FECHA	29 – 30 septiembre de 2026
HORA	08:00 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	Secretaría 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
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 de quórum.
2. Aprobación del orden del día.
3. Solicitud de autorización de arrendamiento de espacios en Engativá.
4. Modificaciones presupuestales.
5. Aprobación de actas anteriores.
6. Adiciones a contratos de bienes y servicios.
7. Preparación para la visita de acreditación.
8. Agenda estratégica asistencial - Dirección de Servicios Complementarios.
9. Seguimiento a compromisos – Manual de Políticas Contables.
10. Informe de Revisoría Fiscal.
11. Presentación del seguimiento a la liquidación de convenios.
12. Avances de proyectos de infraestructura.
13. Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional 2024-2028.
14. Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
15. Proposiciones y varios.

TOMA DE DECISIONES

ÍCONO	DECISIÓN
	Se aprueba 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" - TRASLADO DE NOMINA
	Se adición a Contratos de BYS 044/2025, 157-2025, CS BYS 160-2025, CS BYS 165-2025, CS BYS 166-2025, 094-2025 y 153 de 2025.
	Se aprueba un Ajuste en el Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para la vigencia 2026

SÍNTESIS

1. LLAMADO A LISTA Y VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM.

Siendo las 8:00 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. Se inicia la sesión el día 29 de septiembre de 2026 en modalidad presencial y se continua el 30 de septiembre de 2026 en modalidad virtual.

2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ARRENDAMIENTO DE ESPACIOS EN ENGATIVÁ

La Dra. Tatiana Quintana, Directora de Contratación, procedió a presentar ante la Junta Directiva la solicitud de autorización para el arrendamiento de dos espacios correspondientes a locales comerciales ubicados en Engativá. En relación con el marco jurídico aplicable, señaló que, de acuerdo con el artículo noveno, parágrafo segundo, de los estatutos de la SISS Integrada de Servicios de Salud Norte, la cesión, concesión, arrendamiento, comodato o cualquier otra modalidad que implique disponer del uso de bienes inmuebles o equipos científicos de propiedad de la SISS requiere la aprobación de las dos terceras partes de la Junta Directiva, incluido el voto favorable de los representantes de la comunidad.

El Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos – Delegado del Secretario de Salud, señaló que la disposición normativa citada establecía expresamente que la aprobación debía contar con las dos terceras partes de la Junta Directiva, incluido el voto favorable de los representantes de la comunidad. En consecuencia, consideró prudente esperar a que dichos representantes tomaran posesión, circunstancia que se produciría ese mismo día o al día siguiente, y someter la solicitud a consideración en una sesión posterior. Se concluyó que, antes de proceder a la votación, resultaba necesario revisar la condición establecida en los estatutos respecto de la participación de los representantes de la comunidad.

Se realizó una presentación general de la propuesta solo para conocimiento de la Junta Directiva.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, resaltó que desde el inicio de la actual administración se había venido adelantando, conjuntamente con la Oficina Jurídica, un proceso de saneamiento y organización de los bienes inmuebles y demás propiedades de la Subred. Este proceso ha incluido la revisión de la titularidad de los predios y la recuperación de espacios que durante varios años habían permanecido ocupados sin que existiera una adecuada regularización de su uso.

3. MODIFICACIONES PRESUPUESTALES – TRASLADO DE NÓMINA

La Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, explicó que, a partir de la actualización de los rubros presupuestales realizada en el sistema correspondiente, existen unos rubros principales que deben ser aprobados por la Junta Directiva y otros rubros de menor nivel o detalle cuyo traslado puede ser efectuado directamente por la Gerencia. No obstante, precisó que, en el caso de los rubros asociados a la nómina, los movimientos presupuestales deben ser sometidos a consideración de la Junta Directiva, razón por la cual el traslado presentado requería su aprobación. En cuanto al marco jurídico, señaló que el artículo 23 del Decreto 645 de 2025 establece que, para las Empresas Sociales del Estado, los traslados presupuestales que no modifiquen el valor total de las apropiaciones correspondientes a gastos de funcionamiento, servicio de la deuda e inversión deben ser aprobados por la Junta Directiva. Respecto del concepto de la Secretaría Distrital de Salud, informó que se contaba con una comunicación emitida durante la vigencia 2024, mediante la cual se establecía que para este tipo de movimiento no se requería concepto previo de dicha Secretaría.

Asimismo, presentó la certificación expedida por la Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano, mediante la cual se identificaron los valores susceptibles de ser liberados de los diferentes rubros de nómina.

Explicó que el movimiento presupuestal total ascendía aproximadamente a $28.000 millones, de los cuales cerca de $26.000 millones corresponden a recursos que serían trasladados hacia rubros diferentes de nómina, mientras que aproximadamente $1.961 millones serían redistribuidos internamente entre diferentes rubros de nómina. Precisó que, de acuerdo con la revisión realizada por Talento Humano, aunque existían recursos disponibles en determinados rubros de nómina, era necesario conservar una parte de estos para cubrir déficits identificados en otros conceptos asociados igualmente a la nómina. En consecuencia, de los recursos susceptibles de liberación se destinarían aproximadamente $1.961 millones a cubrir dichas necesidades internas y el saldo restante quedaría disponible para atender otros gastos institucionales.

La Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, explicó que, dentro de los recursos que quedarían disponibles para conceptos diferentes de nómina, se contemplaban aproximadamente $6.957 millones destinados a gastos de funcionamiento, entre los cuales se encontraban conceptos relacionados con medicamentos y otros bienes y servicios requeridos por la institución. Precisó que estos recursos ya no serían utilizados para atender obligaciones de nómina, dado que el ejercicio de liquidación y revisión correspondiente había sido realizado por la Dirección de Gestión del Talento Humano. En relación con los contracréditos asociados a gastos de operación, indicó que el movimiento ascendía a aproximadamente $18.994 millones, distribuidos entre los diferentes rubros que componen la nómina. La presentación incluyó el detalle de cada uno de los rubros que generaban los recursos objeto del traslado.

Respecto de los recursos que serían acreditados, explicó que, de acuerdo con las necesidades identificadas por Talento Humano, dentro de los gastos de funcionamiento se requerían aproximadamente $67 millones para gastos de representación, correspondientes a un rubro asociado a nómina. Los recursos restantes, aproximadamente $6.890 millones, serían destinados a conceptos diferentes de nómina. Dentro de esta distribución se contemplaban aproximadamente: $1.500 millones para dotación, teniendo en cuenta que el incremento del salario mínimo generó un aumento en el número de funcionarios que cumplen las condiciones para acceder a este beneficio de acuerdo con la normativa aplicable, $1.455 millones asociados a gastos de transporte y comunicaciones y $3.934 millones destinados a adquisición de servicios.

Sobre este último componente, se precisó que aproximadamente $570 millones corresponderían a transporte y comunicaciones, mientras que cerca de $3.365 millones estarían destinados al mantenimiento de la empresa. Por otra parte, respecto de los $18.994 millones correspondientes a gastos de operación, se indicó que aproximadamente $2.997 millones serían destinados a cubrir el rubro de sueldo básico, correspondiente a un concepto de nómina. Los recursos restantes, por aproximadamente $15.997 millones, serían destinados a conceptos diferentes de nómina, entre ellos materiales y suministros, adquisición de bienes y servicios y otros gastos requeridos para el funcionamiento institucional. Dentro de los materiales y suministros se contemplaban aproximadamente $11.430 millones, incluyendo recursos destinados a medicamentos. Asimismo, se identificaron cerca de $4.791 millones asociados a la adquisición de bienes y otros conceptos relacionados con la operación institucional. Adicionalmente, se señalaron aproximadamente $7.239 millones relacionados con conceptos como alimentación, lavandería y adquisición de servicios de salud.

La Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, complementó la explicación señalando que, en el ejercicio presentado previamente ante las Secretarías de Hacienda y de Salud, las estimaciones de nómina habían permitido identificar inicialmente un excedente aproximado de $23.000 millones. Estos recursos permitían compensar parcialmente otras necesidades presupuestales, frente a un faltante general estimado en aproximadamente $40.000 millones. De dicho faltante, alrededor de $21.000 millones estaban proyectados para ser cubiertos mediante convenios, dentro de los cuales se encontraba contemplado el componente correspondiente a Atención Prehospitalaria (APH).

La Dra. Mirian Vanesa Ruiz Jiménez, Delegada del Alcalde Mayor de Bogotá y del Secretario Distrital de Salud, manifestó que consideraba valioso el ejercicio realizado; no obstante, señaló que el proyecto de acuerdo remitido a los miembros de la Junta Directiva presentaba una justificación insuficiente, particularmente desde los componentes jurídico y técnico. Indicó que el documento debía explicar con mayor profundidad las razones que habían originado la disponibilidad de los recursos, precisando, entre otros aspectos, si se habían generado eficiencias en el gasto, si algunas vacaciones inicialmente proyectadas no se habían ejecutado, si determinados cargos previstos no fueron provistos o si se presentaron otras situaciones que permitieran explicar los saldos disponibles.

7

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, explicó que la situación debía analizarse a la luz de las disposiciones aplicables a las Empresas Sociales del Estado. Precisó que la normativa presupuestal exige que, al momento de formular el presupuesto, se programe el 100% de los cargos que conforman la planta de personal, independientemente de que estos se encuentren ocupados o vacantes. En consecuencia, la SISS debe incorporar en su presupuesto la totalidad de los cargos autorizados, incluso cuando al inicio de la vigencia no se encuentren provistos. Señaló que, por esta razón, la existencia de saldos de nómina durante el transcurso de la vigencia no puede interpretarse automáticamente como una deficiencia de planeación, puesto que la programación inicial responde a un mandato normativo. Indicó que en el presupuesto y en el plan financiero que se presentan a consideración de la Junta Directiva se contempla la totalidad de los cargos de la planta, aun cuando algunos de ellos permanezcan vacantes.

