

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CBN -1090 INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS 2025

ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA

GERENTE

Febrero 2026

1 Contenido

1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	10
1.1	RESULTADOS PLANES INSTITUCIONALES	11
1.1.1	Resultados Plan de Acción Anual Institucional Vigencia 2025	11
1.1.2	Resultados Planes Decreto 612 del 2018 Vigencia 2025.....	16
1.1.2.1	Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR	18
1.1.2.2	Plan Anual de Adquisiciones	19
1.1.2.3	Plan Anual de Vacantes	19
1.1.2.4	Plan de Previsión de Recursos Humanos	20
1.1.2.5	Plan Estratégico de Talento Humano	20
1.1.2.6	Plan Institucional de Capacitación	22
1.1.2.7	Plan de Incentivos Institucionales	24
1.1.2.8	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	25
1.1.2.9	Plan Anticorrupción y Servicios al Ciudadano / Plan Transparencia y Ética Empresarial.....	25
1.1.2.10	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI 26	
1.1.2.11	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	27
1.1.2.12	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	28
1.2	GESTIÓN PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2025	28
1.2.1	Modelo Integrado de Gestión y Desempeño Institucional	28
1.2.2	Sistema Gestión Integral del Riesgo	32
1.3	GESTIÓN DE MERCADEO	34
1.4	GESTIÓN PROYECTOS DE INVERSIÓN (INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN) 36	
1.4.1	Informe convenio interadministrativo no.5141376 de 2023 – construcción y dotación del Centro De Salud Tintal – Mental Pediátrico.	36
1.4.2	Informe convenio interadministrativo no.4342258 de 2022 – ampliación, reordenamiento y dotación de la unidad médica Hospitalaria Especializada En Salud Mental Floraría.....	41
1.4.3	Informe convenio interadministrativo no.3014151 de 2021 – adecuaciones Kennedy.	49

1.4.4	Informe Convenio Interadministrativo No.805 de 2019 – Adecuación Estructural, Reordenamiento Y Dotación Para El Centro De Atención Prioritaria En Salud 2955	
1.4.5	Informe Convenio Interadministrativo No.1147 De 2017 – Ampliación y Reordenamiento Centro De Atención Prioritaria En Salud Pablo Vi.	61
1.4.6	Informe Convenio Interadministrativo No.1225 De 2017 – Adecuación y Dotación del Centro De Atención Prioritaria En Salud Trinidad Galán	70
1.4.7	Informe Convenio Interadministrativo No.2954203 De 2021 – Adquisición y Reposición de Dotación para la Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito Tintal ...	78
1.4.8	Informe Convenio Interadministrativo No.3015780 De 2021 – Dotación del Proyecto Reforzamiento y Ampliación Del Hospital Occidente De Kennedy III Nivel de Atención.....	81
1.4.9	Informe Convenio Interadministrativo No.8551191 De 2025 – Adquisición De Dotación para el Hospital de Bosa.	83
1.4.10	INFORME CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.8541049 DE 2025 – ADECUACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	85
1.4.11	CONVENIOS EN LIQUIDACION	86
1.5	GESTIÓN DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.....	88
1.5.1	Generación de Informes y Tableros de Producción	88
1.5.2	Gestión Documental y Archivo.....	89
2	GESTIÓN JURÍDICA	90
2.1	GESTIÓN DEFENSA JUDICIAL 2025	90
2.1.1	Procesos activos en contra de la Entidad	90
2.1.2	Procesos Activos Iniciados por la Entidad	91
2.1.3	Procesos Terminados con erogación económica sin cumplimiento	92
2.1.3.1	Sentencias judiciales pagadas en el año 2025.	93
2.2	COBRO COACTIVO.....	94
2.2.1	Procesos Judiciales de Cobro de Cartera.....	97
2.2.2	Procesos coactivos por otras causas.....	97
2.2.3	Trámite para el Cobro de Obligaciones surgidas por la Prestación de Servicios de Salud en la entidad.....	98
2.3	GESTIÓN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS	98

2.4	OTROS PROCEDIMIENTOS.....	101
2.4.1	Acciones de tutela:	101
2.4.2	Apoyo en las Acciones de Tutela de la Secretaría Distrital De Salud.....	103
2.5	PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS	103
2.6	LEGALIZACIÓN DE BIENES Y PREDIOS.....	108
2.7	POLÍTICA Y PLANES DE ACCIÓN:	109
2.7.1	Plan Maestro para la Recuperación Del Patrimonio Público	109
2.7.2	Plan de Acción para la Política de Prevención de Daño Antijuridico:	109
2.7.3	Comité de Conciliación	110
2.7.4	Contestación de derechos de petición:	111
2.7.5	Evaluaciones Procesos Precontractuales:	112
2.8	PRINCIPALES LOGROS.....	112
3	GESTIÓN PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.....	113
3.1	GESTIÓN SERVICIO AL CIUDADANO	113
3.1.1	Estrategia Información en Salas de Espera y Filtro en Fila (priorizaciones pacientes).....	113
3.1.2	Orientaciones y Direccionamientos Trabajo Social	114
3.1.3	Afiliaciones a Pacientes con Barreras en su Aseguramiento	115
3.1.4	Derechos y Deberes	115
3.1.5	Actividades con Cliente Interno	117
3.1.6	Socializaciones y Actividades Servicios Tercerizados	118
3.2	EJE DE ACREDITACION – ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA.....	119
3.2.1	Semana de Derechos y Deberes	119
3.2.2	Tren de Acreditación.....	120
3.3	SATISFACCIÓN USUARIOS.....	121
3.3.1	Teleauditoria de Satisfacción de Usuarios	122
3.4	DEFENSOR DEL CIUDADANO.....	122
3.5	POLITICA PUBLICA DE SERVICIO A LA CIUDADANIA	124
3.5.1	Abandonos y Largas Estancias	125
3.6	GESTIÓN PQRS VIGENCIA 2025.....	126
3.6.1	Gestión Documental	126

3.6.2	Capacitaciones Realizadas del Procedimiento Recepción, Trámite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos y Protocolo De Gestión y Respuesta a PQRS.	127
3.6.3	Planes de Mejora con relación a PQRS.....	127
3.6.4	Otras Acciones Realizadas:.....	128
3.6.5	Resultados Vigencia 2025	129
3.7	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	129
3.7.1	Asociaciones de Usuarios:.....	130
3.7.2	Comités de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS:.....	130
3.7.3	Juntas Asesoras Comunitarias (JAC):	131
3.7.4	Veedurías Ciudadanas en Salud:	131
3.7.5	Comité de Ética Hospitalaria y Bioética:	132
3.7.6	Diálogos Ciudadanos:.....	133
3.8	PRINCIPALES LOGROS.....	135
4	GESTIÓN DE COMUNICACIONES.....	136
4.1	SUBPROCESO: COMUNICACIÓN INTERNA.....	136
4.2	SUBPROCESO: COMUNICACIÓN EXTERNA.....	137
4.3	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.....	138
4.3.1	Estrategias Informativas	138
4.3.2	Estrategia de Relacionamento Estratégico	140
4.3.3	Estrategias de Comunicación para la Promoción Institucional y Sensibilización del Cuidado de la Salud	141
4.4	INDICADORES GESTIÓN DE COMUNICACIONES	144
4.5	PRINCIPALES LOGROS.....	147
5	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN	149
5.1	INVESTIGACIÓN EN LA SUBRED: CONTEXTO INSTITUCIONAL	150
5.2	RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN 2025.....	150
5.3	IMPACTO EN LA ATENCIÓN Y EN LA COMUNIDAD	151
5.4	RELACIÓN CON EL RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO	151
5.5	INDICADORES DE GESTIÓN EN INVESTIGACIÓN	151
6	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	152

6.1	GESTIÓN DE CONTROL DE LA PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS.....	152
6.1.1	Actividades realizadas	152
6.2	GESTIÓN SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA)	153
6.2.1	Actividades de fortalecimiento y resultados	153
6.3	GESTIÓN DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO.....	155
6.4	GESTIÓN SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	157
6.4.1	Actividades realizadas	157
6.5	GESTIÓN AUDITORIA PARA LA MEJORA CONTINUA	159
6.6	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	160
6.6.1	Línea de acción Cultura de Seguridad:.....	161
6.6.2	Línea de acción Procesos Seguros:	162
6.6.3	Línea de acción: Aprendizaje organizacional	162
6.6.4	Gestión del evento adverso y toma de decisiones	163
6.6.5	Lecciones aprendidas, Toma de decisiones y Estrategia “Asegúrate”	163
7	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	164
7.1	Producción de Servicios	165
7.1.1	Producción Medicina General.....	166
7.1.2	Producción Medicina Especializada.....	167
7.1.3	Producción Salud Oral.....	168
7.1.4	Producción Servicios de Terapias (Rehabilitación)	170
7.1.5	Indicadores eficacia en la Gestión - Capa Ambulatoria.....	171
7.1.5.1	Oportunidad de Servicios	171
7.1.5.2	Inasistencia	172
7.1.6	Implementación Grupo Alfa	173
7.2	LOGROS ALCANZADOS VIGENCIA 2025.....	174
7.3	RETOS VIGENCIA 2026	175
8	GESTIÓN CLINICA URGENCIAS	176
8.1	PRIORIZACIÓN Y RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:.....	176
8.2	PRINCIPALES LOGROS.....	181
8.3	RETOS VIGENCIA 2026	182
9	GESTIÓN CLINICA HOSPITALARIA.....	182

9.1	RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	183
9.2	PRINCIPALES LOGROS.....	188
9.3	RETOS VIGENCIA 2026	190
10	GESTION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.....	190
10.1	PRODUCCIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.....	191
10.2	LOGROS ALCANZADOS	193
10.3	RETOS VIGENCIA 2026	193
11	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.....	193
11.1	CONVENIO DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS GSP-PSPIC.....	193
11.2	CONVENIOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR.....	195
11.2.1	Principales logros vigencia 2025.....	198
11.2.2	Retos para Vigencia 2026.....	198
11.3	EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA, PUENTE ARANDA Y FONTIBÓN, ENTERRITORIO y EQUIPO DE SALUD PARA JOVENES	198
11.4	EN TERRITORIO.....	202
11.5	PROGRAMA JOVENES EN PAZ - Resolución 1008 DE 2025	204
11.6	PRINCIPALES LOGROS.....	204
11.7	RETOS VIGENCIA 2026	204
12	GESTION FINANCIERA	205
12.1	GESTIÓN DE PRESUPUESTO.....	205
12.2	SUBPROCESO DE FACTURACION.....	211
12.2.1	Plan de ventas vs facturación vigencia 2025	213
12.3	GESTION DE TESORERÍA.....	216
12.4	GESTIÓN DE CONTABILIDAD	218
12.5	GESTIÓN DE CARTERA Y CUENTAS MEDICAS	222
12.6	GESTIÓN DE CUENTAS POR PAGAR.....	230
12.7	GESTION DE COSTOS.....	233
12.7.1	Análisis Comparativo Estado de Resultados Enero – Diciembre 2025 vs 2024	233
12.8	LOGROS ALCANZADOS	236

12.9	RETOS VIGENCIA 2026	238
13	GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO	240
13.1	SUBPROCESO MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS INDUSTRIALES	240
13.2	SUBPROCESO ACTIVOS FIJOS.....	242
13.3	SUBPROCESO SERVICIOS GENERALES (ASEO, VIGILANCIA Y LAVANDERIA)	244
13.4	SUBPROCESO ALMACÉN Y SUMINISTROS	251
13.5	SUBPROCESO GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMEDICA	252
13.6	PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL.....	258
13.7	EJE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	260
13.8	PRINCIPALES LOGROS.....	262
14	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN.....	266
14.1	SUBPROCESO PRECONTRACTUAL.....	267
14.2	SUBPROCESO CONTRACTUAL.....	267
14.3	SUBPROCESO POST CONTRACTUAL	268
14.4	OTRAS GESTIONES	268
14.5	PRINCIPALES LOGROS.....	269
15	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	270
15.1	Administración del Talento Humano	276
15.2	Calidad de vida del colaborador -SG-SST- Bienestar	283
15.3	Bienestar Social e Incentivos	286
15.4	Formación y Desarrollo del Talento Humano	287
15.5	Evaluación del Desempeño	288
15.6	LOGROS DE LA VIGENCIA	289
15.7	RETOS VIGENCIA 2026	291
16	GESTIÓN DE TICS.....	294
16.1	Avances en Inteligencia Artificial y empresarial.	294
16.2	Avances en Interoperabilidad clínica	297
16.3	Avances en Historia Clínica Electrónica.....	297
16.4	Avances en seguridad informática.	298
17	CONTROL INTERNO / EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	298

17.1	ACTIVIDADES DESARROLLADAS A PARTIR DE LOS ROLES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	299
17.1.1	Rol: LIDERAZGO ESTRATÉGICO	300
17.1.2	Rol: ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN	301
17.1.3	Rol: EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	302
17.1.4	Rol: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (AUDITORÍA INTERNA)	303
17.1.5	Rol: RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL	307
17.2	SISTEMA DE CONTROL INTERNO	307
17.3	INSTRUMENTOS DE AUDITORÍA	308
17.4	PRINCIPALES LOGROS	310
17.5	RETOS VIGENCIA 2026	311
18	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	311
18.1	PRINCIPALES LOGROS	325
18.2	RETOS VIGENCIA 2026	325

INTRODUCCION

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en el marco de la reorganización del sector salud en el Distrito Capital se constituye a partir del Acuerdo 641 de 2016 emanado del Concejo de Bogotá; se crea, como la entidad que unifica los antiguos hospitales de: Pablo VI Bosa, Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy.

La Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E se define a través del Acuerdo 015 de 2017, modificado por el Acuerdo 147 de 2023, de Junta Directiva.

En cumplimiento de los principios de transparencia y participación que rigen la gestión pública, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. presenta a la ciudadanía, CBN 1090 Vigencia 2025.

Este informe consolida los principales resultados en términos de la gestión realizada durante la vigencia 2025, logros alcanzados en el marco del Acuerdo 087 de 2024 y Acuerdo 040 de 2025, así como el Acuerdo 003 de 2025 Plan de Acción Anual Institucional, así como la ejecución de los planes establecidos en el Decreto 612 del 04 de Abril del 2018, la gestión jurídica, financiera, administrativa, procesos asistenciales y de la gestión corporativa, evidenciando el compromiso institucional con la eficiencia, la calidad, la humanización del servicio y el mejoramiento continuo, así mismo, promoviendo en sus colaboradores la vivencia de los principios institucionales tales como la vocación de servicio, la inclusión y no discriminación y la ética. Servicios y atenciones brindados a nuestros usuarios, encaminados con nuestros valores; justicia, respeto, compromiso, honestidad y diligencia con el fin de dar cumplimiento a nuestra Misión y Visión teniendo siempre presente que lo que hagamos en la institución debe ofrecer sostenibilidad, eficiencia y satisfacción.

A lo largo del documento se presentan los avances en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral del

Riesgo, la ejecución de proyectos de inversión en infraestructura y dotación, la gestión clínica en sus diferentes ámbitos y niveles de atención, así como los resultados en participación comunitaria, servicio al ciudadano, comunicaciones, investigación, calidad, gestión del conocimiento, gestión financiera y sostenibilidad institucional.

De igual manera, se exponen los principales logros alcanzados durante la vigencia, los indicadores de gestión, las acciones implementadas para garantizar la defensa judicial y la legalidad administrativa, la gestión administrativa, documental y ambiental; la gestión del riesgo en salud, el fortalecimiento del recaudo y la optimización de los recursos públicos; así como los retos proyectados para la vigencia 2026, en coherencia con el compromiso de brindar servicios de salud oportunos, seguros, humanizados y centrados en el usuario y su familia.

1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

Durante la vigencia 2025, la institución estableció acciones fundamentadas en las realimentaciones recibidas, en febrero año 2025 en la Carta de la Junta de Acreditación y el Informe de la visita de Acreditación recibida durante el año 2024, así como en la recomendación de Control Interno sobre realizar un análisis integral y detallado del modelo de operación por procesos, con el fin de evaluar la pertinencia y actualización de las caracterizaciones de los procesos, asegurando que estas reflejen fielmente la realidad operacional de las unidades auditadas. Asimismo, sugirieron revisar y ajustar los procedimientos documentados para garantizar que los puntos de control estén correctamente integrados dentro del flujo de actividades, optimizando su diseño y alineándolos con las mejores prácticas de gestión por procesos.

Por otra parte, teniendo en cuenta que en el artículo Segundo del Acuerdo 087 de 2024 se definió de manera conjunta principios y valores, se planteó enunciarlos de manera independiente, en los Principios incorporar la impronta que ha venido desarrollando la Gerencia y el Equipo directivo respecto de la Inclusión, el Enfoque de Población Diferencial así como en Valores, incorporar el total de los planteados en el Código de Integridad, Valores del Servicio Público. El planteamiento de llegar a una actualización del Mapa de

Procesos exigió tener una sólida revisión de su Plataforma Estratégica, formular el Mapa Estratégico que facilite visualizar los objetivos, visualizar las relaciones causa – efecto entre las estrategias, alinear la estrategia y comunicarla, con el ánimo de facilitar el entendimiento y difusión en toda la institución y especialmente en las Sedes Integradas en Red.

Por lo anterior, en la propuesta de Actualización / Modificación del Acuerdo 087 de 2024, Plan Estratégico Institucional 2025-2028 para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE se formaliza el Principio de Inclusión No Discriminación, para el caso de los Valores, se incorpora la totalidad de acuerdo con el Código de Integridad Valores del Servicio Público. Se crea el mapa estratégico y se plantea la alineación específica de los Objetivos de Desarrollo Sostenible con la Planeación Institucional, y se ajustan los objetivos, metas e indicadores de las Perspectivas de Proceso y de Aprendizaje y Desarrollo de acuerdo con la metodología de Cuadro de Mando Integral, el cual se concluyó con la emisión del Acuerdo 040 de 2025.

Así mismo, se planteó el abordaje de los ejes de acreditación, y se realizó el trabajo metodológico para llegar a la actualización del Mapa de procesos, el cual fue reconocido mediante el Acuerdo 090 de diciembre de 2025.

