera, indicó que se mantenía el mismo comportamiento observado en el informe anterior, predominando la población de nacionalidad venezolana con más del 3 % de las atenciones, mientras que las personas provenientes de Ecuador, Perú, Estados Unidos y otros países representaban porcentajes inferiores al 1 %.

12. Informe Trimestral PQRS

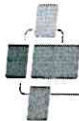
La Dra. Andrea Blanco – Jefe Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, presentó el informe correspondiente al segundo trimestre de 2026. Explicó que el análisis incluía las peticiones provenientes de Salud Pública, Control Interno y aquellas relacionadas directamente con la prestación de servicios de salud.

Informó que el 52 % de las solicitudes recibidas correspondió a temas de Salud Pública, el 47 % a la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y el 0,1 % a Control Interno. Señaló que el principal canal de recepción de las manifestaciones ciudadanas continuaba siendo el canal web, con una participación del 35 %, seguido de los 58 buzones dispuestos en las diferentes unidades y servicios de la SISS, además del correo electrónico y la atención telefónica.

En cuanto a las solicitudes de Salud Pública, indicó que la mayor proporción correspondía a derechos de petición relacionados con calidad del agua, saneamiento ambiental, establecimientos comerciales, denuncias por intoxicaciones, eventos transmisibles y programas de interés en salud pública, aclarando que dichas solicitudes no estaban directamente asociadas a la prestación de servicios de salud.

Posteriormente, presentó el comportamiento de las PQRS relacionadas con la atención en salud y destacó que, comparado con el primer trimestre de 2026, durante el segundo trimestre se logró una disminución del 23 % en los reclamos, así como una reducción en el número de quejas y un incremento en las felicitaciones, resultados que, según explicó, reflejaban el impacto positivo de las acciones de mejoramiento implementadas durante el primer semestre.

La Dra. Andrea Blanco – Jefe Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, presentó la tasa de reclamos, indicando que el comportamiento correspondiente a la vigencia 2026 evidenciaba una disminución progresiva del indicador. Señaló que, desde enero de 2024 hasta junio de 2026, la población asignada a la SISS se incrementó aproximadamente en un 45 %, razón por la cual consideró necesario analizar las tasas teniendo en cuenta el crecimiento poblacional y no únicamente el número absoluto de reclamos.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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 21
			FECHA: 10/08/2022

La Dra. Andrea Blanco – Jefe Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, explicó que, tras el análisis de los reclamos recibidos tanto por los canales institucionales como por la Superintendencia Nacional de Salud, se priorizaron cuatro líneas de intervención. La primera corresponde al fortalecimiento del acceso y de los canales de atención, enfocándose especialmente en medicina general, donde se identificó que gran parte de los reclamos obedecía a dificultades en el acceso al servicio más que a la disponibilidad de agendas.

La Dra. Andrea Blanco – Jefe Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, presentó las principales estrategias implementadas para reducir los reclamos asociados a la oportunidad en la atención y fortalecer los mecanismos de acceso a los servicios de salud.

Como primera línea de acción, expuso el fortalecimiento de los canales de acceso mediante herramientas de autogestión, con el propósito de que los usuarios pudieran acceder a los servicios sin necesidad de desplazarse hasta las unidades asistenciales. En este sentido, informó que se implementó el autoagendamiento de citas de medicina general a través de WhatsApp y de la página web institucional. Asimismo, se habilitó un sistema de respuesta interactiva por voz (IVR), mediante el cual los usuarios pueden programar citas telefónicamente utilizando un menú automatizado de opciones, sin intervención directa de un agente.

Complementariamente, señaló que se incrementó la capacidad del centro de atención telefónica, pasando de 30 a 40 agentes, con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta. Indicó que, además de la implementación tecnológica, se desarrolló una estrategia de divulgación y pedagogía para incentivar el uso de estos canales y generar confianza en los usuarios. También se habilitó la cancelación autogestionada de citas, lo cual permite reutilizar oportunamente los espacios liberados y disminuir las inasistencias.

La Dra. Andrea Blanco – Jefe Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, señaló que la medicina general no requiere orden médica, lo que facilitó su implementación inicial. Informó que, desde el mes de julio, se inició el proceso de autoagendamiento para medicina familiar y medicina interna, alcanzando hasta el momento la asignación de 535 citas de medicina familiar y 358 citas de medicina interna mediante estos canales. Manifestó que el propósito es continuar ampliando progresivamente el modelo hasta cubrir otras especialidades y avanzar hacia un sistema completamente automatizado.

Igualmente, informó que las mejoras implementadas incrementaron en 54 % las cancelaciones realizadas por vía telefónica y en 69 % las efectuadas mediante WhatsApp e IVR, lo que ha permitido optimizar la utilización de la oferta disponible al reasignar oportunamente las citas liberadas.

Como segunda línea estratégica, presentó las acciones relacionadas con la ampliación de la oferta de servicios y la implementación del modelo MAS Bienestar, orientadas a fortalecer la capacidad resolutive institucional y mejorar el acceso de los usuarios.

La Dra. Andrea Blanco – Jefe Oficina de Participación Social y Servicio al Ciudadano, presentó las acciones relacionadas con la gestión quirúrgica. Informó que se incorporaron dos nuevos oftalmólogos exclusivos para procedimientos quirúrgicos, con el propósito de aumentar la capacidad resolutive. Asimismo, explicó que se sustituyó el proceso presencial de radicación de documentos por un canal digital, mediante el cual los usuarios pueden enviar la documentación requerida y recibir información permanente sobre el estado de su trámite.

Concluidas las intervenciones y al no presentarse nuevas observaciones, la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello – Secretaria Técnica de Junta Directiva, informó que la sesión continuaría al día siguiente 29/07/2026 a las 3:00 p. m., con el fin de desarrollar los puntos restantes del orden del día.

CONTINUACIÓN DE LA SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DIRECTIVA 29 JULIO DE 2026.