La Dra. Mirian Vanesa Ruiz Jiménez, Delegada del Alcalde Mayor de Bogotá y del Secretario Distrital de Salud, insistió en que dicha explicación debía quedar expresamente incorporada en el proyecto de acuerdo, de manera que la Junta Directiva pudiera contar con los elementos jurídicos y técnicos suficientes para sustentar su decisión, sin que se partiera de la premisa de que los integrantes ya conocían o daban por entendidas las razones que sustentaban el traslado.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, manifestó su acuerdo con esta observación y señaló que la justificación podía ampliarse con base en los hechos y fundamentos jurídicos que sustentaban la modificación. Aunado a lo anterior, señaló que estos recursos pueden ser trasladados teniendo en cuenta que la SISS requiere financiación adicional para atender otros rubros que, desde el inicio de la vigencia, presentan necesidades superiores a las apropiaciones disponibles. En consecuencia, manifestó que se revisaría nuevamente la justificación y el soporte del proyecto de acuerdo, ampliando la explicación relacionada con la obligación normativa de presupuestar el 100 % de la planta de personal y con el mecanismo mediante el cual, durante la vigencia, se identifican los recursos que finalmente pueden ser objeto de traslado.

El Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos - Delegado del Secretario Distrital de Salud, consideró pertinente fortalecer el soporte técnico y jurídico del acuerdo. Señaló que, tratándose de una modificación de aproximadamente $25.000 millones, el monto resulta particularmente significativo y amerita una explicación suficientemente robusta. Consideró que, para futuras vigencias, debe fortalecerse el seguimiento periódico de la ejecución de la nómina, de manera que los saldos que tengan certeza de no ser requeridos puedan liberarse oportunamente y ponerse a disposición de otros rubros deficitarios.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez – Secretaria Técnica de Junta Directiva, manifestó que las observaciones serían incorporadas en la justificación del proyecto de acuerdo, procurando que el documento reflejara de manera suficiente tanto el fundamento normativo de la programación de la nómina como las circunstancias concretas que dieron lugar a la disponibilidad de recursos y a la necesidad de su redistribución.

El Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos – Delegado del Secretario de Salud, manifestó que compartía esta consideración y señaló que, en ejercicios anteriores, distintos organismos habían solicitado soportes y justificaciones relacionadas con las decisiones adoptadas por las Juntas Directivas. Indicó que, al revisar los documentos que acompañaban la presente modificación, se evidenciaba la necesidad de fortalecer la justificación incorporada tanto en el proyecto de acuerdo como en los demás soportes de la decisión.

Siendo las 8:30 a.m., se registra la llegada del Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio, quien retoma la sesión como Presidente de Junta Directiva.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de Junta Directiva, señaló que, a su juicio, el punto central de la discusión se encontraba en el traslado realizado en mayo. Recordó que, en ese momento, la Junta Directiva había solicitado que se efectuara un traslado integral de los recursos que razonablemente no serían requeridos para el resto de la vigencia, con el propósito de disponer oportunamente de estos recursos para adelantar procesos de contratación de mayor duración. Señaló que, si bien los recursos actualmente identificados deben ser trasladados debido a que no serán utilizados en nómina y existen otras necesidades institucionales que requieren financiación, era importante dejar constancia de la situación para efectos de mejorar los procesos de planeación y seguimiento presupuestal. En su concepto, la situación no necesariamente implicaba una deficiencia en la programación inicial exigida por la normativa, pero sí evidenciaba una debilidad en el ejercicio realizado en mayo, al no haberse identificado y trasladado oportunamente la totalidad de los recursos disponibles.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de la Junta Directiva, propuso a los miembros de la Junta Directiva formular una recomendación a la Gerencia y a los equipos técnicos responsables, orientada a que, en adelante, las solicitudes de modificación presupuestal sean objeto de revisiones integrales y exhaustivas antes de ser presentadas a consideración de la Junta.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, aclaró que la situación no obedeció a una falta de atención de la recomendación impartida por la Junta. Explicó que para realizar cualquier traslado de recursos de nómina la Gerencia requiere contar previamente con la certificación del área de Talento Humano, por lo que la administración debe basarse en los cálculos y certificaciones emitidos por el equipo técnico responsable. Señaló que el resultado de este ejercicio se encuentra respaldado en la certificación expedida por el área responsable de Talento Humano, en la cual se contempla la totalidad de las provisiones proyectadas para la planta durante el último trimestre y se determina el saldo efectivamente susceptible de traslado.

Con base en las consideraciones expuestas, la Dra. Victoria Eugenia Martínez – Secretaria Técnica de Junta Directiva, sometió a consideración de la Junta Directiva la aprobación del traslado presupuestal, condicionada a la incorporación y fortalecimiento de las justificaciones y soportes señalados durante la sesión. La propuesta fue aprobada por unanimidad de los miembros de la Junta Directiva presentes en la sesión, sujeto a la incorporación de las modificaciones y precisiones solicitadas en la justificación del Acuerdo.

INCORPORACIÓN CONVENIO APH

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de la Junta Directiva, manifestó que, respecto de la incorporación de los recursos correspondientes a Atención Prehospitalaria (APH), debía tenerse en cuenta su condición de líder del proyecto dentro de la Secretaría Distrital de Salud. Explicó que, por esta razón, no podía participar en la votación correspondiente a dicho asunto.

La Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, informó que, de conformidad con la disposición normativa citada durante la sesión, las Empresas Sociales del Estado requieren concepto previo favorable de la Secretaría Distrital de Salud antes de someter este tipo de modificaciones a consideración de la Junta Directiva. Al respecto, se cuenta con el concepto favorable emitido por la Secretaría Distrital de Salud del 25 de septiembre de 2026. Precisó que la propuesta comprendía tres convenios correspondientes a recursos de Fondos de Desarrollo Local y un convenio relacionado con Atención Prehospitalaria (APH), cuya incorporación se mantendría separada para efectos de la votación.

En relación con el Convenio 289 de 2026, suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires por valor de $669 millones, de los cuales $608 millones corresponden al aporte del Fondo, se propuso incorporar durante la vigencia 2026 la suma de $365 millones, correspondiente a los recursos que se proyecta recaudar en dicha vigencia. La diferencia quedó contemplada dentro del ejercicio del plan financiero. El objeto del convenio está orientado a aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para el otorgamiento de dispositivos de asistencia personal y ayudas técnicas no incluidas o no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, dirigidas a personas con discapacidad residentes en la localidad de Los Mártires. El convenio tiene una duración de siete meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio. Respecto del Convenio 698 de 2026, suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Suba por valor de $4.213 millones, de los cuales $3.830 millones corresponden al aporte del Fondo, se informó que para la vigencia 2026 se propone incorporar $1.532 millones. El convenio establece acuerdos técnicos, administrativos y financieros para la implementación de acciones orientadas al abordaje de dispositivos de asistencia personal para personas con discapacidad, así como acciones complementarias relacionadas con salud física, nutricional y oral, en el marco del proyecto de inversión correspondiente. Su plazo de ejecución es de diez años.

A continuación, presentó el Convenio 336 de 2026, suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Teusaquillo por valor de $1.109 millones, de los cuales $1.009 millones corresponden al aporte del Fondo. Para la vigencia 2026 se propone incorporar $605 millones. El objeto comprende el desarrollo integral de los cuatro componentes del proyecto de inversión "Teusaquillo saludable y con bienestar", vigencia 2026, mediante la articulación de esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud y el Fondo de Desarrollo Local de Teusaquillo. El convenio tiene una duración de ocho meses.

La Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, señaló que la propuesta financiera también contemplaba recursos correspondientes al convenio de APH por $3.858 millones, razón por la cual dicho componente no sería sometido a aprobación en ese momento. Indicó que los recursos de inversión se registrarían en el rubro correspondiente a otras

7

ventas de servicios de salud y que, dentro de los gastos, la mayor participación correspondía al personal vinculado mediante órdenes de prestación de servicios (OPS). Asimismo, contemplaba recursos para la adquisición de ayudas técnicas y material médico-quirúrgico. Precisó que aún no contaba con el nivel de desagregación necesario para identificar con exactitud qué valores correspondían exclusivamente al componente de APH.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de la Junta Directiva, solicitó que se realizara el ejercicio de separación de dichos recursos antes de concluir la sesión, con el propósito de determinar si era posible someter las incorporaciones pendientes a votación o, en su defecto, trasladarlas a una próxima sesión con la participación de los nuevos miembros de la Junta Directiva.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, indicó que se revisaría la información para separar los recursos correspondientes a APH de los demás componentes. Señaló que una proporción significativa de estos recursos corresponde a talento humano, por lo que se realizaría el ejercicio de discriminación financiera mientras avanzaba el desarrollo de la agenda.