1.1 RESULTADOS PLANES INSTITUCIONALES

1.1.1 Resultados Plan de Acción Anual Institucional Vigencia 2025

En cumplimiento al Plan Estratégico Institucional 2025 y 2028 aprobado por acuerdo de Junta Directiva 087 de 2024 y Acuerdo de Junta Directiva 040 de 2025, se estableció mediante Acuerdo de Junta Directiva 003 de 2025 el Plan de Acción Anual Institucional 2025, el cual tuvo seguimiento trimestral en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y en el que se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla Resultados Plan de Acción Institucional 2025

META ESTRATEGICA	INDICADOR	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO META
A 2028 cumplir al 100% la implementación del mo-	Unidades básicas re-solutivas implementa-das	7	De estas 7 unidades se logró el 93% del plan	93%

META ESTRATEGICA	INDICADOR	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO META
delo de salud + BIENES- TAR en la Subred Inte- grada de Servicios de Sa- lud Sur Occidente E.S.E			de acción de di- chas unidaes.	
	Proporción egresos por PHD	>=6%	9,8%	100%
	Cumplimiento de pla- nes de cuidado familiar	>=80%	91,60%	100%
	Efectividad de canaliza- ciones en el marco de las acciones colectivas para pacientes afiliados a ERP con las que se tiene contratado el ser- vicio	>=80%	92,00%	100%
	Tiempo promedio de espera para la asigna- ción de citas de medi- cina familiar en la Su- bred Integrada de Ser- vicios de Salud Sur Oc- cidente	<= 4 Días	3,5	100%
	Tiempo promedio de espera para la asigna- ción de citas de pedia- tría en la Subred Inte- grada de Servicios de Salud Sur Occidente.	<=4 Días	3,9	100%
	Tiempo promedio de espera para la asigna- ción de citas de medi- cina interna en la Su- bred Integrada de Ser- vicios de Salud Sur Oc- cidente.	<= 5 Días	4	100%
	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente	20 Minu- tos	18,8	100,0%
	Oportunidad de inter- vención quirúrgica en paciente hospitalizado	<= 72 Horas	64,2	100%

META ESTRATEGICA	INDICADOR	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO META
A 2028 cumplir el 100% de las acciones definidas para la implementación de las Políticas Públicas de Participación Social, Servicio al Ciudadano y el Modelo de Relacionamento Integral con la Ciudadanía en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Proporción de la satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	$\geq 96\%$	98%	100%
	Percepción positiva de la comunidad por la gestión pública de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	$\geq 90\%$	98%	100%
A Lograr y mantener el equilibrio financiero de la Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E.	Equilibrio presupuestal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	$\geq 93\%$	91,00%	97,8%
	Recaudo realizado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	$\geq 80\%$	103,00%	100%
	Recaudo de facturación radicada de la vigencia actual Subred Sur Occidente ESE	$\geq 80\%$	82,1%	100%
A 2028 aumentar gradualmente la venta de servicios con base a los supuestos macroeconómicos establecidos por la Secretaría de Hacienda.	Porcentaje de cumplimiento de la venta de servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente para la vigencia.	$\geq 15,6\%$	16,8%	100%
A 2028 cumplir con el 100% del plan de trabajo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Cumplimiento índice de desempeño institucional - MIPG	$\geq 95\%$	96,40%	100%
	Índice de Transparencia y Acceso a la información Pública (ITA) de la Subred Sur Occidente E.S.E	$\geq 100\%$	100%	100%

META ESTRATEGICA	INDICADOR	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO META
A 2028 mantener el seguimiento oportuno a la ejecución de los convenios de inversión de infraestructura y dotación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Monitoreo de la ejecución de los proyectos de inversión a través del seguimiento de sus convenios y contratos asociados.	100%	100%	100%
A 2028 cumplir con el 100% del plan de acción anual de Gestión del Conocimiento, que permitan la generación y la apropiación social integral para la toma de decisiones relacionadas con las problemáticas relevantes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Cumplimiento del plan de acción de Gestión del Conocimiento	100%	100%	100%
A 2028 lograr el 100% de implementación del Plan Estratégico de Acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Cumplimiento del plan de estratégico de acreditación de la Subred Sur Occidente	$\geq 90\%$	100%	100%
A 2028 mantener por debajo del 12 la tasa de incidencia del evento adverso prevenible en el servicio de hospitalización de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Incidencia de Evento Adverso Prevenible en Hospitalización	≤ 12	1.32	100%
A 2028 cumplir con el 85% de adherencia a las buenas prácticas relacionadas con las tres primeras causas de Evento Adverso	Adherencia a las buenas prácticas relacionadas con las tres primeras causas de Evento Adverso	≥ 80	81,4	100%

META ESTRATEGICA	INDICADOR	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO META
A 2028 cumplir el 100% del plan institucional de capacitación, para el fortalecimiento de las habilidades y competencias de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación-PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	100%	100%
A 2028 lograr el 100% de la estrategia de formalización laboral en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo en el marco de la estrategia de formalización laboral definida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en cada vigencia..	100%	100%	100%
A 2028 contribuir al ejercicio de transparencia institucional, mediante el cumplimiento del 100% de las estrategias de comunicación definidas en el Manual de Comunicaciones de la Subred Integrada de Servicios Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Efectividad de las estrategias de comunicación establecidas en el Manual de Comunicaciones de la Subred Sur Occidente E.S.E.	90%	95%	100%
A 2028 mantener el 100% de la estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer las capacidades institucionales y tecnológicas de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Porcentaje de cumplimiento en la Implementación Plan estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación (PETI) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	100%	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Tabla Semaforización de cumplimiento de metas

Perspectiva	No. Indicadores	Semaforización por Rango de Cumplimiento		
		0% a 79%	80% a 89%	90% a 100%
SECTOR SALUD	9			9
USUARIOS Y TERCEROS INTERESADOS	2			2
FINANCIERA	4		1	3
PROCESOS INTERNOS	7			7
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	4			4
TOTAL	26			25
%	100%	0%	3,8%	96,1%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

El cumplimiento de Plan Acción Anual Institucional presento un cumplimiento del 96,1% de las metas esperadas en la vigencia 2025

1.1.2 Resultados Planes Decreto 612 del 2018 Vigencia 2025

El Decreto 612 de 2018 establece la obligación de integrar y publicar de manera articulada los planes institucionales y estratégicos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Esta disposición fortalece la planeación, el seguimiento y la transparencia en la gestión pública, al garantizar la alineación entre los objetivos y metas estratégicas de la institución. Asimismo, promueve la publicidad oportuna de la información y contribuye al ejercicio efectivo de la rendición de cuentas frente a la ciudadanía y los órganos de control.

Así mismo, dando cumplimiento al Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, en el mes de enero del año 2025 la Subred Integrada de

16 de 326

Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E cumplió con la formulación y publicación de los 12 Planes Institucionales y Estratégicos en la página web de la entidad en el Menú de Transparencia y Acceso a la Información/ 4. Planeación. Presupuesto e Informes/ 4.3 Plan de acción/2025 el 31 de enero de 2025, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

Imagen N° Publicación de Planes Institucionales y Estratégicos 2025

Seguimiento Decreto 612

Fecha de expedición: Abril de 2025
Descripción: Seguimiento Decreto 612
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Decreto 612 De 2018 Seguimiento I Trimestre 2025

Plan de Acción anual institucional 2025

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan de Acción anual institucional 2025.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar El Documento

Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar El Planes De Trabajo SST III Trimestre

Descargar El Planes De Trabajo SST II Trimestre

Descargar El Planes De Trabajo SST I Trimestre

Descargar El Plan De Trabajo Anual

Plan Institucional de Archivos PINAR 2025 – 2027

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan Institucional de Archivos – PINAR.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Informe Implementación II Trimestre

Informe Implementación I Trimestre

Descargar El Documento

Plan estratégico de tecnología y comunicaciones PETIC

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan Estratégico de Tecnología de la Información y las Comunicaciones PETIC V8.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

PETIC II Trimestre

PETIC I Trimestre

Descargar El Documento

Plan de bienestar social e incentivos

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan de bienestar social e incentivos y clima organizacional V12.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar El Documento

Plan de trabajo de bienestar e incentivos y clima

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan de bienestar social e incentivos y clima organizacional V3.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar – Plan De Trabajo De Bienestar Social E Incentivos Y Clima Organizacional III Trimestre

Descargar – Plan De Trabajo De Bienestar Social E Incentivos Y Clima Organizacional II Trimestre

Descargar – Plan De Trabajo De Bienestar Social E Incentivos Y Clima Organizacional I Trimestre

Descargar El Documento

Plan Institucional de Capacitación

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan Institucional de capacitación.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar – Plan Institucional De Capacitación III Trimestre

Descargar – Plan Institucional De Capacitación V15

Descargar – Plan Institucional De Capacitación II Trimestre

Descargar – Plan Institucional De Capacitación I Trimestre

Descargar – Plan Institucional De Capacitación V13

Descargar – Plan Institucional De Capacitación V3

Plan Anual de Vacantes

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan Anual de Vacantes V8.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar – Plan Anual De Vacantes V9

Descargar – Plan De Formalización Laboral I Semestre

Descargar El Documento

Plan de Previsión de Recursos Humanos

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan de previsión de recursos humanos V8.
Plan estratégico de gestión del talento humano V8.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar – Plan De Previsión De Recursos Humanos V8

Plan estratégico de gestión del talento humano

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan estratégico de gestión del talento humano V8.
Clasificación: Este documento es de tipo y pertenece a Plan de gasto público de Planeación de la Entidad.

Descargar – Plan Estratégico De Gestión Del Talento Humano V9

Descargar – Plan Estratégico De Gestión Del Talento Humano V8

Programa de Transparencia y Ética Pública

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 V2.
Clasificación: Programas institucionales que fortalecen la transparencia, ética, integridad pública y lucha contra la corrupción.

Descargar – PTEP I Cuatrimestre

Descargar El Documento

Descargar – Matriz Riesgo SICOPS

Descargar – Plan De Acción PTEP

Plan de trabajo PTEP 2025

Fecha de expedición: 30 de enero de 2025
Descripción: Plan de trabajo Programa de Transparencia y Ética Pública 2025
Clasificación: Programas institucionales que fortalecen la transparencia, ética, integridad pública y lucha contra la corrupción.

Fuente: Página Oficial Subred Sur Occidente E.S.E <https://subredsuoccidente.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion/planeacion-2/>

Frente a la evaluación de los planes institucionales y estratégicos que trata el Decreto 612 de 2018, realizada desde la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (II línea de Defensa) a cierre 2025, presenta el siguiente resultado:

1.1.2.1 Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR

Durante la vigencia 2025 se evidenció un avance significativo en la actualización del Diagnóstico Integral de Archivos, el Programa de Gestión Documental y la Política de Gestión Documental, en estricto cumplimiento de los lineamientos del Archivo General de la Nación, el Archivo de Bogotá y la normatividad vigente. Este proceso incluyó la validación y el ajuste de los instrumentos documentales conforme al Acuerdo 001 de 2024.

Asimismo, las Tablas de Valoración Documental (TVD) de los Hospitales de Bosa II Nivel y del Sur E.S.E. fueron sustentadas y convalidadas por el Consejo Distrital de Archivos, se elaboró y aprobó el Plan de Transferencias Documentales Primarias 2025 y se logró la recepción de 14 transferencias en el Archivo Central. De igual manera, se avanzó en la implementación del sistema Ágil Salud Documental mediante la parametrización de servicios y la creación de expedientes electrónicos en las áreas de Talento Humano, Jurídica y Control Interno.

Tabla: Evaluación del Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Actualización de instrumentos archivísticos	$\frac{2 \text{ Instrumentos archivísticos actualizados}}{2 \text{ Total de instrumentos archivísticos requeridos para su actualización}}$	100%	100%
Actualización de los documentos del subproceso de gestión documental, archivo y correspondencia	$\frac{29 \text{ Documentos elaborados o actualizados}}{29 \text{ Total de documentos definidos para su elaboración o actualización}}$	100%	100%
Elaboración, aprobación, convalidación e implementación de las Tablas de Valoración Documental - TVD	$\frac{4 \text{ \# TVD finalizadas}}{4 \text{ \# TVD a elaborar}}$	100%	100%
Implementación de Tablas de Retención Documental	$\frac{14 \text{ Transferencias Realizadas}}{21 \text{ Total Transferencias Programadas}}$	100%	66%
Implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA	$\frac{5 \text{ Requerimientos funcionales implementados}}{5 \text{ Total de requerimientos funcionales identificados}}$	100%	100%

Implementación del Sistema Integrado de Conservación - SIC	14 Actividades ejecutadas / 15 actividades programadas	100%	93,30%
Sensibilización y capacitaciones en gestión documental	6 Numero de capacitaciones realizadas / 6 Numero de capacitaciones programadas	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Adicionalmente, se inició la ejecución de las estrategias del Plan de Conservación Documental y del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo, en el marco del Sistema Integrado de Conservación (SIC) aprobado en 2023, y se fortaleció la gestión institucional a través de la capacitación de 1.692 funcionarios y contratistas en temas de gestión documental.

Como resultado general, la ejecución del Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR) alcanzó un cumplimiento del 100%.

1.1.2.2 Plan Anual de Adquisiciones

El valor de Plan Anual de Adquisiciones aprobado para la vigencia 2025 fue de \$99.393.146.206, el valor con actualizaciones para el año 2025 fue de \$ 120.208.853.267; mientras que la ejecución acumulada entre enero y diciembre representa un 78.6%, correspondiente a 382 necesidades, con 475 actualizaciones en la plataforma del SECOP II durante la vigencia.

1.1.2.3 Plan Anual de Vacantes

Tabla: Evaluación Plan Anual de Vacantes

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo en el marco de la estrategia de formalización laboral definida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. en cada vigencia.	5 actividades desarrolladas del plan de trabajo por vigencia para la estrategia de formalización laboral / 5 actividades programadas por vigencia en el Plan de trabajo de la estrategia de formalización laboral (Semestral)	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Las actividades desarrolladas durante la vigencia 2025 se relacionan a continuación:

Actividad 1: Reporte de la Oferta Pública de empleo OPEC a la CNSC a noviembre con un total de 618 vacantes.

Actividad 2: Reporte composición de planta en el SIDEAP 2025.

Actividad 3: Reporte de vacantes a corte diciembre de 2025.

Actividad 4: estudios de encargo por derecho preferente corte diciembre de 2025.

Actividad 5: Empleos provistos en vacantes definitivas durante 2025

1.1.2.4 Plan de Previsión de Recursos Humanos

Durante la vigencia 2025, se llevó a cabo la provisión total de cincuenta y ocho (58) vacantes. De estas: treinta y una (31) corresponden a vacantes definitivas convocadas en el marco del proceso de formalización laboral, y veintisiete (27) generadas por diversas situaciones administrativas, distribuidas según la modalidad de provisión de la siguiente manera:

Encargo por derecho preferente: 7 empleos

Nombramiento en provisionalidad: 48 empleos

Trabajadores oficiales: 3 empleos

Tabla: Evaluación Plan de Previsión de Recursos Humanos

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Vacantes definitivas provistas a través de la estrategia de formalización	58 vacantes definitivas provistas en la planta de personal en el periodo / 30 vacantes definitivas para provisionar según disponibilidad presupuestal en el periodo.	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.1.2.5 Plan Estratégico de Talento Humano

El análisis de los indicadores del Plan Estratégico de Talento Humano evidencia un alto nivel de cumplimiento de las metas establecidas, reflejando una gestión efectiva y alineada con los objetivos institucionales.

El indicador de rotación de personal presentó un resultado del 1,30%, significativamente inferior a la meta máxima establecida del 5%, lo cual evidencia estabilidad laboral, adecuada retención del talento humano y un entorno organizacional favorable que contribuye a la continuidad de los procesos institucionales.

En cuanto al bienestar social e incentivos, se alcanzó un cumplimiento del 100%, lo que demuestra la ejecución total de las actividades programadas y el fortalecimiento de estrategias orientadas al mejoramiento de la calidad de vida, la motivación y el compromiso de los funcionarios.

El indicador de oportunidad del proceso de selección registró un resultado de 19,7 días, cumpliendo con la meta establecida de 20 días, lo que evidencia eficiencia y oportunidad en los procesos de vinculación, contribuyendo a la cobertura oportuna de las necesidades de personal y a la continuidad del servicio.

Respecto a seguridad y salud en el trabajo, se logró un cumplimiento del 100%, lo cual refleja la implementación efectiva de las acciones programadas y el compromiso institucional con la prevención de riesgos laborales y la protección de la salud de los trabajadores.

El indicador de cultura organizacional superó la meta del 90%, alcanzando un 100%, lo que evidencia avances significativos en la apropiación de valores institucionales, el fortalecimiento del sentido de pertenencia y la cohesión organizacional.

En relación con la formalización laboral, se alcanzó el 100% de cumplimiento, lo que demuestra avances en la consolidación de condiciones laborales formales y en el fortalecimiento de la estabilidad y la legalidad en las relaciones laborales.

El indicador de capacitación evidenció un cumplimiento del 100%, reflejando la ejecución total de las actividades formativas planificadas y el fortalecimiento de las competencias

técnicas y comportamentales del talento humano, en coherencia con las necesidades institucionales

Adicionalmente, se fortaleció la cohesión inter sedes y la apropiación de la filosofía institucional, se realizaron ejercicios de referenciación orientados a la mejora continua y se desarrolló la Semana de Transformación Cultural articulada con el tren de acreditación, consolidando avances en cultura organizacional y alineación estratégica.

Tabla Evaluación Plan de Previsión de Recursos Humanos

PLAN	NUMERADOR	DENOMINADOR	META	RESULTADO
Rotación de personal	76	5865	5%	1,30%
Bienestar Social e Incentivos	19	19	100%	100%
Oportunidad del Proceso Selección	52606	2701	20 días	19,7 días
Seguridad y salud en el trabajo	27	27	100%	100%
Cultura organizacional	9	9	90%	100%
Formalización laboral	4.5	5	100%	100%
Capacitación	39	39	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.1.2.6 Plan Institucional de Capacitación

En la vigencia 2025, el Plan Institucional de Capacitación (PIC) alcanzó un cumplimiento del 100%, manteniendo el desempeño esperado gracias a alianzas estratégicas con entidades distritales, universidades y el uso del Aula Virtual, consolidando el fortalecimiento de las competencias en la institución.

En este periodo, las acciones formativas desarrolladas abarcaron diversos ejes estratégicos, entre ellos:

Derechos Humanos, Desarrollo Sostenible, Convivencia, diversidad cultural y enfoque de género, Manejo de herramientas y/o plataformas, Programas de Transparencia y Ética Sistema de Gestión Antisoborno y Administración del Riesgo de Lavado de Activos y

Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Salud Mental, Formación asociada a la Resolución 3100 de 2019, Participación ciudadana con enfoque en Derechos Humanos, Cambio climático, Prevención de todo tipo de violencia, Inteligencia Artificial, Seguridad informática y transformación digital, Fortalecimiento en herramientas ofimáticas, Planeación estratégica, Gestión documental, Formación de Junta Directiva, Formación Directivos y Líderes, Cultura de Paz, Responsabilidad Social, Creatividad, innovación e investigación, Buenas prácticas, Modelo de atención en salud, Construcción de redes, Energías renovables, Trabajos de cuidado de personas y animales de compañía, Formación en lengua de señas, Redacción ortografía y comprensión lectora, Formación sindical, Transformación cultural e integridad, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Seguridad del Paciente, Humanización del servicio, Formación en clasificación de enfermedades trastornos y lesiones, Inducción –Reinducción Institucional, Modelo de Atención Salud, Ataque Cerebro Vascular –ACV, Habilidades Blandas, Formación en segunda lengua y Racionalidad del gasto-Gestión de Recurso.

Mediante el cumplimiento del 100% del Plan Institucional de Capacitación (PIC) 2025 se evidenció el fortalecimiento de manera transversal de las competencias técnicas, administrativas y comportamentales del talento humano, impactando positivamente la calidad en la prestación de servicios de salud, el cumplimiento normativo (Resolución 3100 de 2019, SARLAFT, transparencia y gestión documental), la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la transformación digital; asimismo, consolidó la cultura organizacional basada en derechos humanos, integridad y enfoque diferencial, robusteció el liderazgo y la gobernanza institucional, mitigó riesgos legales y reputacionales, y mejoró el clima laboral y la articulación interinstitucional, contribuyendo a la sostenibilidad y al fortalecimiento estratégico de la entidad.

Tabla: Evaluación Plan Institucional de Capacitación

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación-PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	39 de actividades ejecutadas del PIC en el periodo / 39 actividades planeadas en el mismo periodo	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.1.2.7 Plan de Incentivos Institucionales

Durante la vigencia 2025 se efectuó el desarrollo de las 19 actividades programadas, lo que representa un cumplimiento del 100 % del plan establecido.