13. Seguimiento Trimestral Plan Operativo Anual.

La Ing. Liliana Ríos Velandia, Jefe Oficina Desarrollo Institucional, señaló que el proceso de Gestión Estratégica cuenta con cinco indicadores o metas objeto de seguimiento por parte de la Junta Directiva.

El primer indicador corresponde al porcentaje de cumplimiento del Plan de Ventas, cuyo resultado fue del 100%. Explicó que dicho plan contempla cuatro estrategias, dentro de las cuales se encuentra el crecimiento en la venta de servicios de salud, así como los compromisos establecidos en el Plan Estratégico Financiero, el cual es presentado periódicamente a la Junta Directiva, y las actividades relacionadas con la divulgación del portafolio de servicios.

El segundo indicador corresponde al porcentaje de crecimiento de la venta de servicios de salud. Se explicó que, de acuerdo con el Plan Estratégico Financiero, la meta establecida correspondía a un crecimiento del 10%, mientras que, en el POA, al momento de su aprobación, se había definido una meta del 8,10%.

[Firma]

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

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

CODIGO: ES-GE-F-24-01

VERSION: 1

PÁGINA: 14 DE 21

FECHA: 10/08/2022

Frete a ambas metas se evidenci6 cumplimiento. Al cierre del trimestre, la SISS registr6 una medici6n aproximada de \$70.000 millones mensuales, alcanzando un crecimiento en ventas del 16%. El tercer indicador corresponde al porcentaje de cumplimiento de los planes de trabajo de infraestructura, relacionado con los proyectos de infraestructura suscritos con el Fondo Financiero y con el Ministerio de Salud. Para este indicador se obtuvo un cumplimiento del 95%.

El resultado consolidado fue un cumplimiento del 92,19%, porcentaje que, para efectos de la evaluaci6n del Plan de Gesti6n Gerencial, permite considerar cumplida la meta establecida. Finalmente, se present6 el indicador correspondiente al porcentaje de incremento en la calificaci6n del Índice de Desempeño Institucional. Para la vigencia se había establecido como meta incrementar en un punto porcentual la calificaci6n obtenida en el periodo anterior. Se inform6 que en la vigencia 2024 la SISS obtuvo una calificaci6n de 95,4 puntos en el FURAG, mientras que para la vigencia evaluada se obtuvo una calificaci6n de 96,4 puntos.

El Ing. Jos6 Emigdio Guti6rrez Reina - Director Administrativo, present6 el proceso de Gesti6n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol6gico. Para este proceso se report6 un cumplimiento final del 100%. De las ocho actividades proyectadas para el periodo, siete fueron ejecutadas y una permaneci6 pendiente, correspondiente a la convalidaci6n de las tablas de valoraci6n documental, actividad cuya ejecuci6n depende del Archivo Distrital. En relaci6n con el indicador correspondiente al Plan Institucional de Gesti6n Ambiental (PIGA) y el cumplimiento de su plan de acci6n, se inform6 que se ejecutaron las 43 actividades programadas de 43, alcanzando un cumplimiento del 100% de la meta establecida para el segundo trimestre.

Durante el periodo se realizaron 1.932 despachos, correspondientes a igual númer6 de solicitudes efectuadas por los servicios asistenciales, logrando atender el 100% de los despachos solicitados.

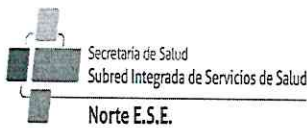
Finalmente, se present6 el indicador relacionado con la inscripci6n de las sedes a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables. Para la vigencia se había establecido como meta la inscripci6n de dos sedes, objetivo que ya fue cumplido mediante la inscripci6n de las unidades de Bellavista y Prado. Con lo anterior, se inform6 el cumplimiento de los indicadores correspondientes al proceso de Gesti6n de Recursos Físicos y Ambiente Tecnol6gico.

La Dra. Liliana Marcela Rubiano MartÍnez - Jefe Oficina Gesti6n del Conocimiento, inici6 su intervenci6n seÑalando que, para el POA, se establecieron cuatro indicadores correspondientes a la gesti6n del conocimiento. El primer indicador corresponde al númer6 de profesionales matriculados en programas de formaci6n posgradual. Para la vigencia 2026, durante el primer semestre se registr6 la matrÍcula de seis profesionales en la especializaci6n en Docencia Universitaria. El segundo indicador corresponde al porcentaje de actividades t6cnico-cientÍfico-acad6micas desarrolladas por la oficina. Se explic6 que este indicador tiene medici6n anual y que para la vigencia se programaron cinco eventos acad6micos. Durante el primer semestre se realiz6 un evento y se inform6 que el segundo evento acad6mico se desarrollaría al día siguiente de la sesi6n. El tercer indicador corresponde al porcentaje de implementaci6n del plan de trabajo para la certificaci6n como Hospital Universitario. Para el segundo trimestre de 2026 se report6 un cumplimiento del 100%, dando continuidad a las actividades y acciones previstas para el fortalecimiento del proceso en las tres unidades priorizadas: Sim6n BolÍvar, Engativá y Centro de Servicios Suba. El cuarto indicador corresponde al porcentaje de incremento de la producci6n cientÍfica, de acuerdo con el modelo establecido por Min ciencias.

La Dra. Andrea Lucia Blanco – Jefe Oficina Participaci6n Comunitaria y Servicio al Ciudadano, inici6 la presentaci6n seÑalando que el proceso cuenta con tres indicadores dentro del POA. El primer indicador corresponde al porcentaje de cobertura de socializaci6n de derechos y deberes al cliente interno, cuyo prop6sito es fortalecer el conocimiento de los derechos y deberes entre los colaboradores y personal tercerizado de la SISS, con el fin de promover su adecuada aplicaci6n y cumplimiento en la atenci6n a los usuarios. Se explic6 que, si bien existen estrategias dirigidas al cliente externo, mediante socializaciones realizadas a trav6s de redes sociales y en las salas de espera de las unidades, tambi6n constituye una prioridad que los colaboradores conozcan los siete derechos y siete deberes de los usuarios, dado que esto facilita su implementaci6n y cumplimiento en el proceso de atenci6n. Para este indicador se estableci6 una meta trimestral de 1.292 colaboradores abordados, con el prop6sito de alcanzar, al finalizar la vigencia, una cobertura aproximada de los 5.000 colaboradores que integran la SISS. Durante el segundo trimestre se alcanz6 un cumplimiento del 100%.