4. APROBACIÓN DE ACTAS PENDIENTES

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, sometió a consideración de la Junta Directiva las siguientes actas:

NOMBRE	Acta 017 del 28 de julio de 2026	Acta 021 del 25 - 26 de agosto de 2026	Acta 022 del 8 de septiembre de 2026	Acta 023 del 21 de septiembre de 2026
Luis Alexander Moscoso Osorio	Aprobado	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Mirian Vanesa Ruiz Jiménez	No asistió	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Manuel Alejandro Godoy Cubillos	Aprobado	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Carlos Alberto Gaidos Nates	Aprobado	No asistió	Aprobado	Aprobado
Enrique Antonio Vargas Zapata	Aprobado	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Jorge Augusto Zambrano Casas	Aprobado	Aprobado	Aprobado	Aprobado

5. ADICIÓN A CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS

La Dra. Tatiana Quintana, directora de Contratación, informó que se presentaban ante la Junta Directiva siete solicitudes de adición contractual para su aprobación. Explicó que, dentro de la documentación remitida previamente a los miembros de la Junta, se encontraba la justificación técnica elaborada por los supervisores de cada contrato, en la cual se detallaban, entre otros aspectos, los pacientes atendidos, la programación de cirugías y el estado de ejecución contractual. Precisó que los procesos ya se encontraban en etapa precontractual, pendientes de adjudicación, y que sus respectivos cronogramas habían sido publicados en la plataforma SECOP II. De igual manera, se remitió un archivo en Excel con el detalle de los ítems incluidos en cada contrato. Se presenta el detalle de los contratos 044-2025, 157-2025, 160-2025, 165-2025, 166-2025, 094-2025 y 153-2025.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de la Junta Directiva, señaló que, la observación se concentraba específicamente en documentar las razones que dieron lugar a las adiciones anteriores. Señaló que debía precisarse, para cada caso, si la modificación obedeció a una declaratoria de desierto, ausencia de oferentes, condiciones de precio, razones técnicas u otra circunstancia debidamente sustentada. Indicó que esta información podía incorporarse de manera resumida y general en la justificación, sin necesidad de reconstruir de forma extensa cada antecedente contractual. Consideró que esta trazabilidad permitiría que, ante una eventual revisión por parte de los organismos de control, quedara claramente establecido el motivo de cada una de las modificaciones realizadas.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, indicó que, de acuerdo con lo discutido, las adiciones contractuales serían sometidas a consideración de la Junta Directiva, dejando como compromiso la incorporación en las respectivas justificaciones de una nota resumida que explicara las razones que dieron lugar a las adiciones anteriores a la que se presenta. Se presentaron para aprobación las 7 solicitudes de adición a contrato de

bienes y servicios presentados, los cuales fueron aprobados de manera unánime por los miembros de la Junta Directiva presentes en la sesión.

6. PREPARACIÓN PARA LA VISITA DE SEGUIMIENTO DE ACREDITACIÓN

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, informó que había sido notificada oficialmente la fecha de la visita de seguimiento de acreditación por parte del ICONTEC, cuya apertura se encontraba programada para el 5 de octubre de 2026. Señaló que la expectativa institucional era lograr la acreditación de las cuatro unidades que actualmente se encuentran en proceso. Explicó que dentro de la agenda de la visita se contempla un espacio específico con la Junta Directiva, cuya finalidad es verificar el compromiso de este órgano con los procesos institucionales de calidad. Señaló que esta entrevista constituye un componente relevante de la evaluación, dado que permite evidenciar el conocimiento y respaldo de la Junta Directiva frente al direccionamiento institucional, la calidad y el mejoramiento continuo. Indicó que la Gerencia informaría oportunamente a los miembros de la Junta la programación definitiva de la entrevista, teniendo en cuenta que algunos de sus integrantes no tienen vinculación laboral con la SISS y, por tanto, requieren organizar previamente sus agendas. Precisó que la apertura de la visita se realizaría en la unidad sede de la sesión, a las 8:00 a. m. del 5 de octubre, y que la entrevista con la Junta Directiva se desarrollaría en el último día de la visita, una vez los evaluadores hubieran recorrido las unidades y revisado la documentación institucional.

7. AGENDA ESTRATÉGICA ASISTENCIAL – DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

La Dra. Luz Dary Campos, directora de Servicios Complementarios, presentó los principales resultados de la gestión desarrollada en el marco de la consolidación del modelo institucional, destacando la articulación con los servicios asistenciales para fortalecer la continuidad, integralidad y capacidad resolutiva de la atención. Explicó que los servicios asistenciales se han organizado para responder a las necesidades individuales y colectivas de los usuarios, incorporando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Señaló que la Dirección de Servicios Complementarios desarrolla una función transversal en la SISS y articula servicios como neurología, ecología, imágenes diagnósticas, farmacia, nutrición y unidad renal, proporcionando los apoyos diagnósticos y terapéuticos necesarios para la toma de decisiones clínicas, la definición de tratamientos y la atención con calidad y seguridad.

En relación con el servicio farmacéutico, informó que la SISS cuenta con siete farmacias hospitalarias, distribuidas estratégicamente en las localidades de su área de influencia y con capacidad para atender los servicios de hospitalización, cirugía y urgencias. Adicionalmente, dispone de servicios farmacéuticos ambulatorios orientados principalmente a la entrega de medicamentos asociados a las acciones de promoción y prevención y a las rutas integrales de atención.

Respecto de los resultados de dispensación ambulatoria, manifestó que durante 2026 se ha alcanzado una oportunidad de entrega del 100 % de las fórmulas correspondientes a los servicios priorizados. Explicó que este resultado se relaciona con el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención y de las rutas integrales de atención, permitiendo garantizar la disponibilidad de los medicamentos correspondientes a los pacientes incluidos en dichas rutas. En el ámbito hospitalario, indicó que se ha alcanzado una capacidad de dispensación cercana al 99 % de las fórmulas requeridas para hospitalización, urgencias y salas de cirugía. Durante el periodo reportado se registraron 81.621 fórmulas dispensadas, con una participación aproximada del 63 % correspondiente a hospitalización, el 28 % a urgencias y el 7,8 % a servicios quirúrgicos. Asimismo, presentó los resultados del programa Mipres, mediante el cual se gestionan medicamentos y tecnologías no financiados de manera ordinaria por el sistema de salud. Durante 2026 se registraron 8.364 prescripciones, evidenciándose un incremento frente al periodo anterior. Explicó que este comportamiento está relacionado, entre otros factores, con el fortalecimiento de la capacitación a los profesionales médicos, una mayor apropiación de la herramienta tecnológica y la simplificación de los procesos para su utilización.

De las prescripciones registradas, 2.755 requirieron evaluación mediante juntas de profesionales, de las cuales el 100 % fueron realizadas. Destacó que este resultado refleja la articulación entre los equipos médicos, el servicio farmacéutico y las áreas administrativas y asistenciales involucradas en el proceso.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, aclaró que el indicador presentado corresponde a la capacidad de entrega y no necesariamente refleja las dificultades que pudieron existir en la consecución efectiva de los medicamentos. Señaló que, en periodos anteriores, aun cuando se mantenía una alta capacidad de respuesta, los

servicios hospitalarios debían ser atendidos mediante alternativas terapéuticas, sustituciones o ajustes en la formulación cuando determinados medicamentos no se encontraban disponibles.

Posteriormente, continuó con el seguimiento al proceso de adecuación de medicamentos, indicando que esta actividad se encuentra articulada con los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud. Explicó que la adecuación permite entregar a los pacientes las dosis exactas requeridas, fortaleciendo la seguridad en la administración de los medicamentos y disminuyendo riesgos asociados a su manipulación o dosificación.

Informó que entre 2025 y 2026 se presentó un incremento aproximado del 57 % en la adecuación de medicamentos. Destacó el comportamiento de la Unidad Simón Bolívar, que históricamente concentra un volumen importante de esta actividad y que durante 2026 presentó un aumento significativo. Señaló que el fortalecimiento de este proceso también genera eficiencias en el uso de los medicamentos, al permitir una preparación y distribución más ajustada a las necesidades individuales de los pacientes, así como mejorar la disponibilidad en los servicios.

En relación con la dispensación ambulatoria, el Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos - Delegado del Secretario Distrital de Salud, consultó sobre la articulación con Capital Salud y la posibilidad de que dicha entidad estableciera puntos de dispensación de medicamentos al interior de las unidades de la Subred, particularmente en Verbenal.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, explicó que el SER Verbenal es precisamente el punto priorizado por Capital Salud para la instalación de un servicio de dispensación. En las demás unidades, la entidad ha manifestado que cuenta con farmacias ubicadas en zonas cercanas que, de acuerdo con sus propios criterios de cobertura y volumen de fórmulas, permiten atender la demanda sin requerir nuevos puntos dentro de las instalaciones de la Subred. Respecto del SER Verbenal, informó que el proceso se encuentra listo para su puesta en funcionamiento. El contrato ya se encuentra en etapa de revisión final para firma y la SISS está preparada para realizar la entrega del espacio de manera inmediata una vez se formalice el proceso. Precisó que en esta unidad ya existía un punto de entrega de medicamentos y que, por esta razón, se mantendrá la infraestructura disponible para facilitar la transición hacia el nuevo esquema de dispensación.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, continuó con la presentación de la Unidad Renal, explicando que su operación se organiza mediante grupos de pacientes distribuidos en jornadas de mañana y tarde, de acuerdo con esquemas de atención de lunes, miércoles y viernes, y de martes, jueves y sábado. Señaló que la unidad cuenta con 40 máquinas de hemodiálisis y una capacidad instalada que permite atender hasta 240 pacientes mediante la organización de los diferentes turnos. Actualmente se dispone de una oferta aproximada de 142 pacientes, mientras que la producción mensual alcanza cerca de 1.952 sesiones de hemodiálisis para aproximadamente 183 pacientes atendidos en el conjunto de la institución.