Tabla: Evaluación Plan de Incentivos Institucionales

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	19 de actividades realizadas / 19 actividades programadas	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

En el cierre de la vigencia 2025 se evidencia que el Plan de Bienestar Social e Incentivos alcanzó un cumplimiento del 100 %, se registró un total de 20.755 participaciones en las diferentes actividades de bienestar social e incentivos desarrolladas. En cuanto a la cobertura, se mantuvo un promedio del 96 % en las actividades que aplican medición, superando de manera consistente la meta institucional del 80 %.

Actividades desarrolladas:

- Día de la Familia en Mundo Aventura
- Conmemoraciones institucionales (Día de la Enfermería, Día del Médico, Recorrido en sedes para profesiones y Oficios)
- Campañas de Salud Mental “Dale Like a tu salud mental”
- Semana de Transformación Cultural: enfocada a la gestión del cambio y Gestión de integridad
- Conmemoración Amor y Amistad
- Inauguración Centro Gestión de emociones
- Lanzamiento Chequera de Salario Emocional
- Equipos Golden Plus: reconocimiento de los equipos de trabajo por sede, destacando el cumplimiento de objetivos y otorgando menciones de honor como reconocimiento al esfuerzo, compromiso y dedicación demostrados.

- Innovación buzón de bienestar virtual (Disponible en los espacios de bienestar y para la vigencia 2026 intranet).

1.1.2.8 Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

En la vigencia 2025, el Plan del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) alcanzó un cumplimiento del 100% con la ejecución de 27 actividades programadas, incluyendo la autoevaluación conforme a la Resolución 0312 de 2019, la rendición de cuentas a grupos de interés, la revisión por la Gerencia, la gestión de hallazgos derivados de auditoría interna, el seguimiento y análisis de indicadores normativos y estratégicos, así como la ejecución de planes de acción de los comités (COPASST, Seguridad Vial y Gestión del Riesgo de Desastres) y de los programas del sistema, lo que fortalece el control interno, la mejora continua, la gestión preventiva de riesgos laborales y el cumplimiento normativo en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Tabla: Evaluación Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento del plan anual de trabajo de SST	27 actividades del plan de trabajo de SST realizadas/ 27 actividades programadas en el plan de trabajo SST	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.1.2.9 Plan Anticorrupción y Servicios al Ciudadano / Plan Transparencia y Ética Empresarial

En el Programa de transparencia en la vigencia se programaron 39 actividades con ejecución de 37 y un cumplimiento del 94.8%.

Tabla: Evaluación Plan Anticorrupción y Servicios al Ciudadano / Plan Transparencia y Ética Empresarial

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO
Porcentaje de Ejecución Programa de Transparencia y Ética Empresarial.	$37 \text{ actividades ejecutadas} / \text{Total } 39 \text{ actividades programadas} \times 100$	100%	94.8%	94.8%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.1.2.10 Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI

La Oficina de Sistemas de Información TIC, ha cumplido con la meta propuesta en las 4 actividades planteadas:

1. Gobernanza de datos (para toma de decisiones y aprovechamiento de los datos)

Con un avance del 80% con el plan de gobierno del dato en el tercer trimestre.

2. Integración del sistema de información al sistema distrital definido en el modelo de atención + Bienestar Datos enviados a Bogotá salud digital.

3. Implementación de herramientas inteligentes para la mejora del acceso de los servicios ofertados por la Subred Integrada. Contrato Contact Center 6779-24 y Contrato 4050-2025 Chatbot Oportuna iniciado el día 28 de julio, herramienta mediante la cual se han logrado asignar un total de 7061 citas al 30 de Sept.

4. Transformación Digital. Contrato 4050-2025 Uso de herramientas de Inteligencia artificial en salud”.

* Uso de mecanismos de alerta con base en información registrada por los procesos,

* Uso de tableros de control con base en los datos de los sistemas de información de la entidad y

* Aplicación de herramientas de inteligencia artificial para el apoyo en la toma de decisiones clínicas,

* Gestión de citas médicas mediante Bot de atención mediante Whatsapp.

Todo lo anterior orientado la toma de decisiones y realización de acciones dirigidas a mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de salud en beneficio de la población usuaria de la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente.

Tabla: Evaluación Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO
Porcentaje de cumplimiento en la Implementación Plan estratégico de Tecnologías de Información y Comunicación (PETIC) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	$(4 \text{ Número actividades ejecutadas PETIC (copia) / Total de 4 actividades planteadas en el PETIC (copia) } * 100\%$	100%	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.1.2.11 Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

En la vigencia 2025, la Oficina de Sistemas de Información TIC alcanzó un cumplimiento del 100% de las actividades programadas en su plan, garantizando la operación, disponibilidad y seguridad de la infraestructura tecnológica mediante la ejecución integral de mantenimientos preventivos (software en el primer semestre y hardware en el segundo) y correctivos gestionados por mesa de ayuda, la aplicación del procedimiento de mantenimiento de software, la ejecución total del plan de copias de seguridad de bases de datos, y la implementación y seguimiento mensual en ALMERA de las políticas de seguridad de la información, actualizaciones antivirus, gestión de usuarios y contraseñas y actividades de divulgación en seguridad digital, fortaleciendo el control, la continuidad operativa y la mitigación de riesgos tecnológicos institucionales.

Tabla: Evaluación Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Porcentaje de Ejecución Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	$(8 \text{ Actividades ejecutadas} / 8 \text{ Actividades programadas}) * 100$	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.1.2.12 Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

En la vigencia 2025, la Oficina de Sistemas de Información TIC alcanzó un cumplimiento del 100% de las nueve actividades del plan, fortaleciendo la continuidad operativa y la seguridad digital institucional mediante el cambio de proveedor en canales dedicados por afectaciones debido al hurto de infraestructura subterránea en cobre, la socialización del plan de contingencia y lineamientos de seguridad informática, se realiza el diagnóstico de la electricidad regulada en las sedes, la ampliación de la capacidad de almacenamiento del sistema principal a 10 TB para el respaldo de las bases de datos y la adquisición de un tercer almacenamiento NAS y licenciamiento de firewall, la implementación de IPV6 en cuatro sedes.

Tabla: Evaluación Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Porcentaje de cumplimiento del plan de acción para el manejo de Seguridad de la información Sub Red Sur Occidente ESE	$\frac{9 \text{ Número de acciones ejecutadas del plan de acción para el manejo de Seguridad de la información}}{9 \text{ Número de acciones a realizar del plan acción para el manejo de Seguridad de la información}} \times 100$	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

1.2 GESTIÓN PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2025

1.2.1 Modelo Integrado de Gestión y Desempeño Institucional

En la vigencia 2025 la Subred Sur Occidente E.S.E llevo a cabo la evaluación del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) administrado por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en Colombia, en dicha herramienta se presentó el avance de la gestión institucional, especialmente en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), obteniendo un calificación global del índice de desempeño institucional de 96,8 siendo esta la mayor calificación en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud en el Distrito, reconociéndose con ellos su

fortalecimiento en la sostenibilidad del Modelo, la calificación por dimensiones arrojó los siguiente resultados:

Tabla Resultados evaluación FURAG

Dimensión	Calificación Obtenida
Talento Humano	96,4
Direccionamiento Estratégico y Planeación	97,9
Gestión con valores para resultados	95
Información y Comunicación	97,9
Evaluación para resultados	100
Gestión del Conocimiento y la Innovación	100
Control Interno	98,9

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. (2025). Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG). Resultados vigencia 2024. Gobierno de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co>

En esta misma evaluación se incluye la evaluación de la Políticas relacionadas a la implementación del MIGP, en la que obtuvo la siguiente calificación

Tabla Evaluación FURAG políticas de MIGP

Nombre de la política	Índice de Desempeño Institucional por política
Política de Gestión Estratégica de Talento Humano	94,5
Política de Integridad	97,2
Política de Planeación Institucional	99
Política de compras y contratación pública	92,6
Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	96,2
Política de Servicio al Ciudadano	90,8
Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	90,9
Política de Simplificación, Racionalización y Estandarización de Trámites	79,2
Política Transparencia acceso a la información pública lucha contra la corrupción y antisoborno	92,7
Política de Gobierno Digital	85,3

Política de Seguridad Digital	86,3
Política de Defensa Jurídica	95,5
Política de Gestión Documental	97,9
Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	100
Política Institucional Control Interno	98,9

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. (2025). Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG). Resultados vigencia 2024. Gobierno de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co>

Basados en la calificación y recomendaciones del FURAG se llevó a cabo plan de acción MIPG 2025 en el que se desarrollaron acciones para el fortalecimiento de la gestión del talento humano, la inclusión, la modernización institucional, la transformación digital y el mejoramiento continuo. En el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, se implementaron inspecciones a los puestos de trabajo de personas con discapacidad debidamente certificada y registrada en SIDEAP, que incluyó la verificación documental, el diagnóstico de condiciones laborales, la gestión de hallazgos mediante mesa de ayuda y el seguimiento a las acciones correctivas implementadas.

En materia de administración de personal, se adelantan revisiones integrales de la planta de personal, contratación y demandas por contrato realidad, como insumo para la toma de decisiones de la Junta Directiva y el inicio de procesos de reforma de planta, apoyados en estudios técnicos, análisis de cargas laborales, ajuste del mapa de procesos y verificación de vacancias. Asimismo, se fortalecen los procedimientos para encargos, libre nombramiento y comisiones, garantizando el cumplimiento normativo, la verificación de requisitos, la aplicación de pruebas y la expedición de los actos administrativos correspondientes.

La entidad también consolida mecanismos de integridad y convivencia laboral mediante la gestión y seguimiento del conflicto de intereses, el fortalecimiento del Comité de Convivencia Laboral y la articulación con el Plan de Mejoramiento Institucional. De forma complementaria, se desarrollan diagnósticos de suficiencia y capacidad instalada del talento humano, junto con la actualización e implementación de guías técnicas que soportan la planeación del recurso humano en la prestación de servicios de salud.

En relación con la atención al ciudadano y trámites, se impulsan acciones para la inclusión de personas con discapacidad, la caracterización de usuarios, la mejora en el reporte y uso de trámites en SUIT, la accesibilidad y usabilidad web, y la automatización y digitalización de procesos. Estas acciones se articulan con iniciativas de gobernanza y proyectos de Tecnología de Información, adopción de estándares tecnológicos, ciberseguridad, continuidad del negocio, gestión documental y fortalecimiento del sistema de control interno, orientadas a mejorar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios institucionales.

De otra parte dentro de las acciones desarrolladas por la Subred Sur Occidente frente al sostenimiento y fortalecimiento del MIPG se encuentra la actualización de la conformación del comité Institucional de Gestión y Desempeño institucional mediante la resolución 532 de 2025 convirtiéndose en la máxima instancia de toma de decisiones al nivel directivo de la entidad, en el que participa la totalidad de los directivos, tratándose así los diferentes temas de la gestión institucional y el modelo de atención, en esta misma actualización se formalizaron y/o crearon los equipos técnicos de Gestión y Desempeño de la subred que funcionan como instancias de apoyo al Comité Institucional. E Gestión y Desempeño para el ejercicio de sus funciones, lo equipos establecidos son los siguientes:

- Equipo técnico de Gestión Ambiental
- Equipo técnico de Relacionamiento de Servicio al Ciudadano y Participación Comunitaria
- Equipo Técnico de Teletrabajo
- Equipo técnico de Archivo.
- Equipo técnico de Negociación y Seguimiento de Contratos.
- Equipo técnico de Ingresos.
- Equipo técnico de Calidad.
- Equipo técnico de Gobierno Digital.
- Equipo técnico de Integridad.
- Equipo técnico de Capacitación.
- Equipo técnico de Bienestar e Incentivos.

1.2.2 Sistema Gestión Integral del Riesgo

La Subred Sur Occidente E.S.E realiza seguimiento a la gestión del riesgo mediante la aplicación de su política de gestión del riesgo y el monitoreo de los riesgos el cual se lleva a cabo en el monitoreo de las acciones definidas en los controles de los riesgos y la identificación de la materialización de los mismo lo cual queda registrado en el sistema de información almera

Tabla Indicador implementación de controles a los riesgos institucionales Subred Sur Occidente E.S.E

Objetivo específico de la política	Indicador	Meta	Resultado
Involucrar a los líderes de proceso, gestores y equipos de trabajo en la revisión y evaluación periódica de la identificación, análisis y valoración de los diferentes riesgos por proceso, definiendo las acciones que permitan el desarrollo de las oportunidades de mejora identificadas.	Implementación de los controles a los riesgos institucionales Subred Sur Occidente ESE (Autorregulación de la Gestión)	100%	100%

Fuente: Oficina Asesora Desarrollo Institucional

Los riesgos identificados en la Subred Sur Occidente E.S.E se relacionan en la siguiente imagen:

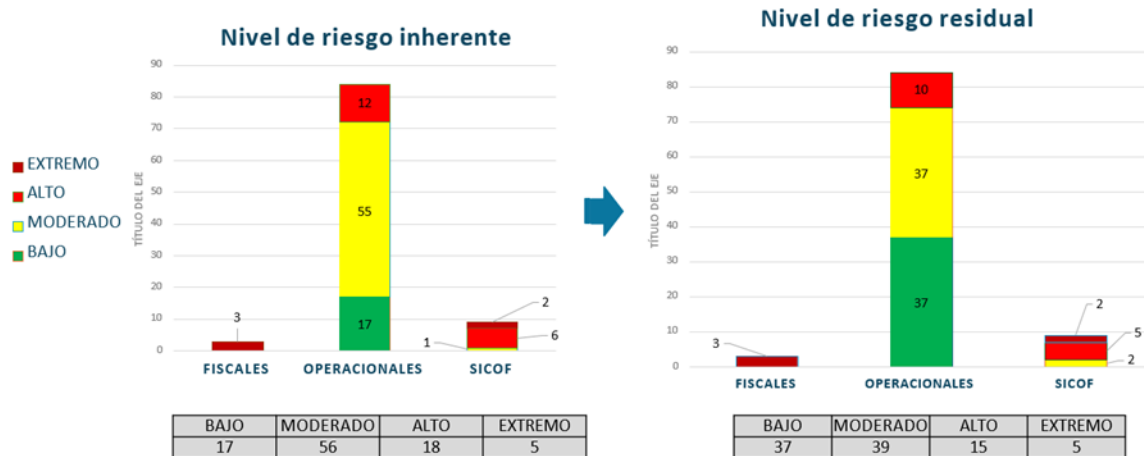
Imagen Riesgos Identificados Subred Sur Occidente E.S.E vigencia 2025

PROCESO	FISCALES	OPERATIVOS	SICOF	TOTAL
Control interno		3	1	4
Control Interno Disciplinario		2		2
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional		4		4
Gestión Clínica Ambulatoria		10		10
Gestión Clínica de Urgencias		3		3
Gestión Clínica Hospitalaria		6		6
Gestión de comunicaciones		2		2
Gestión de contratación	1		2	3
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo		5		5
Gestión de Servicios Complementarios	1	16		17
Gestión de TICS		2	1	3
Gestión del Ambiente Físico		8		8
Gestión del Conocimiento		5		5
Gestión del Riesgo en Salud		6	1	7
Gestión del Talento Humano		2	1	3
Gestión Financiera	1	4	2	7
Gestión jurídica		4	1	5
Participación comunitaria y servicio al ciudadano		2		2
Total general	3	84	9	96

Fuente: Sistema de Información Almera

Aplicando la valoración de controles se estableció el nivel del riesgo inherente y riesgo residual por semaforización del nivel de riesgo

Imagen Semaforización del Nivel de riesgo



Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

En el mes de octubre se llevó a cabo la aprobación de la actualización del sistema de Gestión del riesgo, quedando este denominado Sistema Gestión Integral del Riesgo con el objeto de tener una interacción integrada de cada uno de los subsistemas de riesgo dentro del sistema integral de gestión de riesgos de la empresa.

Imagen Sistema Gestión Integral del Riesgo Subred Sur Occidente E.S.E



Fuente: Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

En el mes de diciembre se llevó a cabo la actualización la política de gestión del riesgo, para ello se elaboró el instrumento de revisión de la política basado en lo establecido para la mencionada política en el Manual Operativo MIPG versión 6 y la Guía Para Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas versión 7, lo anterior concluyo en la presentación de la actualización de la política de riesgo en el Comité Institucional De Gestión y Desempeño y su aprobación en el mes de Diciembre del 2025.

En el último Trimestre de la vigencia se llevó a cabo divulgación en las diferentes sedes del Eje de gestión, así como se realizó la actualización de la política.

1.3 GESTIÓN DE MERCADEO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., durante la vigencia, desarrolló diversas estrategias orientadas a fortalecer la confianza de las Entidades Responsables de Pago (ERP) y de los usuarios afiliados. Como resultado de estas acciones, la Subred finalizó el periodo con un total de 22 contratos suscritos, así: 16 contratos con ERP y 6 con aseguradoras, correspondientes a pólizas estudiantiles, accidentes laborales, riesgos profesionales, entre otros.

En articulación con las directrices de la Alta Gerencia, estableció lineamientos orientados a garantizar el análisis, la evaluación y el seguimiento detallado de los procesos de negociación, suscripción, prórroga y ejecución de los contratos de prestación de servicios de salud con las diferentes Entidades Responsables de Pago (ERP). En este marco, se implementaron las siguientes estrategias:

- Reuniones de seguimiento: Se iniciaron reuniones periódicas de seguimiento a los contratos, las cuales fueron formalizadas a lo largo de la vigencia mediante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, con la conformación del equipo técnico de negociación y seguimiento contractual, con sesiones semanales, orientadas al fortalecimiento del monitoreo y la toma de decisiones relacionadas con la venta de servicios de salud y demás actividades operativas derivadas de los contratos.

En el desarrollo de las sesiones del equipo técnico de negociación y seguimiento contractual se evidenció, como principal logro, la mejora en los acercamientos con las ERP, lo cual contribuyó a posicionar a la Subred como una IPS con alto potencial, amplio portafolio de servicios, adecuada capacidad instalada y confiabilidad, para integrar las redes de prestadores. Adicionalmente, se realizaron análisis de capacidad instalada frente a la demanda proyectada, con base en la contratación vigente, permitiendo identificar la capacidad residual y garantizar una oferta amplia y oportuna de servicios.

- **Mejoramiento de las modalidades de pago:** Se fortalecieron los acercamientos con las entidades contratantes modificando las modalidades de pago, priorizando esquemas prospectivos que permitieran asegurar la sostenibilidad financiera y la estabilidad en los ingresos de la Subred. Estas acciones se articularon con el Modelo de Atención en Salud Distrital “MAS Bienestar”, en el componente extramural con las atenciones intramurales, con el fin de fortalecer la integralidad del modelo de atención.
- **Articulación entre procesos** contribuyendo al fortalecimiento institucional, con la consolidación del Equipo Técnico de Negociación que facilitó la articulación entre los equipos de costos, facturación, mercadeo y gestión de la información, lo cual permitió realizar análisis precontractuales y poscontractuales oportunos, con el acompañamiento permanente de los procesos asistenciales, garantizando una gestión integral, eficiente y alineada con los objetivos estratégicos de la Subred.
- **Matriz de contratación:** La gestión de mercadeo, mantiene actualizada la matriz de contratación, en la cual se relacionan los aspectos generales del contrato suscrito, así mismo se implementó matriz de caracterización de contratación para la verificación de cumplimiento de requisitos acorde al Decreto 441 del 2022.

Retos

- Concretar contrataciones alineadas al 100% con el Modelo de Atención en Salud “MAS Bienestar”
- Incrementar el direccionamiento de usuarios a los servicios ofertados por la Subred

- Fortalecer el tarifario institucional con la inclusión de nuevas tarifas que permitan el acceso a usuarios particulares
- Realizar contrataciones diferenciales y/o alianzas estratégicas, que permitan aportar a la acreditación y certificación como hospital universitario.