El segundo indicador corresponde al porcentaje de disminuci6n de las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR). Se explic6 que este indicador cuenta con una meta de disminuci6n definida para cada trimestre y que su medici6n se realiza con periodicidad trimestral. Se seÑal6 que, durante la vigencia, se habían presentado incrementos en el comportamiento de las PQR; no obstante, en el segundo trimestre se evidenci6 una desaceleraci6n de dicha tendencia.

Para el segundo trimestre se había establecido como meta una disminuci6n del 8%. Debido a que no se alcanz6 este porcentaje, el indicador se present6 con incumplimiento. Sin embargo, se destac6 como resultado favorable que, a partir

	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: 15 DE 21
		FECHA: 10/08/2022

de las estrategias y acciones de mejoramiento implementadas, particularmente aquellas orientadas a la disminución de los reclamos, entre los meses de abril y junio se logró una reducción del 16% en los reclamos asociados a Capital Salud.

El tercer indicador corresponde al porcentaje de satisfacción de los usuarios, considerado uno de los indicadores trazadores tanto para la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano como para la SISS, debido a que permite medir la percepción de los usuarios respecto de la calidad de la atención recibida. Se informó que este indicador se mide con periodicidad mensual y que para el mes de junio de 2026 se obtuvo un resultado de 96,6% de satisfacción, frente a un estándar institucional establecido en 96%, por lo cual se dio cumplimiento a la meta. Para la medición se realizan encuestas telefónicas y presenciales a los usuarios atendidos en los diferentes servicios. Durante el trimestre se realizaron encuestas a un total de 4.611 usuarios, de los cuales 4.441 manifestaron encontrarse satisfechos o muy satisfechos con la prestación del servicio.

La Dra. Glenda Tafur López - Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones, presentó el indicador denominado "Porcentaje de cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicación Organizacional", señalando que la Oficina de Gestión de Comunicaciones desarrolla sus actividades bajo los lineamientos establecidos en el Manual Estratégico de Comunicación y en el Plan Estratégico de Comunicación Organizacional. Este último contempla las estrategias dirigidas a los diferentes grupos de interés de la SISS Norte, entre ellos, colaboradores, usuarios y demás partes interesadas.

Informó que, para el periodo objeto de seguimiento, se alcanzó un cumplimiento del 100 % de las estrategias de comunicación programadas.

Concluyó que durante el segundo trimestre se evidenció una gestión de comunicaciones robusta, permanente y diversificada, caracterizada por un alto volumen de producción, una adecuada utilización de los canales digitales e institucionales y una articulación permanente con la Oficina de Comunicaciones de la Secretaría Distrital de Salud. En relación con esta articulación, se informó que se ha trabajado conjuntamente con la Secretaría Distrital de Salud en la generación de contenidos educativos y en la divulgación de estrategias institucionales, entre ellas, la entrega de los servicios de atención y las acciones desarrolladas en las sedes correspondientes, así como en el posicionamiento del Modelo Más Bienestar.

La Dra. Angela Patricia López Parada - Jefe Oficina de Calidad, informó que la Oficina de Calidad presenta dos indicadores del POA. El primero corresponde al análisis de mortalidad intrahospitalaria, el cual, además de formar parte del seguimiento del POA, se encuentra relacionado con el indicador de gestión gerencial establecido en la Resolución 408. Para el segundo trimestre de 2026, el indicador presentó un cumplimiento del 100 %, calificándose como satisfactorio.

El segundo indicador presentado corresponde a la elaboración de la autoevaluación para el proceso de acreditación y el cumplimiento del plan de mejoramiento derivado de dicha autoevaluación. Se explicó que la SISS se encuentra desarrollando su décimo ciclo de autoevaluación, y que este indicador tiene igualmente una periodicidad de seguimiento trimestral. Durante el primer trimestre de 2026 se había alcanzado un cumplimiento del 100 % de las actividades programadas, correspondientes al trabajo desarrollado en 19 mesas de mejoramiento.

La Dra. Angela Patricia López Parada - Jefe Oficina de Calidad, explicó que esta situación constituye una desviación y una oportunidad de mejora para la Oficina de Calidad. En consecuencia, aunque las actividades hayan sido desarrolladas, la ausencia o el cargue parcial de los soportes hace que el sistema las registre como acciones no ejecutadas o no finalizadas, generando vencimientos en los reportes y afectando el resultado del indicador. Precisó que este resultado no sería incorporado al corte correspondiente al segundo trimestre, debido a que su reporte corresponderá al siguiente periodo de seguimiento. Finalmente, manifestó que, de acuerdo con el avance evidenciado en este segundo corte, se había alcanzado un nivel de ejecución cercano al 90 %, por lo que se espera que durante el siguiente trimestre se pueda evidenciar una tendencia favorable y alcanzar o superar la meta establecida para el cumplimiento del plan de mejoramiento.

A continuación, la Dra. Nathaly Puerto Bonilla - Directora Servicios Ambulatorios, presentó los indicadores relacionados con los tiempos promedio de espera para la asignación de citas. En cuanto a ginecología, informó que la meta establecida es de ocho días y que la última medición registró un tiempo promedio de 1,7 días, por debajo de la meta, lo que representa un cumplimiento del 100 %. Respecto de medicina general, indicó que la meta establecida corresponde a tres días y que la última medición registró un tiempo promedio de 1,3 días. Para medicina interna, señaló que la meta es inferior a 15 días y que la última medición arrojó un promedio de 2,7 días, alcanzando igualmente un cumplimiento del 100%.