De este volumen, la atención ambulatoria concentra aproximadamente 1.654 sesiones para 141 pacientes. En el ámbito hospitalario se atienden alrededor de 25 pacientes, con aproximadamente 186 sesiones, mientras que en las unidades de cuidado intensivo se atienden cerca de 17 pacientes, con un número variable de sesiones de acuerdo con las necesidades clínicas. Precisó que, en los pacientes ambulatorios, la frecuencia habitual de tratamiento se encuentra entre ocho y trece sesiones mensuales, dependiendo del esquema prescrito y de las condiciones clínicas de cada usuario. En pacientes hospitalizados, la frecuencia está determinada por la indicación médica y la evolución durante la estancia.

En cuanto a los indicadores de calidad, informó que la Unidad Renal realiza seguimiento a parámetros directamente relacionados con la atención y los resultados clínicos de los pacientes. Uno de ellos corresponde a la proporción de pacientes con hemoglobina igual o superior a 10 g/dL, cuya meta institucional es superior al 60 %. Para 2026 se registra un cumplimiento del 77,3 %, superior al resultado del año anterior. Señaló que este comportamiento también se relaciona con una mayor disponibilidad de los insumos y medicamentos requeridos para el manejo de estos pacientes.

Otro indicador corresponde a la proporción de pacientes en hemodiálisis con catéter venoso como acceso vascular, cuyo resultado debe mantenerse por debajo del 10 %. Actualmente, la Unidad Renal presenta un indicador del 8 %, cumpliendo la meta establecida. Explicó que se trabaja para favorecer la utilización de fístulas arteriovenosas en los pacientes que cumplen los criterios clínicos para su implementación, con el propósito de disminuir progresivamente la dependencia de accesos venosos temporales.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, explicó que las 40 máquinas constituyen la capacidad física instalada y que estas pueden utilizarse en diferentes turnos. Por lo tanto, la capacidad máxima de atención se incrementa mediante la utilización de las mismas máquinas en jornadas adicionales. Precisó que, con la infraestructura existente, la Unidad Renal podría ofertar aproximadamente 240 cupos de pacientes, mientras que actualmente se encuentra utilizando una parte de dicha capacidad. Confirmó que existe capacidad operativa para hacerlo, pero explicó que la apertura de un nuevo turno depende de contar con un volumen suficiente de pacientes que permita garantizar su sostenibilidad. Indicó que la Unidad Renal ha venido incrementando progresivamente su capacidad de atención y que el área de Mercadeo trabaja en la captación de nuevos usuarios, particularmente mediante la articulación con las EPS. Explicó que un mayor número de pacientes permite incrementar el número de sesiones y mejorar la utilización de la infraestructura, contribuyendo a alcanzar el punto de equilibrio de la Unidad Renal. En consecuencia, el aumento de volumen favorece la distribución de los costos operativos y mejora el rendimiento institucional.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, complementó la explicación señalando que la SISS ha venido trabajando con Capital Salud para promover el traslado de pacientes que actualmente reciben tratamiento en otras instituciones. Sin embargo, precisó que no resulta técnica ni financieramente viable abrir un turno exclusivamente para atender uno o dos pacientes, debido a que cada jornada requiere disponer de un equipo completo de profesionales y recursos operativos, incluidos especialistas, enfermeras, auxiliares y los sistemas necesarios para la operación de las máquinas. Indicó que, para poner en funcionamiento un turno adicional, se requiere garantizar previamente un volumen mínimo de pacientes. Aunque se ha planteado como referencia un mínimo de ocho a diez pacientes, la expectativa institucional sería iniciar un nuevo turno con aproximadamente 15 pacientes, con el propósito de asegurar una utilización adecuada de la capacidad instalada desde el comienzo. En este sentido, manifestó que se ha solicitado a Capital Salud remitir un grupo suficiente de pacientes para habilitar una nueva jornada.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, explicó que las 1.654 sesiones corresponden a la producción registrada durante el último mes y no a una capacidad fija. Precisó que cada paciente puede requerir un número diferente de sesiones mensuales, generalmente entre ocho y trece, dependiendo de su esquema de tratamiento, asistencia, hospitalización u otras circunstancias clínicas. Por esta razón, el número total de sesiones no puede obtenerse simplemente multiplicando la capacidad ofertada por un número fijo de sesiones. Un paciente puede asistir ocho veces durante el mes, mientras otro puede requerir diez, doce o hasta trece sesiones. También pueden presentarse situaciones en las que un paciente ingrese durante el mes, sea hospitalizado o no complete todas las sesiones previstas.

El Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates - Representante del Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud, consideró necesario que el informe permita diferenciar con mayor claridad la capacidad ofertada de la utilización efectiva de la unidad. Propuso incorporar una tabla de seguimiento mensual que indique cuántos pacientes fueron efectivamente atendidos, el número de sesiones realizadas y el nivel de cobertura alcanzado.

El Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos - Delegado del Secretario Distrital de Salud, señaló que, a partir de la información presentada, existe una capacidad disponible que debe ser gestionada para mejorar la utilización de la Unidad Renal. Consideró necesario fortalecer la gestión con Capital Salud para solicitar un mayor número de pacientes y, paralelamente, evaluar alternativas comerciales con otras entidades pagadoras que permitan ocupar los cupos disponibles. La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, señaló que la SISS ha adelantado gestiones con el área de Mercadeo y con Capital Salud para incrementar el número de pacientes de la Unidad Renal. Explicó que, durante el año anterior, aunque Capital Salud tuvo la posibilidad de asignar nuevos pacientes a la Subred, parte de estos fueron direccionados hacia prestadores privados. Por esta razón, se han realizado solicitudes a la EPS para aumentar la asignación de usuarios y favorecer una mayor utilización de la capacidad instalada.

En relación con el servicio de imágenes diagnósticas, presentó la distribución de la capacidad instalada en las diferentes unidades de la Subred. En Engativá se cuenta con tomografía, ecografía y rayos X, además de servicios de telemedicina asociados al diagnóstico; en Chapinero se dispone de ecografía y rayos X; en Suba se realizan estudios de rayos X, ecografía y mamografía; en Simón Bolívar se cuenta con rayos X, ecografía, resonancia magnética, tomografía y mamografía; y en Verbenal se dispone de ecografía. Informó que entre enero y agosto de 2026 se han realizado aproximadamente 162.037 estudios de imágenes diagnósticas. Al analizar la producción por procedencia, se observa que el servicio de urgencias genera el mayor volumen de solicitudes, comportamiento asociado a la atención de pacientes politraumatizados y a la necesidad de establecer oportunamente diagnósticos que permitan determinar su manejo, hospitalización o egreso.

7

Por modalidad, los rayos X representan el mayor volumen de producción, con aproximadamente 88.188 estudios, seguidos por ecografías y tomografías. La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, señaló que la SISS cuenta con varios puntos de toma y equipos, incluidos equipos portátiles, lo que permite ampliar la cobertura de los servicios y facilitar la atención en los diferentes escenarios asistenciales. En cuanto a los indicadores de oportunidad, informó que para la atención ambulatoria de radiografías simples se registra un tiempo aproximado de 10 días. Para los estudios asociados a la atención oncológica y otras necesidades diagnósticas prioritarias, que incluyen tomografía, resonancia magnética y ecografía, se registra una oportunidad aproximada de 2,1 días.

En el ámbito hospitalario, el seguimiento se realiza desde la generación de la orden hasta la entrega del resultado. Para tomografía se registra una oportunidad aproximada de nueve horas y para resonancia magnética de 11 horas. En el servicio de urgencias, la oportunidad se encuentra alrededor de cinco horas tanto para tomografía como para resonancia magnética simple. La representante indicó que estos resultados se encuentran dentro de los indicadores institucionales establecidos y que se ha mantenido el cumplimiento durante 2026. Agregó que las imágenes diagnósticas tienen una participación transversal en las rutas integrales de atención, particularmente en las estrategias relacionadas con la detección y seguimiento del cáncer, dentro de las cuales se incluye la realización de mamografías en los puntos habilitados.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, presentó los resultados del laboratorio clínico. Explicó que la unidad de mayor producción corresponde a la sede de alta complejidad, debido a que concentra un mayor número de camas, procesa una parte importante de la demanda ambulatoria y cuenta con equipos de mayor capacidad tecnológica. Esta infraestructura permite procesar mayores volúmenes y optimizar los procesos asociados a la prestación del servicio. En relación con los indicadores de oportunidad, informó que la promesa de valor institucional para la entrega de resultados de laboratorio clínico ambulatorio es de 24 horas. Actualmente, el promedio de entrega se encuentra alrededor de nueve horas, evidenciando una mejora en comparación con periodos anteriores. Para la entrega de hemo componentes en el ámbito hospitalario, el tiempo registrado es aproximadamente de 54 minutos, manteniéndose por debajo de la meta de 60 minutos. Asimismo, señaló que se dispone de servicios de laboratorio clínico en las unidades de Chapinero, Simón Bolívar, Suba y Verbenal. Respecto de los servicios de urgencias y hospitalización, indicó que el indicador de oportunidad se mide desde la solicitud y generación de la orden hasta la entrega del resultado. La meta establecida es de dos horas para ambos servicios y, de acuerdo con los resultados presentados, se viene dando cumplimiento a este parámetro.