1.4 GESTIÓN PROYECTOS DE INVERSIÓN (INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN)

1.4.1 Informe convenio interadministrativo no.5141376 de 2023 – construcción y dotación del Centro De Salud Tintal – Mental Pediátrico.

Generalidades:

Convenio No.:	5141376-2023			
Objeto:	“Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto “Construcción y dotación del Centro de Salud Tintal - Mental Pediátrico”.			
Valor del Convenio inicial:	\$410.506.038	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$402.456.900	FFDS	No. 3132
		\$8.049.138	E.S.E.	
Adiciones: (1) – Fecha:				
(2)-				
(3)-				
Valor actual del convenio:	\$410.506.038			
Fecha Suscripción:	27-06-2023			
Fecha de inicio:	29-06-2023	Plazo de ejecución Inicial:		48 meses
Fecha de terminación inicial:	28-06-2027	Prórrogas acumuladas:		Fecha
	No meses	Del _____ Al _____		AA-MM-DD
Prorroga No (1)				
Prorroga No (2)				
Fecha de terminación actual:	28-06-2027			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente se adelanta ejecución de la Etapa de Pre inversión Estudios y Diseños			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí				

GIROS DEL FFDS A ESE

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA	OBSERVACIONES
Valor giro FFDS	\$402.456.900	3132	28-06-2023	
Total	\$402.456.900			

CONTRATOS DERIVADOS

Contrato Consultoría:

Proceso de selección No.	EGAT- CA-020-2023
Número del contrato	4786 - 2024
Estado actual del Contrato:	En liquidación

Objeto	"LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE SALUD TINTAL - MENTAL PEDIÁTRICO"		
Contratista	M.C ARQUITECTOS S.A		
Supervisor	JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL MARCIA GUACANEME VALBUENA A partir del 20 de marzo de 2025 según nota interna No.SSO-2025-200-001697-3.		
Valor	\$268.480.785	Duración inicial (meses)	SIETE (7)
Fecha de iniciación:	23-04-2024	Fecha de terminación inicial:	22-11-2024
Prórrogas: (1) – Fecha			
Suspensiones: (1) – 20-11-2024	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4786-2024, por el término de SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO, contados a partir del 20 de febrero 2024 hasta el 20 de abril de 2025, reiniciando actividades a partir del día 21 de abril de 2025, se establece nueva fecha de terminación el día 22 de abril 2025. El 5 de diciembre de 2024, la consultoría recibe el acta de observaciones emitida por la curaduría urbana N°2, mediante oficio 24-2-021013 y de acuerdo con lo estipulado en el artículo 2.2.6.1.2.2.4 del Decreto 1077 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio."; el peticionario tiene un plazo de 30 días hábiles para dar respuesta a dicho requerimiento. Así las cosas, el contratista consultor tenía hasta el 22 de enero de 2025 para dar la respectiva respuesta ante el curador urbano; sin embargo, con sujeción a la disposición normativa enunciada, el 15 de enero de 2025, solicitó la ampliación de los términos para dar respuesta al acta de observaciones por el término de 15 días hábiles, siendo así la fecha máxima de respuesta el 11 de febrero de 2025; así, según consta en los documentos del proceso, la corrección de observaciones por parte del contratista tuvo lugar efectivo el día 7 de febrero de 2025. El consultor recibe por parte de la Curaduría Urbana N°2, mediante resolución No. 11001-2-25-0751 del 25 de febrero de 2025, información que se prorroga el plazo de pronunciamiento sobre la decisión de la expedición de la licencia de construcción, por el término de 22 días hábiles a partir de la notificación.		
Suspensiones: (2) – 18-02-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4786-2024, por el término de 60 DÍAS CALENDARIO, contados a partir del 21 de abril de 2025 hasta el 19 de junio de 2025, reiniciando actividades el día 20 de junio de 2025 se establece nueva fecha de terminación el día 21 de junio de 2025. La consultoría con radicado MCA289-2025-2405PMT-068 del 07 de abril de 2025 notifica a la Subred la aprobación y viabilidad de licencia de construcción, solicitando así el pago del cargo variable, el cual debe hacerse a más tardar a los 30 días calendario para la expedición de la licencia debidamente ejecutoriada. Una vez se obtenga el pago de las expensas de cargo variable, la curaduría urbana n°2 contará hasta con 15 días hábiles en la expedición del acto administrativo de licencia de construcción. Dado que, a la fecha, persisten circunstancias externas que impiden el normal desarrollo de las actividades contractuales, las cuales están relacionadas con trámites que son condición previa para la reactivación del contrato, a saber: Expedición de la Licencia de Construcción: Actualmente se encuentra en curso el proceso de obtención de la licencia de construcción, trámite fundamental para avanzar con el desarrollo técnico del proyecto. La ausencia de este documento limita la culminación del contrato de consultoría, teniendo en cuenta que hace parte de los productos esenciales definidos. Trámite de Factibilidad de Servicios Públicos: A la fecha, este trámite no ha sido radicado, dado que uno de sus principales insumos es precisamente la licencia de construcción. La obtención de estas factibilidades es necesaria para consolidar las soluciones técnicas definitivas del proyecto. Radicación y Aprobación del Diseño Serie 3 ante ENEL: Este trámite, que contempla la aprobación de las soluciones técnicas para las redes eléctricas del proyecto, tampoco ha sido radicado. Su ejecución también depende de la obtención previa de la licencia de construcción, al ser esta un requisito indispensable para su presentación		
Suspensiones: (3) – 15-04-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4786- 2024, por el término de TREINTA (30) CALENDARIO, contados a partir del 20 de junio de 2025 hasta el 19 de julio de 2025, reiniciando actividades el día 20 de julio de 2025, con la firma M.C ARQUITECTOS S.A El 29 de mayo de 2025, la Curaduría Urbana N°2 emite notificación de licencia de construcción no ejecutoriada; a partir de lo anterior, se estima, el término de 15 días hábiles para la expedición de la licencia ejecutoriada; una vez obtenida ésta, se debe iniciar con los trámites para la radicación y obtención de la factibilidad eléctrica y posterior radicación del proyecto eléctrico de serie 3 ante la empresa ENEL CODENSA.		

Suspensiones: (4) – 20-06-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4786-2024, por el término de TREINTA (30) CALENDARIO, contados a partir del 20 de julio de 2025 hasta el 18 de agosto de 2025, reiniciando actividades el día 19 de agosto de 2025, con la firma M.C ARQUITECTOS S.A, El 19 de junio de 2025, con radicado E-2025-0036243, la PERSONERÍA DE BOGOTÁ, notifica la interposición de un recurso de reposición, solicitando correcciones a los planos radicados y aprobados en la resolución 11001-2-25-1894 del 21 de mayo de 2025, señalando la omisión de los sistemas o forma de ventilación en los baños, depósito de basuras y cuartos de aseo en los planos A002, A003 y A004, incumpliendo con la normatividad del Decreto 555 de 2021, Artículo 604 y Decreto 1077 de 2015. Frente a lo anterior, el contratista Consultor MC Arquitectos, el 25 de junio de 2025, contesta el recurso de reposición mediante oficio MCA497-2025-2405PMT-078, radicado ante la Curaduría Urbana N°2 mediante radicado VUR 25-2-013639, aduciendo que el proyecto cumple con toda la normatividad exigida y complementando la información inicialmente allegada a la Curaduría. El 07 de julio de 2025, la Curaduría Urbana No. 2 mediante radicado No. VUR 25-2-011368 remite notificación personal por medio electrónico del expediente No. 11001-2-24-2019, por medio del cual, resuelve en su Artículo 3, confirmar la Licencia de Construcción No.11001-2-25-1894 expedida el día 21 de mayo de 2025 por el Curador Urbano No.2 de Bogotá D.C., por lo cual, el 14 de julio de 2025 se obtiene la Licencia de Construcción Ejecutoriada No. 11001-2-25-1894, en la modalidad de Obra Nueva para el predio urbano localizado en la dirección KR 87 B 10 85 con chip AAA0241TWYX Matricula Inmobiliaria 50C1704323. Radicación y Aprobación del Diseño Serie 3 ante ENEL: Una vez obtenida la licencia de construcción ejecutoriada se procede con el trámite para la obtención de la viabilidad del diseño serie 3.
Suspensiones: (5) – 18-07-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4786-2024, por el término de sesenta días (60) CALENDARIO, contados a partir del 20 de agosto de 2025 hasta el 18 de octubre de 2025, reiniciando actividades el día 19 de octubre de 2025, con la firma M.C ARQUITECTOS S.A dado que, a la fecha, persisten circunstancias externas que impiden el normal desarrollo de las actividades contractuales, las cuales están relacionadas con trámites que son condición previa para la reactivación del contrato, a saber: Trámite de Factibilidad de Servicios Públicos: Que, una vez obtenida la licencia de construcción debidamente ejecutoriada, se dio trámite al proyecto de SERIE 3 ante ENEL CODENSA mediante radicado 1500778280 del 5 de agosto de 2025, que a la fecha no ha sido respondido por la entidad para la aprobación del proyecto de SERIE 3 con lo cual sedara finalización al contrato de consultoría. En consecuencia, considerando que las condiciones actuales impiden continuar con las actividades previstas en el objeto contractual, y que la gestión de estos trámites depende de factores externos al contratista, se considera procedente autorizar la ampliación de la suspensión del contrato por sesenta (60) días calendario, plazo durante el cual se espera poder avanzar en la obtención de la aprobación del proyecto de SERIE 3 ante ENEL CODENSA mediante radicado 1500778280 del 5 de agosto de 2025
Suspensiones: (6)–15-08-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4786-2024, por el término de sesenta días (60) CALENDARIO, contados a partir del 20 de agosto de 2025 hasta el 18 de octubre de 2025, reiniciando actividades el día 19 de octubre de 2025, con la firma M.C ARQUITECTOS S.A dado que, a la fecha, persisten circunstancias externas que impiden el normal desarrollo de las actividades contractuales, las cuales están relacionadas con trámites que son condición previa para la reactivación del contrato, a saber: Trámite de Factibilidad de Servicios Públicos: Que, una vez obtenida la licencia de construcción debidamente ejecutoriada, se dio trámite al proyecto de SERIE 3 ante ENEL CODENSA mediante radicado 1500778280 del 5 de agosto de 2025, que a la fecha no ha sido respondido por la entidad para la aprobación del proyecto de SERIE 3 con lo cual sedara finalización al contrato de consultoría. En consecuencia, considerando que las condiciones actuales impiden continuar con las actividades previstas en el objeto contractual, y que la gestión de estos trámites depende de factores externos al contratista, se considera procedente autorizar la ampliación de la suspensión del contrato por sesenta (60) días calendario, plazo durante el cual se espera poder avanzar en la obtención de la aprobación del proyecto de SERIE 3 ante ENEL CODENSA mediante radicado 1500778280 del 5 de agosto de 2025
Reinicio – Fecha:	18-10-2025
Adiciones: (1) – Fecha	
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha	

Fecha Actual Terminación	19-10-2025
Valor Actual Contrato	\$268.480.785

Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR	% AVANCE FÍSICO PROGRAMADO	% AVANCE FÍSICO EJECUTADO
1	17-09-2024	M1FE127	\$53.696.157,00	\$214.784.628,00	46%	45%
2	18/11/2024	M1FE146	\$80.544.236.00	\$134.240.392,00	100%	100%
3	27-11-2025	M1FE193	\$107.392.314.00	\$26.848.078,00	100%	100%
TOTAL			\$241.632.707,00	\$26.848.078,00		
OBSERVACIONES: Saldo por pagar liquidación.						

Contrato de Interventoría

Proceso de selección No.	EGAT-CA-021-2023		
Número del contrato	4787-2024		
Estado actual del Contrato:	En liquidación		
Objeto	REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL PARA LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE SALUD TINTAL - MENTAL PEDIÁTRICO		
Contratista	SOLUCIONES INTEGRALES DE INGENIERIA S.A. - SODINSA S.A.		
Supervisor	JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL MARCIA GUACANEME VALBUENA A partir del 20 de marzo de 2025 según nota interna No.SSO-2025-200-001698-3.		
Valor	\$53.464.375	Duración inicial (meses)	SIETE (7) MESES
Fecha de iniciación:	23-04-2024	Fecha de terminación inicial:	22-11-2024
Prórrogas: (1) – Fecha			
(2) – Fecha			
Suspensiones: (1) – 20-11-2024	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4787-2024, por el término de TRES (03) MESES, contados a partir del 20 de noviembre 2024 hasta el 19 de febrero de 2025, reiniciando actividades a partir del día 20 de febrero de 2025, se establece nueva fecha de terminación el día 22 de febrero 2025. En concordancia y por las mismas razones que motivaron la suspensión del contrato de consultoría.		
Suspensiones: (2) – 18-02-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4787-2024, por el término de SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO, contados a partir del 20 de febrero 2024 hasta el 20 de abril de 2025, reiniciando actividades a partir del día 21 de abril de 2025, se establece nueva fecha de terminación el día 22 de abril 2025. Finalmente, es preciso indicar que, por medio de la solicitud de suspensión N°2 por la firma SOLUCIONES INTEGRALES DE INGENIERIA S.A. - SODINSA S.A. nacidas en el Contrato 4787 de 2024, se solicita suspensión en el tiempo de ejecución del contrato por el término de sesenta (60) días calendario. En concordancia y por las mismas razones que motivaron la suspensión del contrato de consultoría.		
Suspensiones: (3) – 15-04-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4787-2024, por el término de SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO, contados a partir del 21 de abril de 2025 hasta el 19 de junio de 2025, reiniciando actividades a partir del día 20 de junio de 2025, se establece nueva fecha de terminación el día 21 de junio 2025. En concordancia y por las mismas razones que motivaron la suspensión del contrato de consultoría.		
Suspensiones: (4) – 19-06-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4787-2024, por el término de TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, contados a partir del 20 de junio de 2025 hasta el 19 de julio de 2025, reiniciando actividades a partir del día 20 de julio de 2025, se establece nueva fecha de terminación el día 21 de julio 2025, con la firma SOLUCIONES INTEGRALES DE INGENIERIA S.A. En concordancia y por las mismas razones que motivaron la suspensión del contrato de consultoría.		

Suspensiones: (5) – 18-06-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4787-2024, por el término de TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, contados a partir del 20 de julio de 2025 hasta el 18 de agosto de 2025, reiniciando actividades a partir del día 19 de agosto de 2025, se establece nueva fecha de terminación el día 20 de agosto 2025, con la firma SOLUCIONES INTEGRALES DE INGENIERIA S.A. - SODINSA S.A En concordancia y por las mismas razones que motivaron la suspensión del contrato de consultoría.
Suspensiones: (6) – 15-08-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4787-2024, por el término de sesenta (60) DÍAS CALENDARIO, contados a partir del 20 de agosto de 2025 hasta el 18 de octubre de 2025, reiniciando actividades a partir del día 19 de octubre de 2025, se establece nueva fecha de terminación el día 20 de octubre 2025, con la firma SOLUCIONES INTEGRALES DE INGENIERIA S.A. - SODINSA S.A Dado que el día 7 de julio de 2025 se recibe la notificación de la resolución del recurso de reposición contra el acto administrativo donde se expide la licencia de construcción mediante resolución 11001-2-25-1894 del 21 de mayo de 2025. Que el 23 de julio de 2025, se hace entrega de la licencia de construcción debidamente ejecutoriada mediante oficio MCA581-2025-2405PMT-081.18. Que, una vez obtenida la licencia de construcción debidamente ejecutoriada, se dio trámite al proyecto de SERIE 3 ante ENEL CODENSA mediante radicado 1500778280 del 5 de agosto de 2025, que a la fecha no ha sido respondido por la entidad. En concordancia y por las mismas razones que motivaron la suspensión del contrato de consultoría.
Reinicio – Fecha	18-10-2025
Adiciones: (1) – Fecha	
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha	
Fecha Actual Terminación	19-10-2025
Valor Actual Contrato	\$53.464.375

Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR	% AVANCE FÍSICO PROGRAMADO	% AVANCE FÍSICO EJECUTADO
1	03/09/2024	SODI331	\$10.692.875,00	\$42.771.500,00	46%	45%
2	20/11/2024	SODI346	\$16.039.313,00	\$26.732.187,00	100%	100%
3	27/11/2025	SODI445	\$21.385.750,00	\$5.346.437,00	100%	100%
		Total	\$48.117.938,00	\$5.346.437,00		

EJECUCION

Durante febrero de 2025, los contratos de obra e interventoría se encontraban suspendidos por trámites relacionados con la licencia de construcción ante la Curaduría Urbana No. 2, donde el proyecto había sido radicado desde el 11 de octubre de 2024. La suspensión inicialmente iba hasta el 19 de junio de 2025, con posibilidad de reinicio anticipado una vez se obtuviera la licencia, la factibilidad y la aprobación del diseño Serie 3.

Entre marzo y mayo de 2025 se adelantaron trámites ante ENEL y otras entidades. El 26 de marzo el DADEP emitió la anuencia requerida, y el 16 de mayo se pagaron las expensas ante la Curaduría. El 29 de mayo de 2025 se notificó la Licencia de Construcción No Ejecutoriada, quedando pendiente su firmeza conforme a los tiempos legales.

El 19 de junio de 2025 la Personería de Bogotá interpuso recurso de reposición contra la licencia, lo que generó nuevas prórrogas en la suspensión contractual (hasta agosto de 2025). Durante este periodo se radicaron respuestas, se ajustaron estudios, diseños y presupuestos, y se realizaron revisiones con la Secretaría Distrital de Salud.

En agosto se otorgó una nueva prórroga por dos meses, a la espera de la aprobación del diseño Serie 3 por parte de ENEL. En septiembre aún estaba pendiente dicha aprobación, aunque el presupuesto final del proyecto fue remitido a la Secretaría de Salud.

El 3 de octubre de 2025 se recibió la aprobación del proyecto Serie 3 por ENEL. Posteriormente, el 15 de octubre se entregaron digitalmente los productos finales aprobados por la interventoría. El 22 de octubre de 2025 finalizaron los contratos de obra e interventoría, iniciando su etapa de liquidación.

El 29 de octubre se aprobó la modificación y prórroga del convenio para permitir a la Secretaría Distrital de Salud iniciar el proceso de contratación de la etapa de obra. En noviembre y diciembre la consultoría realizó la impresión y organización de los estudios y diseños para entrega física.

Actualmente, se encuentra pendiente la recepción de los productos aprobados en físico por parte de la Subred Sur Occidente.

Avance Físico de Estudios y Diseños Programada: 100%

Ejecutada: 100%

1.4.2 Informe convenio interadministrativo no.4342258 de 2022 – ampliación, reordenamiento y dotación de la unidad médica Hospitalaria Especializada En Salud Mental Floraria.