En cuanto a obstetricia, informó un tiempo promedio de asignación de cinco días como meta, frente a una última medición de 1,5 días. Para odontología, la meta establecida es de tres días y la medición registrada fue de 1,3 días.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 16 DE 21
	GESTIÓN ESTRATÉGICA		FECHA: 10/08/2022

Finalmente, para pediatría, la meta corresponde a cinco días y el indicador presentó una última medición de 1,7 días, con un cumplimiento del 100 %.

La Dra. Luz Dary Campos Moreno - Directora Servicios Complementarios, presentó los indicadores correspondientes a los servicios complementarios e informó que el proceso cuenta con 11 indicadores de seguimiento. En primer lugar, presentó el indicador relacionado con la oportunidad de atención de radiología simple en el servicio ambulatorio. Señaló que se realiza seguimiento permanente a las agendas con el propósito de prevenir desviaciones y garantizar el cumplimiento de la meta establecida. Para el periodo evaluado, informó que se viene cumpliendo la promesa de valor institucional de dos días para la asignación de la atención a los usuarios que solicitan este servicio. En relación con la oportunidad de atención de tomografía computarizada (TAC) y resonancia magnética en el servicio ambulatorio, explicó que la normatividad establece una meta de 15 días; sin embargo, la institución ha definido una promesa de valor inferior. Para el periodo evaluado, la medición correspondiente a estos servicios registró una oportunidad de 2,4 días, mientras que la promesa de valor institucional establecida es de tres días. Señaló que se ha venido dando respuesta a las solicitudes de los usuarios dentro de los tiempos establecidos. Respecto de la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico en el servicio ambulatorio, indicó que la institución cuenta con tiempos de respuesta establecidos entre 20 y 24 horas. Para el último mes evaluado, se registró una oportunidad de nueve horas y 22 minutos, resultado que se encuentra dentro del estándar definido. Durante dicho periodo fueron procesadas 11.861 muestras de laboratorio en la SISS.

En cuanto a la oportunidad de laboratorio clínico en el servicio de urgencias, explicó que el indicador tiene como meta un tiempo de dos horas desde el ordenamiento. Para el periodo evaluado se presentó una desviación, registrándose un tiempo de dos horas y 38 minutos, es decir, 38 minutos por encima de la meta establecida. No obstante, señaló que esta desviación no ha impedido brindar una respuesta oportuna a los servicios de urgencias, permitiendo disponer de los resultados de laboratorio para apoyar la toma de decisiones clínicas respecto de la hospitalización o el egreso de los pacientes. Para el servicio de hospitalización, presentó el indicador correspondiente a la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico, cuya meta es de seis horas. Informó que el tiempo registrado fue de tres horas y 12 minutos. Señaló que este resultado permite que los médicos de los diferentes servicios de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos dispongan de los resultados con oportunidad y pertinencia para apoyar el diagnóstico y la definición de los tratamientos de los usuarios hospitalizados. Posteriormente, presentó el indicador relacionado con la oportunidad de realización de TAC en el servicio de hospitalización. Indicó que, de acuerdo con la meta establecida, la oportunidad requerida es de 12 horas y que la última medición registró un tiempo de nueve horas, evidenciando cumplimiento.

La Dra. Ingrid Paola Lozano Torres - Directora Gestión del Riesgo, inició la presentación correspondiente a los indicadores de la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud, señalando que para el periodo objeto de seguimiento se contaba con once (11) indicadores. Explicó de manera ejecutiva los principales resultados obtenidos. En primer lugar, presentó el porcentaje de captación temprana de gestantes antes de la semana diez (10), indicador cuya meta de cumplimiento se encuentra establecida en el 62 %. Para la vigencia evaluada se obtuvo un resultado del 72,6 %, con lo cual se dio cumplimiento a la meta establecida. Posteriormente, se refirió al porcentaje de cobertura de vacunación en niños y niñas menores de un año, indicando que se trata de un indicador acumulado cuya meta es alcanzar, al cierre de la vigencia, una cobertura del 95 %. Para el periodo objeto de análisis se registró un cumplimiento del 47 %, con un resultado de cobertura del 57,8 %, de acuerdo con la medición correspondiente al periodo.

A continuación, presentó el porcentaje de cobertura de vacunación en niños y niñas menores de un año con triple viral, cuya meta para el periodo se encontraba establecida igualmente en el 47 %. Para la vigencia evaluada se alcanzó una cobertura del 49 %, equivalente al 100 % de cumplimiento de la meta establecida. En términos de población atendida, se reportó una cobertura de 1.739 niños vacunados. Asimismo, se registraron 1.590 niños vacunados durante el mes de abril y 1.367 durante el mes de mayo. En relación con el porcentaje de atención integral en la primera infancia, informó que la meta establecida para el indicador correspondía al 55 %. Para el trimestre evaluado se alcanzó un resultado del 55,9 %, superando la meta programada y evidenciando un incremento del 23,9 % frente al resultado obtenido durante el primer trimestre. Seguidamente, presentó el porcentaje de cumplimiento del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito local, indicando que este indicador ha mantenido un comportamiento favorable y registra un cumplimiento del 100 % de las acciones contempladas. En cuanto al cumplimiento de los seguimientos realizados a casos notificados de conducta suicida, señaló que el indicador también presentó un cumplimiento del 100 %. Preciso que el seguimiento se realiza a través del Plan de Intervenciones Colectivas, mediante el subsistema SISVECO, alcanzándose un total de 114 casos con seguimiento. Si bien el 95 % de los casos presentó un seguimiento efectivo, la totalidad de los casos contó con seguimiento, razón por la cual el indicador alcanzó el 100 % de cumplimiento.

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

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

CODIGO: ES-GE-F-24-01

VERSION: 1

PÁGINA: 17 DE 21

FECHA: 10/08/2022

Respecto al porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis que recibieron tratamiento oportuno y completo, informó que la meta establecida corresponde al 95 %. Durante la vigencia evaluada se alcanzó un cumplimiento del 100 %, garantizando el abordaje de la totalidad de las gestantes diagnosticadas con sífilis y el tratamiento tanto de la gestante como de su pareja, con el propósito de prevenir y disminuir el riesgo de reincidencia de los casos. Posteriormente, presentó el porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica para el control prenatal, cuya meta se encuentra establecida en el 90 %. Para el trimestre evaluado se obtuvo un resultado del 95,1 %, dando cumplimiento al indicador.