En cuanto a la oportunidad para la asignación de citas de laboratorio clínico ambulatorio, explicó que la SISS ha realizado un proceso de transformación del modelo de atención. Anteriormente, los usuarios acudían directamente a las sedes para solicitar las citas, generando concentración de pacientes, filas y tiempos de espera. Actualmente se ha implementado un esquema de agendamiento previo, con el propósito de distribuir la demanda y mejorar la experiencia del usuario. Como resultado, durante agosto se asignaron aproximadamente 11.190 citas.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, indicó que actualmente se realiza seguimiento a variables como la inasistencia y la asignación de citas adicionales, con el propósito de analizar la utilización de la capacidad disponible y compensar parte de la demanda. No obstante, reconoció la necesidad de fortalecer la medición específica de la oportunidad de asignación de citas. Informó que se proyectaba iniciar esta medición con la información correspondiente a septiembre, diferenciando los exámenes asociados a procesos resolutivos de aquellos programados dentro de las rutas integrales de atención. Explicó que algunos servicios vinculados a las rutas ya cuentan con esquemas de asignación previamente definidos, por ejemplo, determinados controles de hemoglobina y exámenes asociados a población priorizada, por lo que estos deben analizarse de manera diferenciada para no distorsionar el indicador general. Señaló que, a partir de esta segmentación, será posible establecer la oportunidad real para los pacientes que requieren exámenes como parte de un proceso de atención resolutivo.

En relación con los indicadores de oportunidad de laboratorio, se señaló que algunos resultados han presentado variaciones y, en determinados periodos, se han acercado o superado ligeramente las metas establecidas, particularmente en los servicios de urgencias. La representante manifestó que este comportamiento requiere seguimiento permanente debido a la importancia de garantizar la oportunidad de los resultados para la toma de decisiones clínicas.

El Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos - Delegado del Secretario Distrital de Salud, preguntó las razones del comportamiento observado en 2026, teniendo en cuenta la evolución del indicador y la producción registrada.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, explicó que, en hospitalización, se viene cumpliendo la meta; sin embargo, identificó como principal punto crítico el tiempo transcurrido entre la toma de la muestra, su traslado al laboratorio y el inicio del procesamiento. Señaló que el procesamiento propiamente dicho mantiene una capacidad adecuada frente al volumen de muestras, por lo que las principales oportunidades de mejora se encuentran en las etapas previas al procesamiento, especialmente en el traslado de las muestras desde los servicios asistenciales hasta el laboratorio.

Indicó que durante 2026 se han implementado acciones correctivas orientadas a reducir estos tiempos y que actualmente se está realizando seguimiento al ciclo integral del servicio. Explicó que, a diferencia de años anteriores, en 2026 se comenzó a medir el proceso completo, desde la generación de la orden y la toma de la muestra hasta la disponibilidad del resultado. En este sentido, aclaró que los resultados de 2025 y 2026 no son directamente comparables, debido a que el indicador utilizado anteriormente contemplaba únicamente una parte del proceso, mientras que el indicador actual incorpora el ciclo completo de atención. Por esta razón, una aparente disminución del desempeño en 2026 podría obedecer, al menos parcialmente, a la ampliación del alcance metodológico de la medición y no necesariamente a un deterioro real del proceso. Precisó que, una vez concluida la renovación, se mantendrá una capacidad de cuatro microscopios operativos, teniendo en cuenta que algunos equipos actuales deberán ser retirados por obsolescencia.

Respecto del talento humano, informó que el Servicio de Patología cuenta con especialistas en hematopatología, una especialista en hematología y otra en oncología, además de un médico contratado específicamente para la realización de necropsias, quien ingresó durante 2026. El equipo se complementa con personal técnico, administrativo y profesionales especializados, para un total aproximado de 17 colaboradores. El servicio se encuentra ubicado en la Unidad de Suba. Entre enero y agosto de 2026 se procesaron aproximadamente 9.730 muestras de patología, correspondientes a diferentes tipos de especímenes. La mayor proporción, aproximadamente el 97,6 %, corresponde a muestras provenientes de procedimientos quirúrgicos, mientras que los líquidos y otros tipos de muestras representan porcentajes menores.

En relación con la oportunidad de entrega de resultados, indicó que la meta institucional es de 15 días calendario. Durante 2026 se ha observado una tendencia favorable, con tiempos mensuales de 12 y 11 días y un promedio aproximado de 13 días. Explicó que mantener este resultado representa un esfuerzo importante debido al volumen de muestras y al número limitado de profesionales disponibles para su procesamiento y lectura. Aclaró que dentro del total de muestras procesadas existe un grupo clasificado como crítico, correspondiente a aquellos casos en los que los equipos asistenciales requieren una respuesta prioritaria, particularmente ante sospecha o confirmación de patologías oncológicas. Para agosto se identificaron aproximadamente 78 casos críticos, los cuales fueron priorizados para obtener resultados en un plazo aproximado de siete días.

Señaló que los servicios que generan un mayor número de solicitudes de casos críticos son cirugía, ginecología, gastroenterología, dermatología y urología. El objetivo institucional es continuar fortaleciendo la identificación y priorización de estos casos para mejorar la oportunidad de respuesta y reducir el tiempo promedio de entrega. Explicó que estos casos requieren procesos técnicos específicos, como cortes, preparación y procesamiento de las muestras, por lo que la reducción de los tiempos debe considerar las características propias del procedimiento y garantizar la calidad de la lectura patológica. Agregó que los casos críticos tienen una relación directa con las rutas integrales de atención en cáncer, entre ellas las correspondientes a cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y otros tipos de cáncer, debido a que la oportunidad del resultado permite activar de manera temprana las acciones de notificación y continuidad de atención con las respectivas EPS.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, informó que, durante el periodo analizado, se registraron aproximadamente 1.442 fallecimientos. De estos, 15 casos correspondieron a procedimientos clínicos realizados en el contexto quirúrgico y aproximadamente 1.995 casos fueron remitidos a Medicina Legal para los procedimientos correspondientes. También indicó que se han mantenido bajo custodia institucional las muestras y elementos que deben conservarse de acuerdo con los procedimientos establecidos.

Posteriormente, presentó los resultados del Servicio de Nutrición, particularmente en el ámbito hospitalario, donde se realizan interconsultas y seguimientos nutricionales. Explicó que durante el periodo se presentó una disminución en el número de interconsultas y en la oportunidad de respuesta, situación relacionada principalmente con dificultades en la disponibilidad de profesionales de nutrición y la rotación del talento humano. Precisó que anteriormente el indicador se concentraba en la atención de las interconsultas; sin embargo, actualmente el seguimiento incorpora también otras

actividades, entre ellas el seguimiento de pacientes con obesidad, con el propósito de obtener una visión más completa de la atención nutricional.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de Junta Directiva, complementó la explicación señalando que, dependiendo del esquema contractual, se reconoce la atención principal como una consulta especializada, procedimiento, hospitalización o cirugía y las actividades complementarias pueden encontrarse incluidas dentro del paquete contratado. Adicionalmente solicitó precisar la información relacionada con los casos tumorales identificados dentro de las muestras procesadas, particularmente los registros reportados como confirmados, con el propósito de establecer su comportamiento y relación con las rutas de atención oncológica.

La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, aclaró que los 589 casos identificados durante el periodo corresponden a solicitudes clasificadas por los médicos como casos críticos, para los cuales se requiere una respuesta en un tiempo inferior al establecido para el procesamiento ordinario. Precisó que la clasificación como caso crítico no implica necesariamente que el resultado sea positivo para cáncer, dado que la muestra puede ser procesada de manera prioritaria y posteriormente determinarse que no corresponde a una patología tumoral. Explicó que, cuando una muestra es clasificada como crítica y existe sospecha oncológica, se activa la correspondiente ruta de atención, a través de la cual se realiza el seguimiento con la EPS y se determina si el paciente requiere continuar con estudios y manejo especializado. En consecuencia, el número de casos críticos no necesariamente equivale al número de casos confirmados como tumorales.

El Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates, Representante del Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud, señaló que el informe presentado registra 78 casos remitidos a la ruta de cáncer, por lo que solicitó precisar cuántos de esos casos correspondieron efectivamente a diagnósticos tumorales. La Dra. Luz Dary Campos, Directora de Servicios Complementarios, reiteró que los 78 casos corresponden a solicitudes que fueron reportadas como críticas y remitidas para activar la ruta correspondiente, pero que no todos necesariamente resultaron positivos para cáncer. Explicó que, una vez se obtiene el diagnóstico, solo aquellos casos que cumplen los criterios correspondientes continúan dentro de la ruta oncológica.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, manifestó que el tema de la inmunohistoquímica ya había sido abordado previamente y que se encontraba en proceso de gestión. Explicó que, ante una lesión con sospecha tumoral, es indispensable garantizar la realización de los estudios complementarios requeridos para establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento.

Los miembros de la Junta Directiva estuvieron de acuerdo con la propuesta de dar continuidad a la sesión el día 30 de septiembre de 2026 a partir de las 10:30 a.m. en modalidad virtual.

Siendo las 11:30 a.m., se suspende la sesión presencial para ser retomada de forma virtual al día siguiente, a partir de las 10:30 a. m., con los informes restantes de la agenda.

CONTINUACIÓN SESIÓN ORDINARIA SEPTIEMBRE 2026

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, reanudó la sesión con el llamado a lista para la verificación del quórum, dejando constancia de la asistencia de seis (6) miembros de Junta Directiva de los seis (6) nombrados.

Verificado el quórum, la Dra. Victoria Eugenia Martínez – Secretaria Técnica de la Junta Directiva, presentó el orden del día para la continuación de la sesión, señalando como primer punto la presentación de las modificaciones presupuestales correspondientes a la incorporación de los recursos provenientes de los Fondos de Desarrollo Local.