GENERALIDADES

Convenio No.:	4342258-2022			
Objeto:	"Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Ampliación, reordenamiento y dotación de la Unidad Médica Hospitalaria Especializada en Salud Mental Floraria".			
Valor del Convenio inicial:	\$1.647.262.793	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$1.450.663.769	FFDS	No. 7711 del 28-12-2022
		\$196.599.024	E.S.E.	
Adiciones: (1) – Fecha:				
(2)-				
(3)-				
Valor actual del convenio:	\$1.647.262.793			
Fecha Suscripción:	23-12-2022			
Fecha de inicio:	12-01-2023	Plazo de ejecución Inicial:		48 meses

Fecha de terminación inicial:	11-01-2027	Prórrogas acumuladas:	Fecha
	No. meses	Del _____ Al _____	AA-MM-DD
Prorroga No 1			
Prorroga No 2			
Fecha de terminación actual:	11-01-2027		
Estado del convenio:	Vigente		
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente se adelanta ejecución de la Etapa de Pre-inversión - Estudios y Diseños.		
Modificaciones / aclaraciones / otrosí			

GIROS DEL FFDS A ESE

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA	OBSERVACIONES
Giro No. 1	\$1.450.663.769	7711	28-12-2022	Giro realizado el 15 de junio de 2023.
Total	\$1.450.663.769			

CONTRATOS DERIVADOS

Contrato Consultoría:

Proceso de selección No.	EGAT-CA-017-2023		
Número del contrato	6996-2023		
Estado actual del Contrato:	Terminado		
Objeto	"ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, ADECUACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL FLORALIA"		
Contratista	UNION TEMPORAL SANTA RITA		
Supervisor del Contrato	MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional		
Valor	\$1.117.000.000	Duración inicial (meses)	NUEVE (9) MESES
Fecha de iniciación:	04-04-2024	Fecha de terminación inicial:	03-01-2025
Prórrogas: (1) – Fecha			
Suspensiones: (1) – 23-12-2024	CLAUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 6996-2023, por el término de TRES (03) MESES, contados a partir 24 de diciembre de 2024 y hasta el 23 de marzo de 2025, reiniciándose actividades a partir del 24 de marzo de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 03 de abril de 2025		
Suspensiones: (2) – 21-03-2024	CLAUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 6996-2023, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir 24 de marzo de 2025 hasta el 23 de mayo de 2025, reiniciando actividades el 24 de mayo de 2025. Se establece nueva fecha de terminación el 03 de junio de 2025.		
Reinicio: – 23-05-2025	CLÁUSULA PRIMERA: REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 6996-2023 con la firma UNION TEMPORAL SANTA RITA, contados a partir del 24 de mayo de 2025 y estableciéndose como nueva fecha de terminación el 03 de junio de 2025.		
Adiciones: (1) – Fecha			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha			
Fecha Actual Terminación	03-06-2025		
Valor Actual Contrato	\$1.117.000.000		

Pagos Realizados

Del Contrato de Consultoría No. 6996 de 2023, a la fecha no se ha realizado ningún pago.

Contrato de Interventoría

Proceso de selección No.	EGAT-CA-012-2023		
Número del contrato	6995-2023		
Estado actual del Contrato:	Terminado		
Objeto	"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL PARA LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, ADECUACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL FLORALIA."		
Contratista	CONSORCIO INTER SALUD		
Supervisor	MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional		
Valor	\$227.409.000	Duración inicial (meses)	NUEVE (9) MESES
Fecha de iniciación:	04-04-2024	Fecha de terminación inicial:	03-01-2025
Prórrogas: (1) – Fecha			
(2) – Fecha			
Suspensiones: (1) – 23-12-2024	CLAUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 6995-2023, por el término de por el término de TRES (03) MESES, contados a partir 24 de diciembre de 2024 y hasta el 23 de marzo de 2025, reiniciándose actividades a partir del 24 de marzo de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 03 de abril de 2025		
Suspensiones: (2) – 21-03-2024	CLAUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 6995-2023, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir del 24 de marzo de 2025 hasta el 23 de mayo de 2025, reiniciando actividades el 24 de mayo de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 03 de junio de 2025.		
Reinicio: – 23-05-2025	CLAUSULA PRIMERA: REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 6995-2023 con la firma CONSORCIO INTER SALUD, contados a partir del 24 de mayo de 2025 y estableciéndose como nueva fecha de terminación el 03 de junio de 2025.		
Adiciones: (1) – Fecha			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha			
Fecha Actual Terminación	03-06-2025		
Valor Actual Contrato	\$227.409.000		

Pagos realizados, del Contrato de Interventoria No. 6995 de 2023, a la fecha no se ha realizado ningún pago.

EJECUCION

En febrero de 2025, los contratos de obra e interventoría permanecían suspendidos desde diciembre de 2024 por trámites relacionados con el concepto de norma ante la Curaduría Urbana No. 3. Durante este periodo, la Curaduría formuló observaciones al anteproyecto arquitectónico del proyecto USSM Floralia, las cuales debían ser ajustadas por el consultor.

En marzo se evidenció un retraso significativo en la ejecución del proyecto, con un avance real del 31% frente al 80% reportado y al 98% programado. Se solicitó definir el representante legal de la consultoría y presentar un plan de contingencia. En abril y mayo, la Subred Sur Occidente requirió informes detallados para sustentar técnica, jurídica y financieramente el estado del proyecto y establecer acciones para mitigar el atraso del 67%.

El 22 de mayo se aclaró que el concepto de norma no equivalía a licencia de construcción y se rechazó el cronograma presentado por la interventoría por inconsistencias y falta de productos aprobados, lo que impedía avanzar en la radicación formal ante curaduría.

En junio, el interventor presentó informe por presunto incumplimiento del contrato de consultoría; sin embargo, la solicitud fue devuelta por improcedente en cuanto al tipo de sanción planteada, solicitando su ajuste. Entre julio y septiembre se realizaron varias mesas de trabajo y devoluciones del informe técnico por inconsistencias, hasta su remisión y revisión por la Subdirección de Contratación.

En octubre se analizó el estado de los productos de diagnóstico para determinar si debían incluirse en el proceso sancionatorio o si procedía su reconocimiento y pago, previa validación con la Secretaría Distrital de Salud. En noviembre, dicha entidad recomendó reconocer y pagar algunos productos al consultor, excluyéndolos de la actuación administrativa sancionatoria.

Finalmente, en diciembre de 2025 se adelantó reunión jurídica para definir los pasos a seguir respecto al proceso sancionatorio derivado del presunto incumplimiento contractual.

Desde una perspectiva técnica y jurídica, a continuación, se exponen las consideraciones de esta dependencia respecto de las posibles acciones a seguir para la resolución de la situación que acarrea el incumplimiento parcial del Contrato N°6996-2023 y las consecuencias que desde las diferentes aristas podrían tener lugar:

1. Procedimiento Administrativo Sancionatorio al Consultor UNION TEMPORAL SANTA RITA así como al Interventor Consorcio Intersalud, y la solicitud de suspensión o

prórroga del Convenio Interadministrativo No. COI.PCCNTR.4342258 de 2022 suscrito con la Secretaría Distrital de Salud

Ante el incumplimiento del Contrato N°6996-2023, se considera procedente dar inicio a la actuación administrativa sancionatoria de carácter contractual con la consecuente imposición de la sanción a título de cláusula penal pecuniaria.

Es preciso en este caso advertir que, según lo informado por el interventor, el contratista entregó y obtuvo la aprobación de los productos asociados al Ítem: “DIAGNÓSTICO DE LA INFRAESTRUCTURA EXISTENTE”; en consecuencia, según lo estipulado en el contrato, ello daría lugar al reconocimiento y pago en su favor de la suma de \$ 98.384.850 (téngase en cuenta que el valor ofertado por tal ítem corresponde a \$109.316.500 incluido IVA).

De esta manera, referiríamos a un incumplimiento parcial del contrato y a la estimación de la sanción a título de cláusula penal pecuniaria por los productos no entregados ni aprobados por la interventoría (2 al 20).

Respecto del Contrato de Interventoría No. 6995-2023 que tiene por objeto: “INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL PARA LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN, AMPLIACIÓN, ADECUACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL FLORALIA”, y cuyo valor es por la suma de DOSCIENTOS VEINTISIETE MILLONES CUATROCIENTOS NUEVE MIL PESOS M/CTE. (\$227.409.000) incluido IVA, AIU y todos los costos directos e indirectos que conlleve la celebración y ejecución total del contrato, se requeriría igualmente adelantar el proceso administrativo sancionatorio por el incumplimiento contractual fundado en la falta de seguimiento cabal y oportuno al desarrollo del Contrato de Consultoría No. 6996-2023 en tanto no se adoptaron las medidas necesarias para constreñir al contratista al cumplimiento de las obligaciones pactadas ni se informó a la entidad con la antelación debida, las circunstancias relacionadas con el desempeño de la consultoría. En consecuencia, ante la posible declaratoria de incumplimiento parcial de las obligaciones contraídas con ocasión del

contrato y al tenor de lo dispuesto en la Cláusula Decima Cuarta, se propone la imposición de la Cláusula Penal Pecuniaria por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato.

Así, teniendo en cuenta la forma de pago establecida en el Contrato de Interventoría No. 6995-2023 correlativamente se propondría pagar en su favor la proporción correspondiente al avance parcial del consultor. Lo anterior de acuerdo con la Cláusula Cuarta - FORMA DE PAGO que cita:

“El valor del contrato se pagará así: Se pagará mediante avances parciales acorde con el porcentaje de avance del CONSULTOR hasta alcanzar el 90% del presupuesto oficial establecido para el contrato, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos: 1) Aprobación y firma de la correspondiente Acta Parcial de Avance de la CONSULTORÍA, aprobada y suscrita por la Interventoría con el visto bueno del Supervisor de la Subred. 2) Informe mensual de la ejecución del contrato debidamente radicado y aprobado por la Supervisión del contrato. 3) Factura debidamente diligenciada. 4) Certificación de la afiliación y el pago de los aportes de seguridad social y parafiscal de todo el personal empleado, debidamente verificada y aprobada por la interventoría. 5) Certificación y evidencias de la interventoría de la cancelación de los aportes al FIC y parafiscales en los casos que aplique. El saldo del contrato, equivalente al diez por ciento (10%), se pagará contra la suscripción del acta de liquidación del contrato de INTERVENTORÍA. (...)”

En todo caso, con sujeción al procedimiento previsto en el numeral 28 del Manual de Contratación, previa ratificación de los hechos constitutivos de posible incumplimiento por parte de la supervisión, la Dirección de Contratación informará a la aseguradora que emitió las garantías del contrato, para activar los amparos, según corresponda en cada uno de los casos. Es de advertir que ante la posible negativa del garante tanto del contrato de consultoría como de interventoría al amparo de los perjuicios causados a la entidad que sea pertinente señalar atienden a la inejecución de los fines de la contratación, podrá tener lugar la presentación de acción judicial tendiente al reconocimiento y pago en favor de la entidad por el daño ocasionado según los antecedentes expuestos.

Simultáneamente, se procedería a solicitar ante la Secretaría Distrital de Salud la suspensión o prórroga del Convenio Interadministrativo No. COI.PCCNTR.4342258 de 2022 con el fin de tomar los tiempos debidos para la contratación del consultor e interventor, previa convocatoria pública.

De adoptarse esta decisión en los términos señalados en el presente numeral, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- a) El trámite de declaratoria de incumplimiento parcial se surte en primera instancia ante las compañías aseguradoras.

En caso de negativa del garante a asumir los perjuicios causados a la Subred, daría lugar a la posible iniciación de acciones judiciales contra el contratista e interventor respectivamente, con los términos que ello puede conllevar considerando que se trata de figuras asociativas (consorcios) y se requiere la vinculación de cada una de las personas jurídicas que lo integran sin perjuicio de las vicisitudes propias a que haya lugar en el trámite en sede judicial; se advierte igualmente que en caso de no prosperidad de las pretensiones de la demanda, podría la Subred condena en costas para la entidad.

- b) Teniendo en cuenta que se trata de un proceso de contratación de la vigencia 2023 cuya convocatoria deviene de recursos aprobados en la vigencia 2022, habría lugar posiblemente a la actualización de los precios para la contratación pretendida. Lo anterior conlleva a la necesidad de concertación con la Secretaría Distrital de Salud para la adición de recursos económicos al convenio, y la consecuente prórroga de los plazos convenidos inicialmente.
2. Procedimiento Administrativo Sancionatorio al Consultor UNION TEMPORAL SANTA RITA y al Interventor Consorcio Intersalud por incumplimiento total y definitivo de los Contratos de Consultoría e Interventoría respectivamente, y solicitud de terminación del Convenio Interadministrativo No. COI.PCCNTR.4342258 de 2022 suscrito con la Secretaría Distrital de Salud, con la consecuente devolución de recursos económicos estimados por las partes

Teniendo en cuenta los señalamientos precedentes, ante el incumplimiento total y definitivo del Contrato N°6996-2023 en tanto no se logró la finalidad esperada para satisfacer las necesidades de la Subred, y la falta de seguimiento cabal y oportuno del interventor que denotan la inobservancia de sus deberes conforme a los términos del contrato de interventoría y el Manual de Contratación y demás normas aplicables en el artículo 83 y siguientes de la Ley 1474 de 2011, se considera procedente dar inicio a la actuación administrativa sancionatoria de carácter contractual con la consecuente imposición de la sanción a título de cláusula penal pecuniaria por el porcentaje total establecido en cada caso por tal concepto.

En este escenario, no habría lugar a reconocimiento económico alguno para las partes en esta instancia, para que sea el garante en principio y posteriormente el juez competente, si a ello hay lugar, quien determine las resultas del proceso; lo anterior trae consigo igualmente la posible condena en costas para la Subred como ente contratante.

Simultáneamente, se procedería a solicitar ante la Secretaría Distrital de Salud la suspensión o prórroga del Convenio Interadministrativo No. COI.PCCNTR.4342258 de 2022 con el fin de tomar los tiempos debidos para la contratación del consultor e interventor, previa convocatoria pública.

De adoptarse esta decisión en los términos señalados en el presente numeral, es necesario tener en cuenta además de las previsiones enunciadas en el primer apartado, conllevaría a solicitar ante la Secretaría Distrital de Salud, la terminación anticipada del Convenio Interadministrativo No. COI.PCCNTR.4342258 de 2022 con fundamento en lo establecido en la Cláusula Décima Séptima. A partir de lo anterior, procederá igualmente la devolución de los recursos económicos aportados por la SDS a la Subred en virtud del convenio.

Lo anterior para que esa entidad pueda contar con la suficiencia de recursos para contratar directamente las adecuaciones y dotación para la sede hospitalaria o en su defecto, suscribir un nuevo convenio entre las partes para tal fin.

En los anteriores términos, se pone bajo su conocimiento la situación actual de los contratos mencionados en la presente comunicación, con el propósito de que, en el marco de sus competencias relativas a la prevención del daño antijurídico para la entidad, se valore cada uno de los escenarios expuestos y se recomiende a esta Oficina, la adopción de medidas administrativas y legales a adoptar para asegurar la preservación de los fines institucionales.

Avance Físico de Estudios y Diseños Programado: 100% Ejecutado: 31%

1.4.3 Informe convenio interadministrativo no.3014151 de 2021 - adecuaciones Kennedy.

GENERALIDADES

Convenio No.:	3014151 de 2021			
Objeto:	"Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adecuación y reordenamiento de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy".			
Valor del Convenio inicial:	\$10.197.330.371	Valor	Fuente	Registro Presupuestal.
		\$10.000.000.000	FFDS	No. 4479
		\$197.330.371	E.S.E.	
Adiciones: (1) – 11-12-2024:	\$4.999.915.524	\$4.999.915.524	FFDS	No. 6407
(2)-				
(3)-				
Valor actual del convenio:	\$14.999.915.524			
Fecha Suscripción:	10-11-2021			
Fecha de inicio:	12-11-2021	Plazo de ejecución Inicial:		19 meses
Fecha de terminación inicial:	11-06-2023	Prórrogas acumuladas:		Fecha
	No. meses	Del _____ Al _____		AA-MM-DD
Prorroga No 1	16	Del 12-06-2023 Al 11-10-2024		2023-06-12
Prorroga No. 2 y Autorización uso de excedentes al Convenio	8	Del 12-10-2024 Al 11-06-2025		2024-10-09
Prorroga No. 3	8 meses y 6 días	Del 12-06-2025 Al 17-02-2026		2024-12-11
Fecha de terminación actual:	17-02-2026			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente, se adelanta la ejecución de la etapa de adecuaciones de Obra			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí				
PRÓRROGA No. 02 Y AUTORIZACION USO DE EXCEDENTES AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 3014151 DE 2021. PRIMERA: Prorrogar el plazo de ejecución del Convenio Interadministrativo No. 3014151 de 2021 por el término de ocho (08) meses contados a partir del 12 de octubre de 2024 hasta el 11				

de junio de 2025. **SEGUNDA:** Autorizar el uso de excedentes por la suma de CIENTO SETENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE (\$172.907.404,00 M/CTE) para la adición de los contratos derivados del Convenio Interadministrativo No. 3014151-2021.

ADICIÓN No. 01, AUTORIZACION USO DE EXCEDENTES No. 02 Y PRÓRROGA No. 03 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 3014151 DE 2021 SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL - FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CLAUSULA SEGUNDA: Autorizar el uso de excedentes por la suma de DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS (\$18.557.612,00) M/CTE para la adición de los contratos derivados del Convenio Interadministrativo No. 3014151 de 2021. **CLAUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución del Convenio Interadministrativo No. 3014151 de 2021 por el término de ocho (08) meses y seis (06) días calendario contados a partir del 12 de junio de 2025 hasta el 17 de febrero de 2026.

GIROS DEL FFDS A ESE

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA
Giro No. 1	\$10.000.000.000	4479	12-11-2021
Giro No. 2	\$4.999.915.524	6407	16-01-2025
Total	\$14.999.915.524		

CONTRATOS DERIVADOS

Contrato Ascensores:

Proceso de selección No.	SS-002-2023		
Número del contrato	5374-2023		
Estado actual del Contrato:	Liquidado		
Objeto	ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE CUATRO (4) EQUIPOS DE TRANSPORTE VERTICAL (ASCENSORES) PARA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY",		
Contratista	MAQUINAS PROCESOS Y LOGISTICA M P & L SAS		
Supervisor	MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA - JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
Valor	\$990.080.000	Duración inicial (meses)	7 meses
Fecha de iniciación:	17-07-2023	Fecha de terminación inicial:	16-02-2024
Prórrogas: (1) – 27/03/2024	Dos meses a partir del 02 de abril de 2024 hasta el 01 de junio de 2024		
(2) – Fecha			
Suspensiones: (1) – 12/09/2023	Suspensión N°1 por 45 días, desde el 12 de septiembre de 2023 hasta el 26 de octubre 2023		
Reinicio – Fecha 27/10/2023	27 de octubre 2023		
Adiciones: (1) – Fecha			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha			
Fecha Actual Terminación	01-06-2024		
Valor Actual Contrato	\$990.080.000		

Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO EJECUTAR	POR % AVANCE FÍSICO PROGRAMADO	% AVANCE FÍSICO EJECUTADO
01	10/01/24	MP1285	\$396.032.000	\$594.048.000	40%	40%
02	25/06/24	MP1447	\$495.040.000	\$99.008.000	90%	90%
03			\$99.008.000	\$0	100%	100%
TOTAL			\$990.080.000			

Contrato de Obra:

Proceso de selección No.	LP-004-2022		
Número del contrato	4702-2023		
Estado actual del Contrato:	Suspendido		
Objeto	DIAGNÓSTICO Y ADECUACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY, con las especificaciones técnicas estipuladas en el proceso de selección contractual, ficha técnica, los estudios previos definitivos, los pliegos de condiciones definitivos, las respectivas adendas y la oferta presentada		
Contratista	CONSORCIO UNIDAD DE KENNEDY		
Supervisor	MARCIA GREICY GUACANEME VALBUENA - JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
Valor	\$7.952.163.062	Duración inicial (meses)	11 meses
Fecha de iniciación:	17-07-2023	Fecha de terminación inicial:	16/06/2024
Prórrogas: (1) – 26-07-2024	PRORROGA N°1 por el término UN (01) MES, contados a partir del 05 de agosto de 2024, hasta el 04 de septiembre de 2024.		
(2) – 18-09-2024	PRORROGA N°2 por el término TRES (03) MESES, contados a partir del 19 de septiembre de 2024, hasta el 18 de diciembre de 2024.		
(3) – 02-04-2025	PRORROGA N°3: PRORROGAR el término de ejecución del contrato en CINCO (05) MESES, contado a partir del 04 de abril de 2025 hasta el 3 de septiembre de 2025		
(4) – 02-04-2025	PRORROGA N°4: PRORROGAR el término de ejecución del contrato en dos (02) MESES, contado a partir del 04 de septiembre de 2025 hasta el 3 de Noviembre de 2025		
Suspensiones:	Suspensión N°1 por el término de treinta y dos (32) días calendario, contados a partir del 14 de octubre de 2023, y hasta el 14 de noviembre de 2023.		
(1) – Fecha: 13/10/2023	Suspensión N°2 por el término siete días (7) días calendario, contados a partir del 15 de noviembre de 2023, hasta el 21 de noviembre de 2023.		
(2) – Fecha: 14/11/2023	Suspensión N°3 por el término de nueve (9) días calendario, contados a partir del 22 de noviembre de 2023, hasta el 30 de noviembre de 2023.		
(3) – Fecha: 22/11/2023	Suspensión No.4 por el término de quince (15) días calendario, contados a partir del 03 de septiembre de 2024, hasta el 17 de septiembre de 2024.		
(4) – Fecha: 03/09/2024	Suspensión No.5 por el término de treinta y cinco (35) días calendario, contados a partir del 17 de diciembre de 2024, hasta el 20 de enero de 2025, reiniciándose a partir del 21 de enero de 2025 y se establece como fecha de terminación el 22 de enero de 2025.		
(5) – Fecha: 17/12/2024	Suspensión No.6 por el término de UN (01) MES, contados a partir del 21 de enero de 2025, hasta el 20 de febrero de 2025.		
(6) – Fecha: 17/01/2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4702-2023, por el término de TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 21 de febrero de 2025 y hasta el 22 de marzo de 2025, se estable como nueva fecha de terminación el 23 de marzo de 2025.		
(7) – Fecha: 21/02/2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4702-2023, por el término de TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 21 de marzo de 2025 y hasta el 19 de abril de 2025.		
(8) – Fecha: 12/03/2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4702-2023, por el término de cuarenta y cinco (45) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 31 de octubre de 2025 y hasta el 15 de diciembre de 2025, se establece como nueva fecha de terminación el 2 de enero de 2026		
(9) – Fecha: 31/10/2025			
Reinicio:			
(1) – Fecha: 30/11/2023	REINICIO No.1 al contrato a partir del 01 de diciembre de 2023, estableciéndose como nueva fecha de terminación del contrato el 04 de agosto de 2024.		
(2) – Fecha: 16/09/2024	REINICIO No.2 al contrato a partir del 16 de septiembre de 2024, estableciéndose como nueva fecha de terminación del contrato el 04 de agosto de 2024.		