En relación con el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica para hipertensión arterial, señaló que la meta establecida es del 85 %. Para el periodo evaluado se obtuvo un cumplimiento del 88 %, evidenciando una adecuada adherencia al proceso evaluado a través del PAME. Asimismo, presentó la tasa de mortalidad en niños menores de cinco (5) años, indicando que el indicador alcanzó un cumplimiento del 100 %. La meta establecida correspondía a una tasa de 10,3 y el resultado obtenido para la vigencia fue de 8,9, ubicándose por debajo de la meta distrital y dando cumplimiento al indicador. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, informó que la meta establecida corresponde a una tasa de 9. Para la medición realizada se obtuvo un resultado de 7,5, igualmente inferior a la meta distrital, por lo cual se alcanzó el cumplimiento del indicador. Finalmente, señaló que se presentó una desviación en el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica para diabetes mellitus. Explicó que fueron evaluadas 160 historias clínicas, correspondientes a un total de 2.475 criterios, de los cuales se evidenció cumplimiento en 1.935.

La Dra. Andrea Sandoval Castro - Dirección de Servicios Hospitalarios, inició su intervención indicando que, para el periodo objeto de seguimiento, la Dirección de Gestión Clínica Hospitalaria contaba con varios indicadores orientados a evaluar la calidad, oportunidad y adherencia a las guías de atención. En primer lugar, presentó el indicador relacionado con la evaluación de la aplicación de la guía de manejo específico para hemorragias del primer trimestre y trastornos hipertensivos. Señaló que durante la presente vigencia se ha evidenciado un avance favorable, alcanzándose la meta establecida, correspondiente al 90 %.

Adicionalmente, informó que se han implementado estrategias específicas en las salas de cirugía, entre ellas el fortalecimiento del triage quirúrgico, dentro del cual la apendicitis constituye una de las prioridades institucionales de intervención. De igual manera, se ha desarrollado un trabajo articulado con el grupo interdisciplinario de salas de cirugía, con el propósito de priorizar a los pacientes que ingresan con dolor abdominal y diagnóstico presuntivo de apendicitis.

En relación con los indicadores de oportunidad de las interconsultas, informó que el primer indicador corresponde a la oportunidad de respuesta de las interconsultas de hospitalización, cuya meta para la vigencia es de ocho (8) horas. Preciso que este indicador presentó un ajuste respecto de la vigencia 2025, dado que durante el año anterior la oportunidad se medía con una meta de doce (12) horas y para la vigencia 2026 se estableció una meta más exigente, teniendo en cuenta, por una parte, el desempeño alcanzado durante la vigencia anterior y, por otra, la necesidad de mejorar los tiempos de giro de cama y la definición de conducta de los pacientes hospitalizados. Indicó que actualmente el indicador se encuentra en cumplimiento, con resultados por debajo de las ocho (8) horas establecidas como meta institucional.

A continuación, presentó el indicador relacionado con la respuesta a las interconsultas de urgencias, cuya meta también fue ajustada y establecida en seis (6) horas, correspondientes al tiempo requerido para la definición de conducta en el servicio de urgencias. Manifestó que este indicador se encuentra igualmente en cumplimiento y que se ha venido trabajando de manera articulada con la Dirección de Urgencias.

Finalmente, presentó el indicador correspondiente al porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica para infección de vías urinarias, señalando que esta patología constituye la primera causa de morbilidad. La meta establecida para este indicador corresponde al 85 %, mientras que el último resultado obtenido fue del 92,31 %, superando la meta establecida.

La Dra. Eliana Cristina Sotelo Verdugo - Directora Servicio de Urgencias, inició la presentación de los indicadores correspondientes al servicio. En primer lugar, presentó el indicador relacionado con la oportunidad en la atención del triage II, señalando que el último resultado registrado fue de 22,2 minutos. Destacó que las seis (6) unidades de la SISS que cuentan con servicio de urgencias vienen presentando cumplimiento de este indicador y que se han implementado acciones orientadas a continuar disminuyendo los tiempos de atención del triage II. Como segundo indicador, presentó la oportunidad en el manejo del infarto agudo de miocardio, cuyo resultado para el segundo trimestre fue del 90 %, dando cumplimiento a la meta institucional establecida. Posteriormente, presentó el porcentaje de sobreocupación de los servicios de urgencias, cuyo último resultado fue del 80,97 %, frente a una meta institucional que establece que este indicador no debe superar el 95 %. Manifestó que se ha venido dando cumplimiento a la meta, teniendo en cuenta que la definición de conducta de los pacientes se realiza dentro de los tiempos establecidos institucionalmente: menos de seis (6) horas cuando se cuenta con especialidades disponibles las 24 horas y menos de veinticuatro (24) horas cuando se trata de especialidades que no cuentan con disponibilidad presencial permanente.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 18 DE 21
			FECHA: 10/08/2022

Explicó que la medición del indicador contempla las estancias superiores a dos (2) horas e inferiores a veinticuatro (24) horas. En este sentido, resaltó que los pacientes atendidos en los servicios de urgencias son, en términos generales, definidos antes de cumplirse las veinticuatro (24) horas establecidas como meta institucional.

La Dra. Eliana Cristina Sotelo Verdugo – Directora Servicio de Urgencias, informó que se han implementado diferentes estrategias orientadas a reducir el volumen de reingresos de pacientes. Explicó que una proporción importante de estos reingresos se presenta debido a que algunos usuarios no esperan la entrega de los resultados de los exámenes requeridos o son trasladados a otras unidades antes de culminar el proceso de atención.