MODIFICACIÓN PRESUPUESTAL – INCORPORACIÓN RECURSOS FDL

La Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, presentó la modificación presupuestal correspondiente a los recursos de los Fondos de Desarrollo Local, indicando que, conforme a lo acordado en la sesión anterior, la información había sido separada del componente correspondiente al convenio de Atención Prehospitalaria (APH). En cuanto al fundamento jurídico, señaló que, de acuerdo con el marco normativo aplicable a las Empresas Sociales del Estado, se requiere

contar con concepto previo favorable de la Secretaría Distrital de Salud antes de someter este tipo de incorporaciones a consideración de la Junta Directiva. Precisó que la SISS cuenta con el concepto favorable correspondiente.

La propuesta comprende la incorporación de los siguientes recursos: Convenio 289 de 2026: $365.081.760, Convenio 698 de 2026: $1.539.986.849 y Convenio 336 de 2026: $605.400.000. En consecuencia, la incorporación presupuestal sometida a consideración de la Junta Directiva asciende a $2.502.468.609, recursos que se incorporarían en su totalidad al rubro de otras ventas de servicios de salud. Respecto de la destinación del gasto, informó que la modificación comprende aproximadamente $2.045,99 millones en funcionamiento y $456,47 millones en operación.

En funcionamiento, los recursos se distribuyen principalmente en materiales y suministros por aproximadamente $1.225,59 millones; servicios prestados a empresas y servicios de producción por $399,90 millones, asociados principalmente a gastos operativos y de mantenimiento; y servicios para la comunidad, sociales y personales por aproximadamente $420,52 millones, dentro de los cuales se encuentran los servicios contratados mediante órdenes de prestación de servicios (OPS).

En el componente de operación se contemplan aproximadamente $27 millones para servicios de alojamiento, suministro de comidas, transporte y distribución de servicios públicos, relacionados con la ejecución de las actividades previstas en los convenios. Adicionalmente, se destinan aproximadamente $429,47 millones a servicios para la comunidad, sociales y personales, correspondientes principalmente a OPS asistenciales vinculadas a la ejecución de los proyectos.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, sometió a consideración la incorporación de los recursos correspondientes a los Fondos de Desarrollo Local. La solicitud fue aprobada por cinco (5) de los seis (6) miembros nombrados de la Junta Directiva. Se dejó constancia de que el Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos – Delegado del Secretario de Salud, no participó en la votación, teniendo en cuenta que previamente había emitido el concepto favorable relacionado con la incorporación de los recursos.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, informó que había sido cargada en la carpeta de la Junta Directiva la documentación ajustada correspondiente a la justificación del traslado presupuestal de nómina presentado en la sesión anterior, así como la modificación del respectivo proyecto de acuerdo.

8. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS - APROBACIÓN DEL MANUAL DE POLÍTICAS CONTABLES

La Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, realizó un resumen de los principales ajustes efectuados al Manual de Políticas Contables, señalando que la actualización partió de un ejercicio desarrollado conjuntamente con la Secretaría Distrital de Salud y las demás Subredes, en el cual se revisaron principalmente las políticas de provisiones, ingresos y cuentas por cobrar. Indicó que, adicionalmente, se incorporaron ajustes derivados de observaciones formuladas previamente por la Revisoría Fiscal y de los respectivos planes de mejoramiento, con el propósito de realizar una actualización integral del documento. Dentro de los principales cambios, señaló los siguientes:

- Actualización del histórico de modificaciones y del marco normativo aplicable.
- Ajustes en la presentación del manual conforme a observaciones formuladas por Control Interno y a la normatividad vigente, incluyendo la referencia a la Resolución 347 de 2025.
- Homologación de criterios contables para las cuatro Subredes.
- Unificación de la metodología para el cálculo del deterioro de las cuentas por cobrar mediante una matriz común.
- Actualización de conceptos y definiciones incorporados en el glosario del manual.
- Revisión de la política de propiedad, planta y equipo, particularmente en lo relacionado con vidas útiles, bienes de consumo controlado, clasificación, cuantías, bajas, depreciación y mecanismos de control de los activos fijos.
- Actualización de la política de beneficios a empleados, incorporando ajustes normativos y conceptuales.
- Fortalecimiento de la política de provisiones, incluyendo el cálculo de provisiones relacionadas con bienes y servicios y el tratamiento contable de los procesos judiciales.
- Actualización de la política de ingresos, estableciendo de manera más detallada su objetivo, conceptos, tratamiento contable, reconocimiento y tipos de ingresos aplicables.
- Revisión de la política de pasivos contingentes, particularmente respecto del tratamiento de intereses derivados de liquidaciones de sentencias judiciales y su reconocimiento en cuentas de orden.
- Ajuste de la estructura de presentación de los estados financieros conforme al marco normativo vigente.
- Referenciación de los procesos y procedimientos internos relacionados con cada una de las políticas contables.

Respecto del tratamiento de los intereses asociados a sentencias judiciales, la Ing. Erika Rojas – Directora Financiera, explicó que se estableció su reconocimiento en cuentas de orden, teniendo en cuenta las consideraciones jurídicas y financieras relacionadas con estos procesos y las estrategias de negociación que adelanta la entidad. Señaló que la actualización también permitió articular cada política contable con los procesos institucionales que generan la información financiera, dejando referenciados los procedimientos internos correspondientes. Como resultado del proceso de actualización, se fortalecieron la homologación y descripción de criterios contables, la articulación entre las áreas generadoras de información financiera y las políticas institucionales, así como el control interno contable. Asimismo, se actualizaron conceptos emitidos por la Contaduría General de la Nación y se incorporaron los cambios normativos aplicables.

El Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos - Delegado del Secretario Distrital de Salud, manifestó que, desde la Secretaría Distrital de Salud, existe especial interés en que las políticas contables sean homologadas y adoptadas de manera uniforme en las Subredes. En este sentido, consultó a la Revisoría Fiscal sobre la posibilidad de aprobar únicamente aquellas políticas en cuya construcción o revisión había participado directamente la Secretaría Distrital de Salud y dejar para una sesión posterior los demás componentes, mientras se continuaba trabajando en su homologación y en los ajustes derivados de los compromisos existentes.

La Revisoría Fiscal explicó que el Manual de Políticas Contables constituye un documento integral y que, para efectos de su aplicación, actualización y posterior presentación de la información financiera, las políticas deben encontrarse debidamente actualizadas en su conjunto. Ante la consulta sobre la posibilidad de realizar una aprobación parcial, la Revisoría Fiscal precisó que las políticas no deben ser aprobadas de manera fragmentada, dado que el manual debe conservar su integridad y coherencia como instrumento para el reconocimiento, medición, presentación y revelación de las operaciones contables de la entidad.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, señaló que, para la Subred, existe un único Manual de Políticas Contables y, por tanto, no resulta viable mantener un documento parcialmente aprobado. Explicó que la Junta Directiva debe decidir sobre el manual como un conjunto integral, sin establecer una aprobación diferenciada entre unas políticas y otras.

El Manuel Alejandro Godoy Cubillos - Delegado del Secretario Distrital de Salud, manifestó que comprendía la necesidad de aprobar el documento de manera integral. No obstante, señaló que su inquietud estaba relacionada con la existencia de otros ajustes que la SISS se encontraba adelantando en el marco de planes de mejoramiento derivados de observaciones de la Revisoría Fiscal.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, explicó que la actualización del Manual de Políticas Contables incorporó tanto los ajustes trabajados con la Secretaría Distrital de Salud como las recomendaciones formuladas previamente por la Revisoría Fiscal, algunas de las cuales habían sido conocidas y avaladas por la Junta Directiva.

El Dr. Luis Alexander Moscoso Osorio – Presidente de la Junta Directiva, manifestó que consideraba conveniente culminar previamente la revisión del documento y articular el proceso con las demás Subredes, teniendo en cuenta que estas habían realizado una revisión integral antes de someter sus manuales a aprobación. Por lo anterior, propuso aplazar este punto hasta completar dicha revisión.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, Secretaria Técnica de la Junta Directiva, manifestó su disposición para gestionar la participación de la profesional en las próximas reuniones y se acordó coordinar posteriormente el espacio de trabajo requerido para culminar la revisión integral del manual. En consecuencia, quedó aplazada la aprobación del Manual de Políticas Contables hasta que se adelante la revisión conjunta y se presente nuevamente el documento a la Junta Directiva.

9. INFORME REVISORÍA FISCAL

El Dr. Edgar Castellanos - Representante de Revisoría Fiscal, inició la presentación del informe, señalando que, dentro de la información suministrada por la Administración, se identificaron algunas inconsistencias relacionadas con las fechas registradas en el sistema de información, encontrándose valores atípicos como años 9999, 5016, 3032, 3018,

entre otros. Esta situación dificulta los procesos de revisión y control del inventario y podría generar riesgos asociados al seguimiento de las fechas de vencimiento de materiales, medicamentos y demás insumos.

Frente a esta situación, se identificaron dos causas principales. La primera corresponde a una limitación del sistema informático utilizado para la gestión de farmacia, dado que no cuenta con una opción que permita registrar expresamente aquellos elementos que, por su naturaleza, no tienen fecha de vencimiento. En consecuencia, dentro del inventario general pueden aparecer fechas atípicas asociadas a materiales, suministros, papelería y otros elementos que no requieren control de vencimiento. La segunda causa corresponde a posibles errores generados durante los procesos de migración de información. Como parte de los procedimientos de Revisoría Fiscal, se realizó una inspección física el 3 de septiembre en la farmacia de la Unidad Simón Bolívar. Durante la visita se identificaron diferencias relacionadas con la identificación y ubicación de algunos insumos de características similares. En particular, se evidenció confusión entre los circuitos neonatales/pediátricos con referencias RT331 y RT330, cuyas similitudes generaron inconsistencias durante la verificación física. La Administración manifestó que se efectuarían las correcciones correspondientes para ajustar los saldos registrados.