(3)– Fecha: 02/04/2025	REINICIO No.3: REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 4702-2023, a partir del 2 de abril de 2025 y hasta el 03 de abril de 2025, con la firma CONSORCIO UNIDAD DE KENNEDY
Adiciones: (1) – Fecha	
(1)– Fecha: 02/04/2025	ADICIONAR al valor del contrato la suma de CUATRO MIL OCHOCIENTOS DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE (\$4.802.338.881).
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – 14 de marzo de 2024	MODIFICACION N°1 con el fin de modificar el alcance del objeto.
CESION: 1- 17/12/2024	CESION de la posición contractual de uno de los miembros del consorcio, es decir, por parte de SAÍN ESPINOSA MURCIA con CC. 79.311.841 quien contaba con una participación del 50% al cesionario OXIELEC ELECTRICOS Y CONSTRUCCION SAS identificada con Nit. 900.061.784 – 1, SUSPENSION N°5 AL DOCUMENTO DE CONDICIONES CONTRACTUALES N°4702 DE 2023 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Y CONSORCIO UNIDAD DE KENNEDY quedando conformado el consorcio unidad Kennedy de la siguiente manera: SUMMA PROYECTOS E INGENIERIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA. con NIT: 901.399.706-2, con un porcentaje de participación del 50% y OXIELEC ELECTRICOS Y CONSTRUCCION SAS identificada con Nit. 900.061.784 – 1 con un porcentaje de participación del 50%.
Fecha Actual Terminación	18-03-2026
Valor Actual Contrato	\$12.754.501.943

Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
01	5/03/24	FVE1	\$92.693.035	\$7.859.470.027
02	21/03/24	FVE3	\$895.162.950	\$6.964.307.077
03	24/04/24	FVE4	\$352.871.582	\$6.611.435.495
04	30/05/24	FVE5	\$535.786.381	\$6.075.649.114
05	28/06/24	FVE6	\$941.292.280	\$5.134.356.834
06	30/07/24	FVE7	\$851.136.078	\$4.283.220.756
07	04/09/24	FVE8	\$456.808.837	\$3.826.411.919
08	02/10/24	FVE11	\$754.526.140	\$7.874.224.660
09	09/06/25	FVE 14	\$540.562.142	\$7.333.662.518
10	21/07/25	FVE 15	\$2.492.381.901	\$4.841.280.617.00
TOTAL			\$7.913.221.326	

Contrato de Interventoría

Proceso de selección No.	CM-011-2022		
Número del contrato	4701-2023		
Estado actual del Contrato:	Suspendido		
Objeto	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL PARA EL DIAGNÓSTICO Y ADECUACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY Y DE LA CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE CUATRO (4) EQUIPOS DE TRANSPORTE VERTICAL (ASCENSORES) PARA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY.		
Contratista	CONSORCIO INTERSALUD KENNEDY		
Supervisor	JEFE OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL		
Valor	\$ 694.270.162	Duración inicial (meses)	12 meses
Fecha de iniciación:	17-07-2023	Fecha de terminación inicial:	16-07-2024
Prórrogas: (1) – Fecha 26/07/2024	PRORROGA N°1 del contrato en UN (01) MES Y SEIS (06) DIAS, contados a partir del 30 de julio de 2024 hasta el 04 de septiembre de 2024		

(2) – Fecha 18/09/2024	PRORROGA N°2 del contrato en CUATRO (4) MESES, contados a partir del 18 de septiembre de 2024 hasta el 18 de enero de 2025
(3) – Fecha 02/04/2025	PRORROGA No. 3: PRORROGAR el término de ejecución del contrato en CINCO (05) MESES, contado a partir del 02 de mayo de 2025 hasta el 01 de octubre de 2025
(4) – Fecha 02/04/2025	PRORROGA No. 4: PRORROGAR el término de ejecución del contrato en un mes y tres días (1 mes y 3 días), contado a partir del 01 de octubre de 2025 hasta el 03 de noviembre de 2025
Suspensiones: (1) Fecha: (13-10-2023)	SUSPENSIÓN No. 1 por el término de treinta y dos (32) días calendario, contados a partir del 14 de octubre de 2023, y hasta el 14 de noviembre de 2023, reiniciándose actividades a partir del 15 de noviembre de 2023
(2) Fecha: (03-09-2024)	SUSPENSIÓN No. 2 por el término de QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 03 de septiembre de 2024 y hasta el 17 de septiembre de 2024, reiniciándose actividades a partir del 18 de septiembre de 2024.
(3) Fecha: (17-12-2024)	SUSPENSIÓN No. 3 por el término de TREINTA Y TRES (33) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 17 de diciembre de 2024 y hasta el 18 de enero de 2025, reiniciándose actividades a partir del 19 de enero de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 19 de febrero de 2025.
(4) Fecha: (17-01-2025)	SUSPENSIÓN No. 4 por el término de UN (01) MES, contados a partir de 19 de enero de 2025 y hasta el 18 de febrero de 2025, reiniciándose actividades a partir del 19 de enero de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 19 de marzo de 2025.
(5) Fecha: (18-02-2025)	SUSPENSIÓN No. 5 por el término de SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 20 de febrero de 2025 y hasta el 20 de abril de 2025, reiniciándose actividades a partir del 21 de abril de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de abril de 2025.
(6) Fecha: (20-03-2025)	SUSPENSIÓN No. 6: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4701-2023, por el término de TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 21 de marzo de 2025 y hasta el 19 de abril de 2025.
(7) Fecha: (20-03-2025)	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4702-2023, por el término de cuarenta y cinco (45) DÍAS CALENDARIO, contados a partir de 31 de octubre de 2025 y hasta el 15 de diciembre de 2025, se establece como nueva fecha de terminación el 2 de enero de 2026
Reinicio: (27-10-2023)	REINICIO No. 1 del contrato desde el 27 de octubre de 2023, hasta el 29 de julio de 2024.
(16-09-2024)	REINICIO No.2 por el término de cuatro meses (4) calendario, contados a partir del 16 de septiembre de 2024 y hasta el 05 de enero de 2025, reiniciándose actividades a partir del 16 de septiembre de 2024. Se establece como nueva fecha de terminación el 05 de enero de 2025.
(02-04-2025)	REINICIO No. 3 REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 4701-2023, a partir del 02 de abril de 2025 y hasta el 01 de mayo de 2025, con la firma CONSORCIO INTERSALUD KENNEDY.
Adiciones: (1) – Fecha 12-10-2024	ADICIONAR al valor del contrato la suma de CIENTO SETENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE (\$172.907.404,00 M/CTE); CON CARGO AL CV 3014151-2021
– Fecha (02-04-2025)	ADICIONAR al valor del contrato la suma de DOSCIENTOS DIECISEIS MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$216.134.255)
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha 26/07/2024	MODIFICATORIO N°1 Con el fin de INCLUIR dentro del ANEXO TECNICO que hace parte integral del mismo la actividad correspondiente del ANGIOGRAFO.
(2) – Fecha 26/07/2024	MODIFICATORIO N°2 en el sentido de modificar la forma de pago establecida en la cláusula cuarta del contrato
Fecha Actual Terminación	18-03-2026
Valor Actual Contrato	\$ 1.083.311.820

Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
01	23/01/2024	CIS3	\$70.219.182.00	\$624.050.979.00

02	11/03/2024	CIS5	\$51,872.220.70	\$572.178.758,30
03	21/03/2024	CIS6	\$70.131.242,39	\$502.047.515.91
04	26/04/2024	CIS8	\$18,525,012,79	\$483.522.503.12
05	30/05/2024	CIS9	\$27.969.501.40	\$455.553.001.72
06	25/06/2024	CIS10	\$87.773.977.00	\$367.779.024.72
07	28/06/2024	CIS11	\$49.120.643.54	\$318.658.381.18
08	29/07/2024	CIS13	\$44.402.620.92	\$274.255.760.26
09	04/09/2024	CIS14	\$23.838.232.32	\$250.417.527.94
10	01/10/2024	CIS15	\$39.381.390.00	\$383.943.541.94
11	30/12/2024	CIS17	\$86.453.702,00	\$513.624.094,94
12	10/06/2025	CIS22	\$28.218.488	\$485.405.606.94
13	22/07/2025	CIS23	\$86.453.702	\$398.951.904,94
		TOTAL	\$684.359.915	\$398.951.904,94

EJECUCION

El 2 de abril de 2025 se reinició la ejecución del contrato, estableciendo un plan de trabajo que incluía intervenciones en angiografía, subestación eléctrica, circulaciones del primer piso, urgencias, ventanería, fachadas y adecuación de salas de espera (pisos 2 al 6), con ejecución prevista principalmente entre abril y agosto de 2025.

Se identificó como actividad crítica el componente eléctrico, debido a que la planta eléctrica existente no tenía capacidad suficiente para respaldar el equipo de angiografía ni los demás servicios (iluminación, tomas y HVAC). Las actividades eléctricas se desarrollaron entre mayo y junio de 2025, permitiendo posteriormente la intervención de Top Medical para la instalación del angiógrafo.

Entre junio y julio se ejecutaron demoliciones del área de antiguas urgencias, mantenimiento de fachadas, adecuaciones eléctricas y mejoras en pisos, techos, muros y cielos rasos en diferentes áreas del hospital. En agosto se culminó la instalación y configuración del angiógrafo, se realizaron pruebas de HVAC y se iniciaron adecuaciones para la planta eléctrica de suplencia.

En septiembre continuaron las adecuaciones locativas, instalación de barandas y piso deck, traslado de talleres y ajustes de la ruta de nutrición. En octubre se prorrogó el contrato hasta el 18 de noviembre para ejecutar mejoras adicionales, y el 23 de octubre la Secretaría Distrital de Salud realizó visita para habilitación del servicio.

El 20 de octubre de 2025, mediante Resolución 5089 de 2025, la Secretaría otorgó la licencia de práctica médica para el funcionamiento del servicio de angiografía.

El 31 de octubre de 2025 se suspendieron los contratos hasta el 15 de diciembre debido al trámite de importación de la nueva planta eléctrica de 630 KVA. Durante noviembre no se ejecutaron obras. En diciembre se tramitaron actas parciales y se solicitó el giro de recursos de la adición No. 2 del convenio.

Debido a inconsistencias logísticas y documentales en la Zona Franca de Bogotá, la entrega de la planta eléctrica se retrasó, generando sucesivas prórrogas de suspensión hasta el 28 de febrero de 2026, fecha prevista para garantizar la entrega y disponibilidad efectiva del equipo.

Avance Físico de Obra Programada: 93,08% Obra Ejecutada: 90,17%

1.4.4 Informe Convenio Interadministrativo No.805 de 2019 – Adecuación Estructural, Reordenamiento Y Dotación Para El Centro De Atención Prioritaria En Salud 29

GENERALIDADES

Tabla Convenio Interadministrativo No.805 DE 2019 Adecuación Estructural, Reordenamiento y Dotación para el Centro de Atención Prioritaria en Salud 29

Convenio No.:	805-2019			
Objeto:	<i>"Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adecuación estructural, reordenamiento y dotación para el Centro de Atención Prioritaria en Salud 29".</i>			
Valor del Convenio inicial:	\$ 3.060.000.000	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$3.000.000.000	FFDS	No 1922 de 2019
		\$60.000.000	E.S.E.	
Adiciones: Fecha:				
(1) - 12-11-2020	\$852.555.987.00	\$852.555.987	FFDS	No 4455 de 2020
(2) - 03-08-2021	\$360.439.656.00	\$360.439.656	FFDS	No 3368 de 2021
(3) - 28-11-2022	\$1.143.428.1110.00	\$1.143.428.111	FFDS	No.6382 de 2022 No.6381 de 2022
(4) - 24-05-2024	\$3.949.540.106.00	\$3.949.540.106,00	FFDS	No.2703 de 2024
(5) - 2024-12-11	\$1.220.941.480.00	\$1.220.941.480.00	FFDS	No.7579 de 2024

(6) - 2025-11-21	\$359.285.188	\$359.285.188	FFDS	No. 6868-2025
Valor actual del convenio:	\$10.586.905.340.00			
Fecha Suscripción:	26-06-2019			
Fecha de inicio:	15-07-2019	Plazo de ejecución Inicial:	18 meses	
Fecha de terminación inicial:	14-01-2021	Prórrogas acumuladas:	Fecha	
	No. meses	Del _____ Al _____	AA-MM-DD	
Prorroga No 1	18	Del 15-01-2021 Al 14-07-2022	2020-11-12	
Prorroga No 2	6	Del 15-07-2022 Al 14-01-2023	2021-08-03	
Prorroga No 3	15	Del 15-01-2023 Al 14-04-2024	2022-11-28	
Prorroga No 4	6	Del 15-04-2024 Al 14-10-2024	2024-04-12	
Prorroga No 5	4	Del 15-10-2024 Al 14-02-2025	2024-05-24	
Prorroga No 6	11	Del 15-02-2025 Al 14-01-2026	2024-12-11	
Prorroga No 7	8	Del 15-02-2026 Al 14-09-2027	2025-11-21	
Fecha de terminación actual:	14/09/2026			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente se adelanta ejecución de la Etapa de Obra			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí				
Modificación No.1 del 17 de septiembre de 2019: Se modifica la cláusula 12 – Supervisión.				
Modificación No.2 del 03 de agosto de 2021: Modificar la cláusula 8 – Compromisos específicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E: en el sentido de incluir los lineamientos MIGA (Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones) y los lineamientos EGAT (Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica)				
Autorización usos de recursos No.1 del 24 de mayo: de 2024 SEGUNDA: AUTORIZAR EL USO DE EXCEDENTES: por la suma de CIENTO VEINTISIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$127.454.245) para la adición de los contratos derivados del convenio 805 de 2019				
Modificación No.3 del 11 de diciembre de 2024: SEGUNDA: MODIFICAR el ALCANCE del objeto del convenio previsto en la Cláusula Primera, el cual quedará así: CLAUSULA 1. (...) ALCANCE: En cumplimiento del objeto del convenio, las partes se comprometen a aportar los recursos económicos, técnicos y administrativos de acuerdo con los compromisos de cada entidad para el desarrollo de las actividades propias de las siguientes etapas del proyecto: (i) PREINVERSIÓN, (ii) INVERSIÓN, (iii) DOTACIÓN y (iv) PUESTA EN FUNCIONAMIENTO. TERCERA: MODIFICAR la CLAUSULA 8 COMPROMISOS ESPECIFICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, el numeral 8.2: “Adelantar las siguientes etapas: PRIMERA ETAPA – PREINVERSIÓN: Diseños, estudios técnicos y arquitectónicos, interventoría, licencias y permisos SEGUNDA ETAPA: Construcción e Interventoría de Obra, (iii) DOTACIÓN y (iv) PUESTA EN FUNCIONAMIENTO”. CUARTA: MODIFICAR la CLAUSULA 8 COMPROMISOS ESPECIFICOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, incluyendo los siguientes compromisos específicos para el desarrollo de la etapa iii) DOTACIÓN...				