La Dra. Erika Paola Rojas Urrego -Directora Financiera, presentó cinco indicadores financieros. En primer lugar, expuso el indicador de equilibrio presupuestal, cuyo resultado, con corte a junio de 2026, correspondió al 76,87 %. Explicó que este indicador representa la relación entre ingresos y gastos y señaló que el ingreso correspondía aproximadamente al 76 % de los compromisos. Al realizar la comparación con el mismo corte del año anterior, indicó que el resultado registrado era del 74,53 %. Preciso que, de acuerdo con el planteamiento establecido para esta meta, se trata de un indicador cuya medición es anual, por lo que su resultado definitivo será revisado en el mes de diciembre. Posteriormente, presentó el indicador de facturación radicada, cuya meta corresponde al 95 %. Informó que el resultado obtenido fue del 94,86 %, valor que, al ser redondeado, corresponde al 95 %. Por esta razón, el cumplimiento del indicador se refleja en aproximadamente 99,85 %, quedando pendiente únicamente una diferencia mínima para alcanzar el cumplimiento total de la meta.

En relación con este indicador, señaló que se han venido fortaleciendo los equipos responsables de la radicación, así como las actividades de gestión y seguimiento, especialmente en lo relacionado con la disponibilidad de soportes y autorizaciones requeridas para realizar la radicación de manera oportuna. También indicó que los cambios normativos han generado impactos en los procesos asociados a la radicación. A continuación, presentó el indicador correspondiente al porcentaje de participación de los gastos administrativos sobre las ventas. Explicó que la meta establecida corresponde a un máximo del 15 % y que, con corte al mes de junio, el resultado obtenido fue del 14,85 %, lo que representa cumplimiento de la meta.

Respecto al porcentaje de participación de los costos, informó que la meta establecida es del 83 % y que, con corte al 30 de junio de 2026, el resultado registrado correspondió al 75,51 %. Destacó que este resultado refleja una importante contención de los costos, pese al incremento registrado en la venta de servicios de salud.

Finalmente, presentó el indicador de rotación de cartera, respecto del cual informó un cumplimiento del 100 %. Señaló que la meta establecida corresponde a un máximo del 2 % y que se registra una reducción del 22 % en la rotación de la cartera, resultado que permite evidenciar el cumplimiento del indicador.

La Dra. Ana Tatiana Quintana Torres - Dirección de Contratación, informó que, dentro de la gestión contractual, se realiza seguimiento a un indicador denominado "Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compra conjunta, compras a través de cooperativas o mediante la plataforma SECOP II", establecido en cumplimiento de la Resolución 408. Explicó que la meta definida para este indicador corresponde al 90 % y que, de acuerdo con el seguimiento realizado, durante el último trimestre se alcanzó un cumplimiento del 98,49 %.

La Dra. Ana Tatiana Quintana Torres - Dirección de Contratación, complementa la explicación indicando que la contratación de la SISS se adelanta mediante la plataforma SECOP II y que el indicador establece la utilización de alguno de los mecanismos señalados. Preciso que, en el caso de la SISS, estos mecanismos corresponden principalmente a las compras conjuntas y a los procesos adelantados a través de la plataforma SECOP II.

La Ing. Johanna Patricia Rodríguez – Directora Operativa Gestión del Talento Humano, informó que el indicador objeto de seguimiento corresponde al porcentaje de implementación del Plan de Acción de Transformación Cultural para la entidad. Manifestó que, durante el segundo trimestre de la vigencia 2026, el plan alcanzó el cumplimiento total de las actividades programadas, toda vez que de las cuatro actividades previstas se dio cumplimiento a las cuatro, equivalente al 100 %.

El Ing. Víctor Julio Gómez Carvajal - Jefe Oficina de Sistemas de Información, inició su intervención informando que procedería a presentar el resumen de los cuatro indicadores de Junta. No obstante, antes de abordar dichos indicadores, consideró pertinente precisar tres aspectos estratégicos que se vienen desarrollando durante el semestre.

Como primer aspecto, se refirió a la infraestructura tecnológica y al componente de hardware. Informó que los hospitales de Suba y Simón Bolívar ya habían sido actualizados a tecnología de fibra óptica bajo el esquema G-PON. Señaló que, en ese momento, se encontraba en proceso la liberación y transición del esquema anterior hacia el nuevo, lo cual permitiría generar mejoras significativas en la calidad y rapidez del servicio, así como en el desempeño y atención de los equipos de cómputo.

INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL

ANEXO 3: TOMA DE DECISIONES

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

CODIGO: ES-GE-F-24-01

VERSION: 1

PÁGINA: 19 DE 21

FECHA: 10/08/2022

Indicó que esta actualización correspondía a una inversión de importancia para la SISS, cuyo desarrollo había comenzado desde la vigencia anterior. Para junio de 2026 se había avanzado en la implementación de la nueva tecnología en las áreas críticas de las unidades de Suba y Simón Bolívar. En el caso de Simón Bolívar, precisó que el proceso se encontraba iniciando de manera progresiva, teniendo en cuenta que la infraestructura comprende siete y ocho pisos, por lo cual la implementación se realizaría paulatinamente.

Como segundo aspecto estratégico, hizo referencia al componente de arquitectura empresarial y al desarrollo e implementación de herramientas de software. En este contexto, informó que se había iniciado el diseño de un "Meliportal", cuyo objetivo para la SISS Norte era consolidar en una única herramienta las diferentes soluciones y herramientas ágiles dirigidas al usuario final, particularmente a los colaboradores de la entidad.

Explicó que, dentro del desarrollo del "Meliportal", se habían incorporado dos nuevas estrategias. La primera correspondía a una herramienta de inteligencia artificial orientada a agilizar el proceso de gestión de tickets o mesa de ayuda. La segunda estaba relacionada con el registro digital de las cuentas de cobro, con el propósito de eliminar el manejo manual de este proceso.

En relación con las cuentas de cobro, indicó que la implementación de la herramienta permitía avanzar hacia un proceso de cero papel, debido a que las firmas y aprobaciones se realizaban de manera digital y en línea. Señaló que esta modificación había permitido eliminar diversos pasos del procedimiento y optimizar el proceso de radicación de las cuentas de cobro de los contratistas.