Por otra parte, Revisoría Fiscal presentó una recomendación relacionada con las condiciones físicas de la vitrina destinada al almacenamiento de medicamentos de control especial. Se observó que, aunque la vitrina cuenta con sistema de cierre, sus características físicas podrían representar una vulnerabilidad frente al acceso no autorizado, debido a la facilidad con la que podría retirarse el vidrio y al tamaño del mecanismo de seguridad. La Administración informó que se encontraba contemplada una acción de mejora para fortalecer la estructura de cierre y seguridad de dicha vitrina, mediante la instalación de una estructura más resistente, una malla de seguridad u otro mecanismo que permita incrementar la protección de los medicamentos de control especial.

La presentación continuó con la revisión de los conceptos incluidos en la nómina y su correspondiente tratamiento para efectos de seguridad social, aportes parafiscales y obligaciones fiscales. Se verificó que los conceptos registrados contablemente correspondieran a salarios y demás conceptos utilizados dentro de la estructura de nómina, así como aquellos que debían ser considerados para la determinación de las respectivas bases de liquidación.

Para efectuar esta verificación se utilizaron, entre otros soportes, las normas aplicables, las planillas de seguridad social y los registros de nómina, realizando la comparación de los conceptos reportados y los valores efectivamente liquidados. También se revisaron los conceptos anuales y las cifras correspondientes a los empleados públicos, teniendo en consideración las disposiciones normativas aplicables y los conceptos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Se precisó que los conceptos y pronunciamientos de la Función Pública utilizados como referencia tienen carácter orientador e informativo y no necesariamente resultan vinculantes para la entidad.

Posteriormente, se presentó el componente correspondiente a la auditoría de seguridad de la información y gestión tecnológica. El auditor destacó como aspecto positivo la utilización de una herramienta de gestión de requerimientos y soporte técnico que permite registrar los casos, realizar seguimiento a las actividades y mantener trazabilidad sobre las solicitudes atendidas por los diferentes equipos de trabajo. Dentro de la auditoría se verificó, asimismo, el cumplimiento de las políticas relacionadas con los equipos tecnológicos y el uso adecuado de los recursos informáticos.

Se identificaron, entre otros, equipos con nomenclaturas como 017-120, 02-14 y 07-106, utilizados como identificadores para facilitar su trazabilidad y determinar el área a la cual pertenecen o su ubicación. El auditor señaló que las políticas de seguridad de la información no se limitan a los aspectos tecnológicos, sino que también comprenden condiciones físicas de uso y conservación de los equipos. En relación con el control de acceso, se hizo referencia a las disposiciones aplicables en materia de seguridad de la información y gestión de dispositivos de usuario final. Se recordó que las credenciales de acceso deben ser personales e intransferibles y que, al asignar un equipo o una cuenta a un nuevo usuario, debe proporcionarse una contraseña temporal que posteriormente sea modificada por el titular.

Se indicó que, mediante las configuraciones de seguridad y las políticas institucionales, es posible bloquear o habilitar los puertos USB de acuerdo con las necesidades y perfiles autorizados. Para fortalecer este control, se recomendó implementar un formato o registro mediante el cual quede documentada la autorización, el responsable y las condiciones de uso del dispositivo externo.

Por otra parte, se revisó la información registrada en el inventario de equipos tecnológicos. Se observó que el inventario contiene información como placa, características de hardware, disco duro, memoria, procesador, serial, monitor y demás

componentes. Sin embargo, se identificó la necesidad de complementar las características técnicas de determinados componentes para mejorar la utilidad del inventario como herramienta de gestión tecnológica.

En el caso de los discos duros, se recomendó especificar no solamente su capacidad de almacenamiento sino también su tecnología, diferenciando entre discos mecánicos y unidades de estado sólido (SSD). Finalmente, se presentó como oportunidad de mejora el fortalecimiento de los procedimientos y protocolos relacionados con el manejo seguro de la información mediante actividades periódicas de capacitación y sensibilización al personal.

El Dr. Edgar Castellanos - Representante de Revisoría Fiscal, informó que se venía trabajando en la consolidación de una matriz de hallazgos, debido a que la matriz existente presentaba duplicidad y triplicidad de algunos riesgos y hallazgos identificados en la Subred.

La Administración y los miembros de Junta Directiva, manifestaron las observaciones y aclaraciones relacionadas con el informe de Revisoría Fiscal.

10.. SEGUIMIENTO LIQUIDACIÓN DE CONVENIOS

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, presentó el seguimiento al proceso de liquidación de los convenios interadministrativos, indicando que, a la fecha, se encuentran 20 convenios en proceso de liquidación, distribuidos así: cuatro en elaboración del informe final con matriz financiera; tres en proceso de conciliación con el Fondo Financiero Distrital de Salud; cuatro en ajuste de soportes y cierre financiero, incluyendo el procedimiento de cierre y cancelación de las respectivas cuentas bancarias; uno en elaboración del acta de liquidación por parte del Fondo Financiero Distrital de Salud; y ocho con el proceso radicado para la aprobación del acta de liquidación ante dicho Fondo.

Como caso particular, presentó el avance del Convenio PS TIC No. 4177 de 2024, cuyo seguimiento había sido solicitado previamente por el Dr. Manuel Alejandro Godoy Cubillos – Delegado del Secretario de Salud. Señaló que el convenio pierde competencia el 21 de marzo de 2028 y que ya se efectuó la devolución de los recursos no ejecutados, correspondientes a aproximadamente $1.788 millones. Actualmente, el Fondo Financiero Distrital de Salud se encuentra elaborando el acta de liquidación, por lo que el convenio se encuentra en su fase final de liquidación y dentro de los términos establecidos.

En relación con las vigencias pendientes, informó que se cuenta con un convenio de la vigencia 2020, uno de 2021 y uno de 2022, todos correspondientes a proyectos de infraestructura, cuyos procesos de liquidación se encuentran en etapa de formalización y firma. Una vez se completen estas tres liquidaciones, la SISS quedaría con convenios pendientes de liquidar únicamente correspondientes a la vigencia 2023 en adelante. Precisó que los convenios provenientes del proceso de fusión institucional ya fueron liquidados.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, explicó que la diferencia obedecía a que la tabla presentada durante la sesión correspondía exclusivamente a convenios interadministrativos, mientras que algunas cifras y notas incluidas en el informe ejecutivo incorporaban adicionalmente contratos interadministrativos y resoluciones.

11. AVANCES DE LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, presentó los avances de los cuatro proyectos de infraestructura que actualmente se encuentran en ejecución, señalando las principales actividades desarrolladas y los trámites requeridos para su continuidad.

En primer lugar, se refirió al Convenio No. 5141150 de 2023, cuyo objeto corresponde a la construcción del Centro de Salud Gaitana I. En segundo lugar, presentó el proyecto de adecuación, reordenamiento, ampliación y dotación de la Unidad de Servicios Fray Bartolomé. Como tercer proyecto, presentó el correspondiente a la adecuación de las sedes seleccionadas, en el marco del Convenio No. 8538233 de 2025. Indicó que inicialmente se contemplaron tres unidades, correspondientes a Emaús, Chapinero y Garcés Navas, las cuales cuentan con recursos asignados por un total de aproximadamente $2.605 millones para las intervenciones de adecuación.

Como cuarto proyecto, presentó la adecuación del servicio de imágenes diagnósticas en el Hospital Simón Bolívar, financiada con recursos del Ministerio de Salud mediante resolución de dicha entidad. Informó que ya fueron adjudicados los procesos correspondientes a construcción e interventoría, a cargo del Consorcio Efrates y Logia 3, respectivamente,

y que actualmente se adelantan las intervenciones de infraestructura requeridas para la instalación del nuevo equipamiento.

De manera paralela, se desarrolla el proceso de adquisición de la dotación, que comprende el angiógrafo y los equipos periféricos y accesorios asociados. La SISS espera culminar satisfactoriamente el proceso de adquisición y adjudicación del equipo, de manera que pueda articularse con la terminación de las intervenciones de infraestructura y posteriormente realizarse la instalación y puesta en funcionamiento del angiógrafo.

12. SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2024-2028.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, presentó el consolidado de las metas correspondientes al seguimiento del primer semestre de 2026. Explicó que el detalle de la ejecución de cada una de las metas ya había sido presentado por los responsables de las diferentes áreas durante la sesión de Junta Directiva correspondiente al mes de julio, por lo que en esta oportunidad se expondrían los resultados consolidados de acuerdo con los seis objetivos estratégicos establecidos en la plataforma estratégica institucional.

Respecto del primer objetivo estratégico, relacionado con la implementación del modelo de gestión del riesgo y de servicios, informó que se obtuvo un cumplimiento del 100 % en las metas evaluadas.

En cuanto al segundo objetivo estratégico, orientado a alcanzar la sostenibilidad financiera de la Subred, indicó que para el segundo trimestre, ambos indicadores lograron superar las oportunidades de mejora identificadas y registraron un cumplimiento del 100%.

Frente al tercer objetivo estratégico, relacionado con el fortalecimiento de la participación social como factor de transformación en el ejercicio de los deberes y derechos en salud, informó que durante el primer trimestre el indicador correspondiente al porcentaje de implementación de las acciones de socialización de deberes y derechos alcanzó un 90 %. Para el segundo trimestre se logró el 100% de cumplimiento, al igual que en los demás indicadores asociados a este objetivo.