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

1. GIROS DEL FFDS A ESE

Tabla Giros del FFDS a la E.S.E

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA
Giro No. 1	\$ 3.000.000.000	1922	24 de agosto de 2020
Giro No. 2	\$852.555.987	4455	15 de diciembre de 2020
Giro No. 3	\$360.439.656	3368	26 de agosto de 2021
Giro No. 4	\$1.143.428.111	6381 6382	26 de diciembre de 2022
Giro No. 5	\$3.949.540.106	2703	23 de octubre de 2024
Giro No. 6	\$1.220.941.480	7579	16 de enero de 2025
Giro No 7	\$ 359.285.188		19 de diciembre de 2025
Total	\$ 10.886.190.528		

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

2. CONTRATOS DERIVADOS

Tabla Contrato de Obra

Proceso de selección No.	LP - 002-2022		
Número del contrato	4163-2023		
Estado actual del Contrato:	En Liquidación		
Objeto	Realizar las OBRAS DE ADECUACIÓN ESTRUCTURAL Y REORDENAMIENTO PARA EL CENTRO DE SALUD 29, con las especificaciones técnicas estipuladas en el proceso de selección contractual, ficha técnica, los estudios previos definitivos, los pliegos de condiciones definitivos, las respectivas adendas y la oferta presentada.		
Contratista	SOLUCIONES INTEGRALES UNION SAS		
Supervisor	JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
Valor	\$4.846.860.073,00	Duración inicial (meses)	9,5 meses
Fecha de iniciación:	10-04-2023	Fecha de terminación inicial:	Etapa 1: 24-05-2023 Etapa 2: 24-01-2024
Prórroga 1: – 24-01-2024	A partir del 25 de enero de 2024 hasta el 24 de febrero de 2024		
Prórroga 2: – 23-02-2024	A partir del 25 de febrero de 2024 hasta el 24 de mayo de 2024		
Prórroga 3: - 19-09-2024	A partir del 22 de septiembre 2024 hasta el 21 de diciembre de 2024		
Suspensión No. 1: 20-05-2024	A partir del 20 de mayo de 2024 hasta el 18 de julio de 2024.		
Suspensión No. 2: 18-07-2024	A partir del 19 de julio de 2024 hasta el 17 de agosto de 2024.		
Suspensión No. 3: 16-08-2024	A partir del 18 de agosto de 2024 hasta el 16 de septiembre de 2024.		
Suspensión No. 4: 11-12-2024	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4163-2023, por el término de SESENTA (60) DIAS CALENDARIO, contados a partir del 12 de diciembre de 2024 y hasta el 09 de febrero de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de febrero de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 21 de febrero de 2025.		
Suspensión No. 5: 10-02-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4163-2023, por el término de UN (01) MES, contados a partir del 10 de febrero de 2025 y hasta el 09 de marzo de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de marzo de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 21 de marzo de 2025		
Suspensión No. 6: 19-03-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4163-2023, por el término de UN (01) MES, contados a partir del 19 de marzo de 2025 hasta el 18 de abril de 2025, o antes si son superados los motivos que llevaron a determinar la suspensión del contrato reiniciándose actividades a partir del 10 de abril de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 21 de abril de 2025		
Suspensión No. 7: 19-04-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4163-2023, por el término de UN (01) MES, contados a partir del 19 de abril de 2025, hasta el 18 de mayo de 2025, o antes si son superados los motivos que llevaron a determinar la suspensión del contrato con la firma SOLUCIONES INTEGRALES UNION SAS.		
Suspensión No. 8: 19-05-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4163-2023, por el término de siete (7) días calendario a partir del 19 de mayo de 2025, hasta el 25 de mayo de 2025, o antes si son superados los motivos que llevaron a determinar la suspensión del contrato.		
Reinicio No. 1: 16-09-2024	REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 4163 de 2023, contados a partir del 17 de septiembre de 2024.		
Reinicio No. 2: 09-03-2025	REINICIO: Reiniciar el Contrato No. 4163-2023, a partir del 09 de marzo de 2025 y estableciéndose como nueva fecha de terminación el 21 de marzo de 2025.		
Reinicio No. 3: 26-05-2025	REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 4163-2023 con la firma SOLUCIONES INTEGRALES UNION SAS, contados a partir del 26 de mayo de 2025 y estableciéndose como nueva fecha de terminación el 28 de mayo de 2025.		
Adiciones: (1) – 19-09-2024	ADICIONAR el valor del contrato la suma de suma TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL SESENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$3.848.128.062).		
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha			
Fecha Actual Terminación	28-05-2025		
Valor Actual Contrato	\$8.694.988.135,00		

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Pagos Realizados

Tabla Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
1	4/08/2023	FVE3300	\$39.878.289,00	\$4.806.981.784
2	19/12/2023	FVE 3814	\$619.820.711,00	\$4.187.161.073
3	23/02/2024	FVE4018	\$683.164.538.64	\$3.503.996.534,36
4	21/03/2024	FVE4120	\$465.689.792,00	\$ 3.038.306.743
5	23/04/2024	FEV4176	\$487.615.733.12	\$2.550.691.010
6	24/07/2024	FEV4365	\$976.335.271,00	\$1.574.355.738.24
7	02/10/2024	FEV4579	\$712.432.778,00	\$4.710.051.022,43
8	20/11/2024	FVE4723	\$426.757.430,00	\$4.283.293.592,43
9	29/01/2025	FVE4971	\$1.727.309.736,00	\$2.555.983.856,24
10	21/07/2025	FVE5078	\$538.567.919,00	\$ 2.017.415.937,43
11	10/11/2025	FVE5296	\$1.140.482.796,00	\$ 876.933.141,43
TOTAL			\$ 7.818.054.993,57	

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Tabla Contrato de Interventoría

Proceso de selección No.	CM-012-2022		
Número del contrato	4242-2023		
Estado actual del Contrato:	En Liquidación		
Objeto	"INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, JURÍDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL DE LA ADECUACIÓN ESTRUCTURAL Y REORDENAMIENTO PARA EL CENTRO DE SALUD 29		
Contratista	LOGIA 3 ASOCIADOS S.A.S.		
Supervisor	JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
Valor	\$289.297.500,00	Duración inicial (meses)	9.5 MESES
Fecha de iniciación:	10-04-2023	Fecha de terminación inicial:	Etapas 1: 24-05-2023 Etapas 2: 24-01-2024
Prórroga 1: - 24-01-2024	A partir del 25 de enero de 2024 hasta el 24 de febrero de 2024		
Prórroga 2: - 23-02-2024	A partir del 25 de febrero de 2024 hasta el 24 de mayo de 2024		
Prórroga 3: - 19-09-2024	A partir del 22 de septiembre 2024 hasta el 21 de enero de 2025		
Suspensión No. 1: 20-05-2024	A partir del 19 de mayo de 2024 hasta el 18 de julio de 2024		
Suspensión No. 2: 18-07-2024	A partir del 19 de julio de 2024 hasta el 18 de agosto de 2024		
Suspensión No. 3: 16-08-2024	A partir del 19 de agosto de 2024 hasta el 18 de septiembre de 2024		
Suspensión No. 4: 11-12-2024	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4242-2023, por el término de SESENTA (60) DIAS CALENDARIO, contados a partir del 12 de diciembre de 2024 y hasta el 09 de febrero de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de febrero de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de marzo de 2025		
Suspensión No. 5: 10-02-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4242-2023, por el término de UN (01) MES, contados a partir del 10 de febrero de 2025 y hasta el 09 de marzo de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de marzo de 2025.		
Suspensión No. 6: 19-03-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4242-2023, por el término de por el término UN (01) MES, contados a partir del 19 de marzo de 2025, hasta el 18 de abril de 2025, o antes si son superados los motivos que llevaron a determinar la suspensión del contrato con la firma LOGIA 3 ASOCIADOS S.A.S.		
Suspensión No. 7: 19-04-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4242-2023, por el término de por el término UN (01) MES, contados a partir del 19 de abril de 2025, hasta el 18 de mayo de 2025, o antes si son superados los motivos que llevaron a determinar la suspensión del contrato con la firma LOGIA 3 ASOCIADOS S.A.S. - BIC		

Suspensión No. 8: 19-05-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 4242-2023, por el término de por el término SIETE (07) DIAS CALENDARIO, contados a partir del 19 de mayo de 2025, hasta el 25 de mayo de 2025, o antes si son superados los motivos que llevaron a determinar la suspensión del contrato
Reinicio No.1: 16-09-2024	REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 4242 de 2023, contados a partir del 17 de septiembre de 2024
Reinicio No. 2: 09-03-2025	Reiniciar del Contrato No. 4242-2023, a partir del 09 de marzo de 2025 y estableciéndose como nueva fecha de terminación el 22 de abril de 2025.
Reinicio No. 3: 26-05-2025	REINICIAR el plazo de ejecución del contrato No. 4242-2023 con la firma LOGIA 3 ASOCIADOS S.A.S. – BIC, contados a partir del 26 de mayo de 2025 y estableciéndose como nueva fecha de terminación el 29 de junio de 2025
Adiciones: (1) – 19-09-2024	ADICIONAR al valor del contrato la suma de suma DOSCIENTOS VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS (\$228.866.289) M/CTE
Modificaciones / aclaraciones otrosí (1) – 23-02-2023	MODIFICACION No.1 DE LA CLÁUSULA CUARTA. - VALOR Y FORMA DE PAGO.
Fecha Actual Terminación	29-06-2025
Valor Actual Contrato	\$518.163.789,00

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Tabla Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
1	9/08/2023	FEV198	\$22.855.950	\$ 495.307.839,00
2	19/12/2023	FEV222	\$30.377.759	\$ 464.930.080,00
3	24/02/2024	FEV235	\$33.477.269	\$ 431.452.811,00
4	03/04/2024	FEV239	\$46.302.265	\$ 385.150.546,00
5	26/04/2024	FEV242	\$46.926.351	\$ 338.224.195,00
6	28/05/2024	FEV245	\$28.589.381	\$ 309.634.814,00
7	03/08/2024	FEV256	\$27.908.756	\$ 281.726.058,00
8	05/12/2024	FEV278	\$32.987.750	\$ 248.738.308,00
9	05/12/2024	FEV279	\$8.480.360	\$ 240.257.948,00
10	05/12/2024	FEV280	\$32.987.750	\$ 207.270.198,00
11	01/02/2025	FEV299	\$34.318.688	\$172.951.510.00
		Total	\$345.212.279.00	

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Contrato de Dotación

Se firman 14 contratos de dotación, los cuales a la fecha se encuentran todos ejecutados y terminados e inician proceso de liquidación, a saber:

CONTRATO / PROCESO	PROVEEDOR
3310-2025/IC-378--2024	ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS
3309-2025/IC-378--2024	MEQ TECNOLOGIA MEDICA S.A.S
3308-2025/IC-378--2024	M&D MEDICAL DEVICES S.A.S.
3307-2025/IC-378--2024	L.A.S. ELECTROMEDICINA S.A.S
3306-2025/IC-378--2024	LA MUELA SAS
3305-2025/IC-378--2024	ET SERVICES S.A.S.
3304-2025/IC-378--2024	EMLABS S.A.S - EMLAB
3858-2025/IC-146-2025	LA MUELA SAS
3857-2025/IC-146-2025	ESTANCOL SAS
3856-2025/IC-146-2025	CI COLOMBIAN MED SAS
3853-2025/IC-146-2025	ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS
4715-2025/EM-203-2025	SMN SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S
4713-2025/EM-203-2025	INGENIERIA Y ARQUITECTURA HOSPITALARIA SAS

4. EJECUCION

Se hace recibo de obra el día 4 de agosto de 2025, donde se verificó con lista de chequeo cada una de las áreas y sus componentes. Se recibieron las llaves de todas las puertas y a su vez se entregaron a la vigilancia de la sede.

La subred finalizó las actividades adicionales de Consultorio salud visual, media caña de consultorios 301 y 310, traslado y conexión de tubería de cobre los compresores de odontología, instalación de puntos de Red y las actividades eléctricas para la instalación del Rayos X Convencional

Se da inauguración y puesta en funcionamiento del Centro de Salud 29 el 01 de diciembre de 2025.

El día 17 de diciembre de 2025 se realizó, la solicitud para la apertura del proceso de dotación denominado “Adquisición de equipos biomédicos, mobiliario y demás elementos necesarios para la dotación del Centro de Salud 29 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en cumplimiento a lo establecido en el Convenio Interadministrativo No. 805 de 2019, suscrito con el fondo financiero distrital de salud”.

En ese contexto, el día 24 de diciembre de 2025, se publicó en la plataforma SECOP la apertura del estudio de mercado “EM-420-2025”. Dicho estudio fue cerrado el día 30 de enero de 2026, conforme al cronograma establecido en la plataforma.

El estudio de mercado mencionado se incluyó diecisiete (16) ítems de equipos médicos, y un ítem Horno Microondas industrial para una cantidad total de diecisiete (17) ítems.

El 06 de febrero en atención a los compromisos, se realizó la presentación del proyecto de compra de las unidades altamente resolutivas ante el comité de contratación, para aprobación de la solicitud para la publicación de apertura de la orden de compra en SECOP.

A la fecha de este informe nos encontramos a la espera publicación de apertura de la orden de compra para continuar con el trámite de suministro de estos bienes.

Avance Físico de Obra Programada: 100% Obra Ejecutada: 100%

1.4.5 Informe Convenio Interadministrativo No.1147 De 2017 – Ampliación y Reordenamiento Centro De Atención Prioritaria En Salud Pablo Vi.

GENERALIDADES

Tabla Convenio INTERADMINISTRATIVO No.1147 DE 2017 – AMPLIACIÓN Y REORDENAMIENTO CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD PABLO VI

Convenio No.:	1147-2017			
Objeto:	"Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Ampliación y Reordenamiento Centro de Atención Prioritaria en Salud Pablo VI".			
Valor del Convenio inicial:	\$ 420.000.000,00	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$350.000.000	FFDS	No 2590 (26-10-2017)
		\$70.000.000	E.S.E.	
Adiciones:				
(1) - 25-10-2019	\$ 131.291.621,00	\$131.291.621	FFDS	No. 2757 (31/10/2019)
(2) - 09-12-2020	\$ 300.000.000,00	\$300.000.000	FFDS	No.4868 (10/12/2020)
(3) – 09-12-2024	\$19.879.799.386,00	\$19.879.799.386,00	FFDS	No.7082 (05/12/2024) V2024
				No. 457 (05/12/2024) V2025
				No.9 (05/12/2024) V2026
Valor actual del convenio:	\$20.661.091.007,00			
Fecha Suscripción:	26/10/2017			
Fecha de inicio:	27/11/2017	Plazo de ejecución Inicial:		24 meses
Fecha de terminación inicial:	26/11/2019	Prórrogas acumuladas:		Fecha
	No meses	Del _____ Al _____		AA-MM-DD
Prórroga No (1)	18	Del 27-11-2019 Al 26-05-2021		2019-10-25
Prórroga No (2)	22	Del 27-05-2021 Al 26-03-2023		2020-12-09
Prórroga No (3)	33	Del 27-03-2021 Al 26-12-2025		2023-03-24
Prórroga No (4)	20	Del 27-12-2025 Al 26-08-2027		2025-12-09
Fecha de terminación actual:	26/08/2027			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente en Etapa de pre-inversión			

Modificaciones / aclaraciones / otros
Modificadorio 1 (28/12/2017) Modifica la Cláusula Quinta Desembolsos del convenio No. 1147-2017, en el sentido de suprimir el parágrafo noveno.
Modificadorio 2 (25/10/2019) Modifica el plazo de ejecución del literal A, Primera Etapa del alcance del objeto, en el término de veinticuatro (24) meses.
Modificadorio 3 (09/12/2020) Modifica el plazo de ejecución del literal A; Primera Etapa del alcance del objeto, en el término de treinta y cuatro (34) meses.
Modificadorio 4 (05/12/2024) TERCERA: MODIFICAR el plazo de ejecución de la primera etapa del literal A, del alcance del objeto, de la Cláusula Primera, el cual quedará así: "(...) PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRIMERA ETAPA: Esta primera etapa se desarrollará en un plazo de ejecución de Ochenta y siete (87) meses (...)". CUARTA: MODIFICAR el plazo de ejecución de la segunda etapa del literal B, del alcance del objeto, de la Cláusula Primera, el cual quedará así: "(...) PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA: Esta segunda etapa se desarrollará en un plazo de ejecución de Veintiséis (26) meses. (...)". QUINTA: MODIFICAR el párrafo tercero y cuarto de la etapa B SEGUNDA ETAPA (INVERSION): CONSTRUCCION E INTERVENTORIA DE LA OBRA EN UN AREA DE TERRENO DE 1.509.50 M2, Y UN AREA CUBIERTA A CONSTRUIR ESTIMADA DE 2.794.03 M2 del Alcance del Objeto de la Cláusula Primera SEXTA: MODIFICAR la etapa B SEGUNDA ETAPA (INVERSION): CONSTRUCCION E INTERVENTORIA DE LA OBRA EN UN AREA DE TERRENO DE 1.509.50 M2, Y UN AREA ESTIMADA CUBIERTA A CONSTRUIR DE 2.794.03 M2 de la Cláusula Quinta Desembolsos Uso de excedentes No.1 (05/12/2024). AUTORIZAR EL USO DE EXCEDENTES NO COMPROMETIDOS EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 1147 de 2017 por la suma de CIENTO UN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$101.449.059,00), distribuidos en CINCUENTA Y UN MILLONES CIENTO SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 51.170.000,00) para adicionar el contrato 5620-2018 de Estudios y Diseños y CINCUENTA MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$50.279.059,00) para adicionar el contrato 5707-2018 de interventoría de Estudios y Diseños.

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Tabla Giros del FFS a E.S.E

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA	OBSERVACIONES
Giro No 1	\$350.000.000	2590	26-10-2017	
Giro No 2	\$131.291.621	2757	31/10/2019	
Giro No 3	\$300.000.000	4868	10/12/2020	
Giro No 4	\$4.346.930.761	7082	16/01/2025	
Giro No 5	\$10.106.203.455		24/09/2025	
Total	\$15.234.425.837			

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

1. CONTRATOS DERIVADOS

Tabla Contrato Consultoría

Proceso de selección No.	CP-008-2018		
Número del contrato	5620-2018		
Estado actual del Contrato:	Suspendido		
Objeto	EL CONTRATISTA se obliga con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. al desarrollo del objeto contractual, el cual es la "CONTRATACIÓN PARA LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS EXISTENTES PARA EL CAPS PABLO VI Y EL CAPS TRINIDAD GALAN".		
Contratista	CONSORCIO CAPS BOGOTÁ 2018		
Supervisor	GYG DEVELOPMENT GROUP INTERNATIONAL SAS		
Valor	\$260.000.000	Duración inicial (meses)	4 meses
Fecha de iniciación:	03-10-2018	Fecha de terminación inicial:	2-02-2019
Prórrogas: (1) - Fecha - 01-02-2019	Se suscribe prórroga N°1 del contrato por el termino de 42 días hábiles desde el 3-02-2019 hasta el 3-04-2019		

(2) - Fecha - 11-03-2019	Se suscribe prórroga N°2 del convenio por el termino de 02 meses, desde el 4-04-2019 hasta el 3-06-2019
(3) - Fecha - 30-05-2019	Se suscribe prórroga N°3 del convenio por el termino de 03 meses, desde el 4-06-2019 hasta el 3-09-2019
(4) - Fecha - 23-01-2019	Se suscribe prórroga N°4 del convenio por el termino de 04 meses, desde el 24-01-2023 hasta el 23-05-2024
(5) - Fecha - 23-05-2023	Se suscribe prórroga N°5 del convenio por el termino de 05 meses, desde el 24-05-2023 al 23-10-2023
(6) - Fecha - 23-10-2023	Se suscribe prórroga N°6 del convenio por el termino de 60 días, desde el 24-10-2023 al 22-12-2023
(7) - Fecha - 21-12-2023	Se suscribe prórroga N°7 del convenio por el termino de Dos (02) meses, desde el 23-12-2023 al 22-02-2024
(8) - Fecha - 21-06-2024	Se suscribe prórroga N°8 del convenio por el término de Dos (02) meses, desde el 23-06-2024 al 22-08-2024.
(9) - Fecha - 23-12-2024	Se suscribe prórroga N°9 del convenio por el término de Dos (02) meses, desde el 23-12-2024 al 22-02-2025.
Suspensiones:	
(1) - Fecha 28-08-2019	El 28-08-2019 se realiza suspensión del contrato 5620-2018 CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del Contrato No. 5620-2018 a partir del 28 de agosto de 2019 con CONSORCIO CAPS BOGOTÁ 2018.
(2) - Fecha 19-02-2024	Suspender la ejecución del Contrato No. 5620 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de febrero de 2024 y hasta el 18 de abril de 2024, reiniciándose actividades a partir del 18 de abril de 2024.
(3) - Fecha 18-04-2024	Prorrogar la suspensión del Contrato No. 5620 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de abril de 2024 y hasta el 18 de junio de 2024, reiniciándose actividades a partir del 19 de junio de 2024
(4) - Fecha 16-08-2024	El 15-08-2024 Se legaliza la suspensión del contrato No. 5620-2018 a partir del 16-08-2024 hasta el 15 de diciembre de 2024 por el término de cuatro (4) meses, Reiniciándose el 16 de diciembre de 2024 y finalizando el 22 de diciembre de 2024.
(5) - Fecha 10-02-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de febrero de 2025 y hasta el 09 de abril de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de abril de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de abril de 2025.
(6) - Fecha 10-04-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de abril de 2025 y hasta el 09 de junio de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de junio de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de junio de 2025.
(7) - Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de junio de 2025 y hasta el 09 de agosto de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de agosto de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de agosto de 2025.
(8) - Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de cuatro (04) MESES, contados a partir de 10 de agosto de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.
(9) - Fecha 24-10-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de un mes y dieciséis días, contados a partir de 24 de octubre de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.
Reinicio:	
(1) - Fecha 19-01-2023	REINICIO No.1 de la minuta correspondiente, como allí se relaciona.
(2) - Fecha 18-06-2024	REINICIO No.2 al contrato a partir del 19 de junio de 2024 hasta el 22 de junio de 2024
(3) - Fecha 16-12-2024	REINICIO No.3 al contrato a partir del 16 diciembre de 2024 hasta el 22 de diciembre de 2024.
Adiciones:	
(1) - Fecha 23-05-2023	Se realizó adición por valor de \$113.273.222
(2) - Fecha 0-12-2024	PRIMERA: AUTORIZAR EL USO DE EXCEDENTES NO COMPROMETIDOS EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 1147 de 2017 por la suma de CIENTO UN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$101.449.059,00), distribuidos en CINCUENTA Y UN MILLONES CIENTO SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 51.170.000,00) para adicionar el contrato 5620-2018 de Estudios y Diseños y CINCUENTA MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$50.279.059,00) para adicionar el contrato 5707-2018 de interventoría de Estudios y Diseños.
Modificaciones aclaraciones / otrosí	Se modifica la CLAUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO, como allí se relaciona.