Adicionalmente, el Ing. Víctor Julio Gómez Carvajal - Jefe Oficina de Sistemas de Información, informó que, como resultado del avance en la implementación del "Meliportal", se había desarrollado un proceso de automatización para el área de tesorería, específicamente para el pago de contratistas. Explicó que anteriormente este procedimiento podía tardar entre cuatro y cinco días debido a que se realizaba de manera manual y requería la intervención de varias personas. Con la implementación de un robot para efectuar el proceso, el tiempo se había reducido aproximadamente a un día y medio, dependiendo de los datos y la información ingresada para efectuar el pago de los contratos de servicios. Como tercer aspecto estratégico, informó que desde el mes de mayo se había iniciado la utilización de herramientas de inteligencia artificial, enmarcadas en el proceso de transformación digital institucional.

Indicó que el piloto también se había iniciado en Chapinero, específicamente en el componente ambulatorio, y que la herramienta estaba contribuyendo a agilizar la atención, permitiendo optimizar los tiempos previstos de aproximadamente 20 minutos y facilitando que el médico pudiera dedicar mayor atención al paciente, escuchar de manera más detallada sus necesidades, mantener contacto visual e interactuar de una forma más humana durante la consulta. En consecuencia, señaló que estas constituían las tres principales estrategias desarrolladas durante el segundo periodo: el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica, la implementación de herramientas de software y automatización, y el uso de inteligencia artificial como componente de transformación digital.

14. Seguimiento Planes Decreto 612 de 2026

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, dio continuidad a la presentación del informe de seguimiento a los planes institucionales, de conformidad con lo establecido en el Decreto 612 de 2018, con corte al segundo trimestre de la vigencia 2026. En primera instancia, presentó el componente de Talento Humano, conformado por seis planes, los cuales integran el Plan Estratégico de Talento Humano. Señaló que este componente presenta un cumplimiento del 100 %, correspondiente a las 47 actividades programadas en los cinco planes que serían objeto de presentación durante la sesión. En relación con el Plan de Previsión de Recursos Humanos, informó un cumplimiento del 100 %, asociado a una única actividad correspondiente al reporte de la planta de personal efectuado ante el Departamento Administrativo de la Función Pública. Explicó que este reporte se articula con el Plan Anual de Vacantes, en el cual, con corte a junio de 2026, se reportaron oportunamente 1.797 empleos, de los cuales el 56,59 % se encontraban provistos y el 43,41 % correspondían a vacantes.

Posteriormente, presentó los tres planes a cargo de la Dirección de Talento Humano. Frente al Plan Institucional de Capacitación, indicó que, con corte al segundo trimestre de 2026, se programaron y cumplieron seis actividades. En el marco de estas acciones se registró la participación de 523 colaboradores en la inducción general. Asimismo, se desarrollaron cursos y actividades de formación en diferentes temáticas, con una participación de 165 colaboradores, abordando contenidos relacionados con la atención integral a víctimas de violencia sexual, atención a víctimas de ataques con agentes químicos, prevención y atención del acoso laboral y acoso sexual laboral, y atención en salud a población étnica, entre otros. En cuanto al Plan de Bienestar e Incentivos, informó que se cumplió el 100 % de las 15 actividades programadas para la vigencia. Dentro de las principales acciones desarrolladas destacó la realización del Día de la Familia en Lagosol, actividad que contó con la participación de 494 colaboradores. De igual manera, se registró la participación de 211 colaboradores en las Ferias de Bienestar y de 28 colaboradores en una actividad de picnic virtual.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 20 DE 21
			FECHA: 10/08/2022

También se desarrolló un taller relacionado con pautas de crianza, denominado taller de actualidad, con la participación de 21 colaboradores.

Respecto del Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, señaló que presentó igualmente un cumplimiento del 100 %, correspondiente a las 21 actividades programadas y ejecutadas. Preciso que dentro de estas acciones se contemplaron los diferentes indicadores asociados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre ellos los relacionados con accidentes de trabajo, severidad de la accidentalidad y ausentismo laboral. Asimismo, informó sobre la socialización de la política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante la estrategia denominada Semana de Seguridad y Salud en el Trabajo, a través de la cual se logró un abordaje de 462 colaboradores.

Respecto del PINAR, informó que para el periodo se programaron ocho actividades, de las cuales siete fueron ejecutadas. Entre los principales resultados señaló el desarrollo de los proyectos estratégicos, con un avance del 92 %, así como el avance del proyecto de actualización y elaboración de las Tablas de Valoración Documental, que presentó un cumplimiento del 83 %. De igual manera, informó sobre los avances en la digitalización de las historias clínicas y la elaboración del diagnóstico funcional, mediante el cual se identificaron oportunidades de mejora para el aplicativo Agilsalud. Posteriormente, presentó el Plan Anual de Adquisiciones, respecto del cual señaló que se realiza seguimiento con una frecuencia quincenal y con acompañamiento de la Gerencia. Informo que el plan presentó un cumplimiento del 99 %, correspondiente a 70 adquisiciones ejecutadas de un total de 71 programadas.

Preciso que el único proceso que no logró ejecutarse dentro del periodo correspondió al diagnóstico integral de la infraestructura y los equipos del sistema de producción de gases medicinales, el cual quedó radicado de manera extemporánea. En cuanto a la ejecución de recursos, informó que se presentó una gestión por valor de aproximadamente \$17.370 millones, frente a una programación de \$17.382 millones, evidenciándose una ejecución cercana al 100 % de los recursos previstos. A continuación, se refirió al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, aclarando que este plan cuenta con seguimiento semestral.

Explicó que, para el momento de la presentación, se encontraba en desarrollo el seguimiento de tercera línea de defensa, a cargo de la Oficina de Control Interno. Indicó que el programa cuenta con un total de 37 actividades, estructuradas en ocho componentes, los cuales fueron presentados oportunamente a consideración y aprobación de la Junta Directiva al inicio de la vigencia. Señaló que, durante el mes de agosto, el Oficial de Cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial realizaría la presentación formal y detallada ante la Junta Directiva, incluyendo el porcentaje de cumplimiento resultante del seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno.