Respecto del cuarto objetivo estratégico, encaminado a avanzar en la consolidación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Subred, explicó que dos indicadores no eran aplicables para el primer trimestre. Uno de ellos correspondía al porcentaje de inscripción de las sedes en la Red Global de Hospitales Verdes, cuya medición inició en el segundo trimestre, alcanzando un cumplimiento del 100%.

El segundo indicador correspondía al porcentaje de cumplimiento de los planes de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación. Precisó que durante el primer trimestre no aplicaba su medición, debido a que la SISS se encontraba en la etapa de formulación y cargue de los planes de mejoramiento en Almera. Para el segundo trimestre, al corresponder el seguimiento a dichos planes, se obtuvo un cumplimiento del 71,43 % con corte al 30 de junio de 2026. Aclaró que este resultado corresponde exclusivamente al corte del primer semestre y que, con posterioridad, el desempeño presentó una evolución favorable en el marco de la preparación y desarrollo de la visita de acreditación.

En relación con el quinto objetivo estratégico, dirigido a transformar la cultura organizacional de la Subred, informó que este cuenta con una única meta relacionada con la implementación del plan de acción de transformación cultural, la cual presentó un cumplimiento del 100 % en los dos periodos evaluados.

Finalmente, frente al sexto objetivo estratégico, orientado a fortalecer la gestión del conocimiento mediante el mejoramiento de los procesos de formación del talento humano en salud e integración de prácticas clínicas con vocación docente, indicó que uno de los indicadores tiene medición únicamente al cierre de la vigencia, por lo cual no aplicaba para el periodo evaluado.

En este objetivo, el porcentaje de implementación del plan de acción de transformación digital presentó un cumplimiento del 100% en los dos periodos evaluados. Asimismo, el porcentaje de implementación del plan de trabajo para la certificación como hospital universitario registró un 100% de ejecución, aunque su medición no correspondía al primer periodo.

Con base en el consolidado presentado, señaló que la SISS se encontraba cumpliendo la meta establecida tanto en el Plan de Desarrollo Institucional como en el Plan de Gestión Gerencial, cuya referencia de cumplimiento corresponde al

90%. Con corte al 30 de junio de 2026, se registró un desempeño global del 92,42% de ejecución, ubicándose por encima de la meta establecida.

13. SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

El Ing. José Gutiérrez - Oficial de Cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, presentó los resultados correspondientes al primer semestre de 2026. Recordó que el objetivo del programa consiste en fortalecer el compromiso ético y la cultura de integridad de la SISS Norte, mediante la consolidación de mecanismos efectivos para la prevención, detección oportuna, investigación y gestión de riesgos asociados a corrupción, opacidad, fraude y soborno, garantizando la transparencia, legalidad y confianza en la gestión pública institucional.

Explicó que el programa contempla diferentes componentes e instrumentos de medición, entre ellos las acciones preventivas asociadas a la política de integridad, los mecanismos de escucha efectiva a través del aplicativo Bogotá Te Escucha, las acciones correctivas relacionadas con investigación, mejoramiento de procesos y, cuando corresponda, la aplicación de medidas sancionatorias, así como las actividades de debida diligencia asociadas al SARLAFT.

Señaló que el programa cuenta con dos metas principales: el cumplimiento de la ejecución del plan establecido y el monitoreo de la debida diligencia y atención de las denuncias recibidas, con una meta de cumplimiento del 100% para este último componente.

De acuerdo con el seguimiento realizado durante el primer semestre por la Oficina de Desarrollo Institucional, en articulación con el responsable del programa, se obtuvo un cumplimiento global del 96%. Indicó que se encontraban programadas 37 actividades, de las cuales 36 fueron cumplidas y una quedó pendiente durante el periodo evaluado. La información y las evidencias se encuentran disponibles en el repositorio institucional de la Oficina de Desarrollo Institucional de la Subred.

Explicó que el plan de acción se estructura en ocho componentes: gestión del riesgo; canales de denuncia; transparencia y acceso a la información; participación ciudadana; legalidad e integridad; Estado abierto; iniciativas adicionales; y debida diligencia. Cada componente cuenta con actividades y evidencias de seguimiento.

En el componente de gestión del riesgo se contemplaron 11 actividades, soportadas mediante las actualizaciones y seguimientos registrados en el repositorio institucional. En el componente de canales de denuncia se desarrolló una actividad relacionada con la divulgación de los mecanismos de escucha, particularmente del aplicativo Bogotá Te Escucha, como medio para la recepción de quejas y denuncias asociadas, entre otros asuntos, a posibles hechos de corrupción.

En transparencia y acceso a la información se contemplaron dos actividades. Una de ellas correspondió a accesibilidad web y la otra al monitoreo previsto para el periodo. El ingeniero señaló que esta última fue la actividad que no alcanzó a cumplirse dentro del periodo establecido; no obstante, informó que el informe correspondiente ya había sido elaborado con posterioridad.

El componente de participación ciudadana contempló 13 actividades y registró un cumplimiento del 100%. Entre las evidencias se encuentran piezas de divulgación, soportes de capacitación a veedores, actividades relacionadas con rendición de cuentas y demás acciones desarrolladas en el marco del componente.

En el componente de legalidad e integridad se contemplaron dos actividades, soportadas mediante el plan de integridad ejecutado, sus respectivos soportes y las actividades de socialización y capacitación realizadas. Para el componente de Estado abierto, se presentaron como evidencias los seguimientos y reportes relacionados con la agenda de los directivos.

En cuanto a las iniciativas adicionales, explicó que se había establecido un mecanismo para realizar seguimiento y análisis de casos específicos, para lo cual se utilizó el Comité de Gestión del Riesgo creado durante la presente vigencia. Indicó que, a partir del segundo semestre, se fortalecerá la vinculación de este mecanismo al seguimiento de casos específicos que sean identificados.

Finalmente, en el componente de debida diligencia, se presentó como evidencia el informe de seguimiento al SARLAFT y los resultados correspondientes a las consultas realizadas. En materia de capacitación, informó que durante el periodo

participaron 1.320 personas, distribuidas entre contratistas, con 973 participantes; personal provisional, con 193; personal de carrera, con 129; personal de periodo fijo, con 25; y otros participantes. Las actividades comprendieron charlas, inducción institucional y cursos relacionados con procesos disciplinarios, estos últimos coordinados con la Oficina de Asuntos Disciplinarios y Gestión del Talento Humano, con una participación de 529 personas.

En relación con el SARLAFT, informó que durante el periodo se realizaron 38.794 consultas, distribuidas principalmente entre contratos de prestación de servicios (OPS), con 29.725 consultas; personal de planta, con 6.181; consultas directas, con 1.734; procesos precontractuales, con 1.073; miembros de Junta Directiva y donaciones, con participaciones porcentuales menores.

El Ing. José Gutiérrez - Oficial de Cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, presentó, adicionalmente, los resultados del seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, cuyo resultado correspondió al 47% de cumplimiento. De las 33 actividades evaluadas, 17 se encontraban ejecutadas y 15 pendientes, de acuerdo con la información expuesta.

14. PROPOSICIONES Y VARIOS

El Dr. Carlos Alberto Gaidos Nates - Representante del Estamento Científico Profesionales del Área de la Salud, formuló, en primer lugar, una inquietud relacionada con el estado del proceso de las cafeterías, señalando que este tema había sido tratado previamente y que constituía una solicitud reiterada por parte de usuarios, funcionarios y estudiantes.

La Dra. Victoria Eugenia Martínez, secretaria técnica de la Junta Directiva, informó que, específicamente para la cafetería del Hospital Simón Bolívar, el operador había devuelto el contrato para firma de la Gerencia, el cual había sido remitido durante la semana y se encontraba pendiente de suscripción. Una vez firmado, el operador podría iniciar el montaje y las adecuaciones correspondientes. Como segundo punto, solicitó revisar la fecha de expedición consignada en el acuerdo modificado, toda vez que en el documento actualizado aparecía como fecha de expedición el 22 de septiembre, por lo que pidió verificar que la información fuera correcta y evitar inconvenientes posteriores. Como tercer punto, solicitó información adicional sobre el proyecto del angiógrafo, particularmente respecto de los tiempos de ejecución y de las medidas adoptadas para evitar afectaciones al funcionamiento del servicio durante las obras. Señaló que previamente había manifestado su preocupación por la realización de trabajos en horarios de alta demanda y solicitó conocer el estado actual del proceso.

La Ing. Liliana Ríos – Jefe Oficina de Desarrollo Institucional, explicó que, tal como se había informado durante la presentación de los proyectos de infraestructura, el contrato de obra había presentado algunos retrasos, y que la culminación de las adecuaciones estaba condicionada principalmente a la adjudicación del equipo, dado que los accesorios no interferían de manera significativa con el cronograma de obra. Estimó que el proceso de adjudicación del equipo podría concluir aproximadamente en mes y medio, lo que permitiría avanzar hacia la culminación de las adecuaciones y posteriormente a la instalación del angiógrafo.

Respecto de la operación del servicio durante las obras, señaló que el contratista cuenta con la instrucción de desarrollar las actividades, en la medida de lo posible, después de las 3:00 p.m. No obstante, debido a los retrasos acumulados en el cronograma, algunas actividades han debido adelantarse en otros horarios. Para estos casos se ha solicitado priorizar actividades que generen el menor nivel posible de ruido y afectación al servicio.

COMPROMISOS

No se presentan compromisos en esta sesión.

En constancia se firma,

Secretaria Técnica de la Junta Directiva (Gerente)