Explicó que las actividades desarrolladas en los ocho componentes del programa se encuentran relacionadas, principalmente, con la gestión integral del Sistema de Gestión del Riesgo, cuyo seguimiento y avances han sido presentados periódicamente a la Junta Directiva. Seguidamente, abordó los planes relacionados con la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – TIC. En primer lugar, presentó el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, el cual contemplaba seis actividades programadas para el periodo, todas ejecutadas, alcanzando un cumplimiento del 100 %.

Posteriormente, presentó el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, igualmente con un cumplimiento del 100%, correspondiente a cuatro actividades programadas y ejecutadas. En este componente se efectuó el fortalecimiento del seguimiento a los riesgos relacionados con la seguridad y privacidad de la información, la actualización del documento que contiene los controles asociados a dichos riesgos, avances en la implementación de controles para el acceso remoto seguro y la realización de jornadas de sensibilización en seguridad cibernética.

Finalmente, se refirió al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI, el cual contemplaba ocho actividades programadas y ejecutadas, alcanzando un cumplimiento del 100 %. Señaló que las acciones reportadas correspondían a un resumen de los avances que habían sido presentados previamente por el Ing. Víctor Julio Gómez Carvajal - Jefe Oficina de Sistemas de Información, durante la exposición de su POA.

La Ing. Liliana Ríos Velandia - Jefe Oficina Desarrollo Institucional, precisó que el Decreto 612 de 2018 establece los doce planes estratégicos institucionales y dispone que estos deben ser publicados en la página web institucional, a más tardar el 31 de enero de cada vigencia. Asimismo, señaló que la norma establece expresamente la obligación de realizar una presentación de seguimiento con frecuencia trimestral ante la Junta Directiva.

15. Propositiones y Varios

La Dra. Victoria Eugenia Martínez – Secretaria Técnica de la Junta Directiva, recordó que, desde el día anterior y nuevamente durante la sesión, el Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates había solicitado abordar la presentación del tema

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 21 DE 21
	GESTIÓN ESTRATÉGICA		FECHA: 10/08/2022

relacionado con la modernización de la planta de personal. En consecuencia, la Ing. Johanna Patricia Rodríguez Gómez - Directora Operativa Gestión del Talento Humano, presento lo correspondiente.

Posteriormente la Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, retomó la palabra y señaló que, con la presentación realizada, se habían expuesto los avances tanto del concurso de méritos como del proceso de modernización de la planta de personal. Explicó que, de acuerdo con la lectura realizada por la Administración respecto de la reunión sostenida con la persona delegada por la comisionada de la Comisión Nacional del Servicio Civil, se había planteado una alternativa consistente en desarrollar el concurso de manera parcial y en dos etapas.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, explicó que la Administración había iniciado el análisis de las vigencias futuras tomando como punto de partida los contratos amparados en el convenio del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC. Explicó que la selección de estos contratos obedecía a que el convenio del PIC cuenta con una vigencia que compromete recursos de la Secretaría Distrital de Salud hasta la siguiente vigencia, lo cual permitiría contar con una mayor garantía respecto de la disponibilidad de los recursos necesarios.

Indicó que, si se aprobaba la solicitud presentada ante el CONFIS, sería posible avanzar, al menos, con un par de contratos durante la vigencia 2026, con el propósito de evaluar la posibilidad de obtener mejores precios y ampliar el número de proveedores interesados en participar en estos procesos de contratación.

A continuación, la Dra. Erika Paola Rojas Urrego -Directora Financiera, presentó la solicitud relacionada con las vigencias futuras.

Inició explicando el marco normativo aplicable, señalando que el procedimiento se encontraba sustentado en la Circular CONFIS 007 de 2024, mediante la cual se actualizó la guía básica sobre vigencias futuras y el procedimiento para su solicitud ante el CONFIS Distrital o ante las Juntas o Consejos Directivos de las empresas distritales delegadas, de conformidad con la Resolución CONFIS 13 de 2021, o aquella que la sustituya.

Explicó que, dentro de los requisitos para solicitar una vigencia futura, se encuentra la presentación formal de la solicitud de autorización y aprobación ante la Secretaría Técnica del CONFIS Distrital, con copia a la Dirección Distrital de Presupuesto de la Secretaría Distrital de Hacienda.

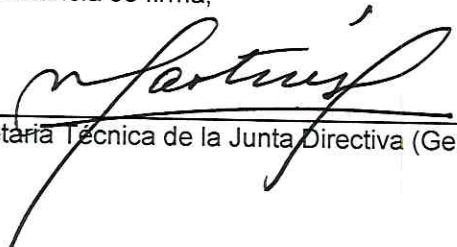
Entre la documentación requerida se encuentra una comunicación dirigida CONFIS solicitando la autorización de la vigencia futura; una justificación técnica, económica y financiera, suscrita por el representante legal de la entidad, que incluya los montos solicitados y la fuente específica de financiación, expresados tanto en pesos corrientes como en pesos constantes del año en el cual se realiza la solicitud. Asimismo, se requiere el formato de solicitud de vigencia futura establecido por la Secretaría Técnica del CONFIS, la certificación expedida por el responsable del presupuesto de la SISS Norte sobre la existencia de una apropiación mínima disponible equivalente al 15 % del valor total de la vigencia futura solicitada, la autorización previa de la Junta Directiva y un informe de ejecución de las vigencias futuras autorizadas con anterioridad.

Desarrollado completamente el orden del día, la Presidente de la Junta Directiva da por terminada la sesión

COMPROMISOS

La Dra. Victoria Eugenia Martínez Puello - Secretaria Técnica de la Junta Directiva, informó que la Junta Directiva había solicitado en la sesión anterior la presentación de los avances relacionados con las vigencias futuras para contratación y del proceso de modernización de la planta de personal. Señaló que ambos temas serían desarrollados durante la presente sesión por las dependencias competentes, razón por la cual los compromisos se darían por cumplidos una vez finalizara la respectiva presentación.

En constancia se firma,


Secretaría Técnica de la Junta Directiva (Gerente)