(1) – Fecha 11-03-2019																																																													
(2) – Fecha 25-10-2019	Se modifica la CLÁUSULA TERCERA. - FORMA Y CONDICIONES DE PAGO, del contrato 5620-2018 a partir de la fecha de suscripción del presente otrosí con el fin de ajustar la forma de pago, la cual quedara de la siguiente manera: La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, se compromete a cancelar el valor del contrato resultante que se adjudique de la siguiente forma: PAGOS PARCIALES: Se realizará pagos parciales contra entregas parciales equivalente a la prestación de los servicios prestados de la siguiente forma: 1. Un primer pago equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor total del contrato a la aprobación del esquema básico por parte de la subred suroccidente, luego de ser validado por la Interventoría. 2. Un segundo pago equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor total del contrato a la aprobación del anteproyecto por parte de la Subred Suroccidente luego de ser validado por la Interventoría. 3. Un tercer pago equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor total del contrato a la aprobación del proyecto definitivo, luego de ser validado por la Subred Suroccidente, Secretaría Distrital de Salud y la Interventoría. 4. Un cuarto y último pago equivalente al diez por ciento (10%) final del valor total del contrato a la entrega de licencia de construcción y el acta de liquidación del contrato firmada.																																																												
(2) – Fecha 25-10-2019																																																													
(3) – Fecha 21-06-2024	MODIFICACION No. 3 de la CLAUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5620-2018																																																												
Aclaraciones (1) – Fecha 10-02-2025	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por cada convenio para completar el valor total de la adición No. 2 realizada son los siguientes: <table><tr><th></th><th>CONTRATO</th><th>1147-2017</th><th>1225-2017</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td>CONSULTORIA</td><td>5620-2018</td><td>\$ 51.170.000,00</td><td>\$ 136.412.533,00</td><td>\$ 187.582.533,00</td></tr><tr><td>INTERVENTORIA</td><td>5707-2018</td><td>\$ 50.279.059,00</td><td>\$ 39.456.022,00</td><td>\$ 89.735.081,00</td></tr><tr><td></td><td></td><td>\$ 101.449.059,00</td><td>\$ 175.868.555,00</td><td>\$ 277.317.614,00</td></tr></table>		CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL	CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00	INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00			\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																																								
	CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL																																																									
CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00																																																									
INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00																																																									
		\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																																																									
(2) – Fecha 24-10-2025.	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por los Convenios Administrativos No. 1225 de 2017 - Trinidad Galán y No.1147 de 2017 - Pablo VI para completar el valor total de la PRORROGA N°9 Y ADICIÓN No.2 suscrita el 20 de diciembre de 2024, por una valor de CIENTO OCHENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$187.582.533) fueron para la realización de actividades específicas de cada proyecto como se discriminan a continuación TRINIDAD GALAN: 1. MAYOR AREAS A DISEÑAR: El valor de CIENTO UN MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL SETENTA PESOS (\$101.913.070) M/CTE, de acuerdo con el resultante del área final de diseño para la intervención del CAPS Trinidad Galán de 2192.18 m2 derivo en una diferencia total de 1095.18m2 en diseños adicionales, como se muestra a continuación: <table><tr><th>PISO</th><th>AREA CONTRATADA</th><th>AREA EXISTENTE</th><th>AREA NUEVA</th><th>AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + AREA NUEVA</th><th>AREA SIN INTERVENIR</th><th>AREA INTERVENIDA PISO</th><th>DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area intervenida</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>1002,36</td><td>59,04</td><td>1061,4</td><td>36,63</td><td>1024,77</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td>975,39</td><td>42,21</td><td>1017,6</td><td></td><td>1017,6</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>72,87</td><td>61,59</td><td>134,46</td><td></td><td>134,46</td><td></td></tr><tr><td>MAQUINAS</td><td></td><td></td><td>15,35</td><td>15,35</td><td></td><td>15,35</td><td></td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>1097</td><td>2050,62</td><td>178,19</td><td>2228,81</td><td>36,63</td><td>2192,18</td><td>1095,18</td></tr></table> Ahora bien, considerando los diseños adicionales que se están realizando, para atender la necesidad y cumplimiento del objeto contractual, el valor base establecido por m2, fue de \$93.056,00, promedio incluido IVA, que multiplicado por el valor de las áreas adicionales que son 1095,18 m2, tiene como resultado un valor de \$101.913.070,00. Al respecto, es importante señalar que estos valores corresponden al estudio del sector y de mercado, que se realizó para determinar los costos del contrato en su momento. 2. DISEÑOS ADICIONALES: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$34.499.463) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro: <table><tr><th>ACTIVIDADES ADICIONALES</th><th>VALOR</th></tr><tr><td>DISEÑO SEÑALETICA</td><td>\$10.600.000,00</td></tr><tr><td>DISEÑO BLINDAJE</td><td>\$3.000.000,00</td></tr><tr><td>LIMPIEZA REDES E INSPECCION</td><td>\$1.950.000,00</td></tr><tr><td>DISEÑO PANELES SOLARES</td><td>\$5.750.000,00</td></tr><tr><td>Subtotal</td><td>\$21.300.000,00</td></tr></table>	PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + AREA NUEVA	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA PISO	DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area intervenida	1		1002,36	59,04	1061,4	36,63	1024,77		2		975,39	42,21	1017,6		1017,6		3		72,87	61,59	134,46		134,46		MAQUINAS			15,35	15,35		15,35		TOTAL	1097	2050,62	178,19	2228,81	36,63	2192,18	1095,18	ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR	DISEÑO SEÑALETICA	\$10.600.000,00	DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00	LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00	DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00	Subtotal	\$21.300.000,00
PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + AREA NUEVA	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA PISO	DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area intervenida																																																						
1		1002,36	59,04	1061,4	36,63	1024,77																																																							
2		975,39	42,21	1017,6		1017,6																																																							
3		72,87	61,59	134,46		134,46																																																							
MAQUINAS			15,35	15,35		15,35																																																							
TOTAL	1097	2050,62	178,19	2228,81	36,63	2192,18	1095,18																																																						
ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR																																																												
DISEÑO SEÑALETICA	\$10.600.000,00																																																												
DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00																																																												
LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00																																																												
DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00																																																												
Subtotal	\$21.300.000,00																																																												

Basado en lo anterior, para los diseños adicionales se adicionó recursos por un valor de VENTICINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL PESOS (\$25.347.000) M/CTE. i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X) más, NUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CUATRO CIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$9.152.463) M/CTE por ajuste a valor presente de los diseños adicionales. PABLO VI 1. DISEÑOS ADICIONALES A LOS INICIALMENTE PACTADOS: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$51.170.000) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ACTIVIDADES ADICIONALES</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Señaletica</td><td>\$23.800.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño paneles solares</td><td>\$13.090.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño de Blindaje area de Rayos X</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Total (IVA incluido)</td><td>\$51.170.000</td></tr> </tbody> </table>		ACTIVIDADES ADICIONALES		Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00	Señaletica	\$23.800.000,00	Diseño paneles solares	\$13.090.000,00	Diseño de Blindaje area de Rayos X	\$ 7.140.000,00	Total (IVA incluido)	\$51.170.000
ACTIVIDADES ADICIONALES													
Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00												
Señaletica	\$23.800.000,00												
Diseño paneles solares	\$13.090.000,00												
Diseño de Blindaje area de Rayos X	\$ 7.140.000,00												
Total (IVA incluido)	\$51.170.000												
Fecha Actual Terminación	22-12-2025												
Valor Actual Contrato	\$424.443.222												

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Pagos Realizados

Tabla Pagos Realizados

ACTA No	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
01	1-06-2023	FELE 1	\$149.309.289	\$223.963.933
02	11/09/2023	FELE 2	\$93.318.305	\$130.645.627
03	15-07-2024	FELE 3	\$55.990.983	\$125.824.645
04	14/02/2025	FELE 4	\$54.428.707	\$71.395.938
TOTAL			\$353.047.284	

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Contrato de Interventoría

Tabla Contrato de Interventoría

Proceso de selección No.	IO-068-2018
Número del contrato	5707-2018
Estado actual del Contrato:	Suspendido
Objeto	"CONTRATACIÓN DE LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, JURIDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL AL CONTRATO DERIVADO DE LA CP-008-2018, CONSISTENTE EN LA ELABORACIÓN DE LOS DE LOS DISEÑOS ARQUITECTONICOS Y ESTUDIOS TECNICOS PARA LA ADECUACIÓN, AMPLIACIÓN Y REORDENAMIENTO FÍSICO FUNCIONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD – CAPS TRINIDAD GALAN, CAPS PABLO VI, DENTRO DE

	LOS CONVENIOS 1225-2017 Y 1147-2017 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.,		
Contratista	GYG DEVELOPMENT GROUP INTERNATIONAL SAS		
Supervisor	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional		
Valor	\$50.941.759,19	Duración inicial (meses)	6 meses
Fecha de iniciación:	03-10-2018	Fecha de terminación inicial:	02-04-2019
Prórrogas:	Se suscribe prórroga por el termino de 2 meses desde el 3-04-2019 hasta el 2-06-2019		
(1) – Fecha 02-04-2019			
(2) – Fecha 30-05-2019	Se suscribe prórroga por el termino de 4 meses desde 3-06-2019 hasta el 2-10-2019		
(3) – Fecha 26-12-2023	Se suscribe prórroga por el termino de 4 meses desde el 27-12-2022 hasta el 26-04-2023		
(4) – Fecha 26-04-2023	Se suscribe prórroga por el termino de 5 meses y 27 días, desde el 27-04-2023 hasta el 23-10-2023		
(5) – Fecha 23-10-2023	Se suscribe prórroga por el termino de 60 días, desde el 24-10-2023 hasta el 22-12-2023		
(6) – Fecha 21-12-2023	Se suscribe prórroga por el termino de 60 días, desde el 23-12-2023 hasta el 22-02-2024		
(7) – Fecha 21-06-2024	Se suscribe prórroga por el termino de 2 meses, desde el 23-06-2024 hasta el 22-08-2024		
(8) – Fecha 23-12-2023	Se suscribe prórroga por el termino de 2 meses, desde el 23-12-2024 hasta el 22-02-2025		
Suspensiones:	El 28-08-2019 Se realiza suspensión del contrato 5707-2018 a partir del 28-08-2019.		
(1) – Fecha 28-08-2019			
Aclaración Suspensión 1. - Fecha 29-10-2020	SUSPENDER el plazo de ejecución del Contrato No. 5707-2018 A PARTIR DEL 28 DE AGOSTO DE 2019 HASTA QUE SE ENCUENTREN LISTOS LOS TRAMITES Y LOS RECURSOS INCORPORADOS EN EL CONTRATO.		
(2) – Fecha 19-02-2024	Suspender la ejecución del Contrato No. 5707 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de febrero de 2024 y hasta el 18 de abril de 2024, reiniciándose actividades a partir del 19 de abril de 2024.		
(3) – Fecha 18-04-2024	Prorrogar la suspensión del Contrato No. 5620 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de abril de 2024 y hasta el 18 de junio de 2024, reiniciándose actividades a partir del 19 de junio de 2024.		
(4) – Fecha 16-08-2024	Suspender la ejecución del Contrato No. 5707 de 2018, por el término de cuatro (4) meses, contados a partir del 16 de agosto de 2024 y hasta el 15 de diciembre de 2024, reiniciándose actividades a partir del 16 de diciembre de 2024, o antes si los motivos que dieron lugar a la suspensión son superados. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2024.		
(5) – Fecha 10-02-2025	Prórroga de la Suspensión en la ejecución del Contrato No. 5707 de 2018 por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de febrero de 2025 y hasta el 09 de abril de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de abril de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de abril de 2025		
(6) – Fecha 10-04-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5707-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de abril de 2025 y hasta el 09 de junio de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de junio de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de junio de 2025.		
(7) – Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5707-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de junio de 2025 y hasta el 09 de agosto de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de agosto de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de agosto de 2025.		
(8) – Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5707-2018, por el término de CUATRO (04) MESES, contados a partir de 10 de agosto de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.		
(9) – Fecha 24-10-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de un mes y dieciséis días, contados a partir de 24 de octubre de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.		
Reinicio:	REINICIO N°1 al contrato a partir del 22 de noviembre de 2022 hasta el 26 de diciembre de 2022		
(1) – Fecha 22-11-2022			
(2) – Fecha 18-06-2024	REINICIO N°2 al contrato a partir del 19 de junio de 2024 hasta el 22 de junio de 2024		
(3) – Fecha 16-12-2024	REINICIO No.3 al contrato a partir del 16 diciembre de 2024 hasta el 22 de diciembre de 2024.		
Adiciones:	ADICIÓN N°1 en la suma de VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$28.467.235)		
(1) – Fecha 11-07-2023			
(2) – Fecha 15-12-2024	ADICIONAR el valor del contrato en la suma de OCHENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHENTA Y UN PESOS (\$89.735.081)		
Modificaciones / aclaraciones / otrosí	MODIFICAR la CLÁUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5707-2018, la cual para todos sus efectos legales, quedará como sigue: La Subred pagará al Contratista el valor de este contrato contra producto entregado,		
(1) – Fecha 20-03-2019			

	aprobado por la Interventoría y recibido a satisfacción por la Subred y la Secretaría Distrital de Salud así: 1. Un primer pago equivalente al sesenta por ciento (60%) del valor total del contrato a la aprobación del anteproyecto por parte de la Subred, Secretaría distrital de Salud, luego de ser validado por la Interventoría. 2. Un segundo pago equivalente al treinta por ciento (30%) del valor total del contrato a la aprobación del proyecto definitivo por parte de la Subred, la Secretaría Distrital de Salud y la Interventoría. 3. Un tercer y último pago equivalente al diez por ciento (10%) final del valor total del contrato a la entrega de licencia de construcción y el acta de liquidación del contrato firmada.																																																
Modificaciones / aclaraciones otrosí (2) – Fecha 11-07-2023	MODIFICAR la CLÁUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5707-2018																																																
Cesión (1) – Fecha 12-12-2022	Cesión el CEDENTE (DALY CONSTRUCTORES S.A.S.), concede a favor del CESIONARIO (GYG CONSTRUCCIONES), el contrato No. 5707-2018, con todos los derechos, obligaciones y anexos, que del mismo se deriven a partir de la suscripción del presente contrato, de tal manera que el actual CESIONARIO será responsable de la ejecución y cumplimiento integral del contrato.																																																
Cesión (2) – Fecha 18-06-2024	Cesión el CEDENTE (GYG CONSTRUCCIONES), en a favor del CESIONARIO (GYG DEVELOPMENT GROUP INTERNATIONAL SAS), el contrato No. 5707-2018, con todos los derechos, obligaciones y anexos, que del mismo se deriven a partir de la suscripción del presente contrato, de tal manera que el actual CESIONARIO será responsable de la ejecución y cumplimiento integral del contrato.																																																
Modificación (3) – Fecha 21-06-2024	CLÁUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5707-2018																																																
Aclaraciones (1) – Fecha 10-02-2025	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por cada convenio para completar el valor total de la adición No. 2 realizada son los siguientes: <table><tr><th></th><th>CONTRATO</th><th>1147-2017</th><th>1225-2017</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td>CONSULTORIA</td><td>5620-2018</td><td>\$ 51.170.000,00</td><td>\$ 136.412.533,00</td><td>\$ 187.582.533,00</td></tr><tr><td>INTERVENTORIA</td><td>5707-2018</td><td>\$ 50.279.059,00</td><td>\$ 39.456.022,00</td><td>\$ 89.735.081,00</td></tr><tr><td></td><td></td><td>\$ 101.449.059,00</td><td>\$ 175.868.555,00</td><td>\$ 277.317.614,00</td></tr></table>		CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL	CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00	INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00			\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																												
	CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL																																													
CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00																																													
INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00																																													
		\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																																													
(2) – Fecha 24-10-2025.	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por los Convenios Administrativos No. 1225 de 2017 - Trinidad Galán y No.1147 de 2017 - Pablo VI para completar el valor total de la PRORROGA N°9 Y ADICIÓN No.2 suscrita el 20 de diciembre de 2024, por una valor de CIENTO OCHENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$187.582.533) fueron para la realización de actividades específicas de cada proyecto como se discriminan a continuación TRINIDAD GALÁN: 1. MAYOR AREAS A DISEÑAR: El valor de CIENTO UN MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL SETENTA PESOS (\$101.913.070) M/CTE, de acuerdo con el resultante del área final de diseño para la intervención del CAPS Trinidad Galán de 2192.18 m2 derivó en una diferencia total de 1095.18m2 en diseños adicionales, como se muestra a continuación: <table><tr><th>PISO</th><th>AREA CONTRATADA</th><th>AREA EXISTENTE</th><th>AREA NUEVA</th><th>AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + AREA NUEVA</th><th>AREA SIN INTERVENIR</th><th>AREA INTERVENIDA</th><th>DIFERENCIA DE AREAS</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>1202,36</td><td>59,04</td><td>1261,4</td><td>36,60</td><td>1024,77</td><td>Area contratada - Area Intervenido</td></tr><tr><td>2</td><td></td><td>979,39</td><td>42,21</td><td>1021,6</td><td></td><td>1017,9</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>72,87</td><td>61,59</td><td>134,46</td><td></td><td>134,46</td><td></td></tr><tr><td>MAQUINAS</td><td></td><td>15,45</td><td>15,45</td><td>30,90</td><td></td><td>30,90</td><td></td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>3097</td><td>2090,62</td><td>176,29</td><td>2266,91</td><td>36,60</td><td>2192,18</td><td>1095,18</td></tr></table>	PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + AREA NUEVA	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA	DIFERENCIA DE AREAS	1		1202,36	59,04	1261,4	36,60	1024,77	Area contratada - Area Intervenido	2		979,39	42,21	1021,6		1017,9		3		72,87	61,59	134,46		134,46		MAQUINAS		15,45	15,45	30,90		30,90		TOTAL	3097	2090,62	176,29	2266,91	36,60	2192,18	1095,18
PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + AREA NUEVA	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA	DIFERENCIA DE AREAS																																										
1		1202,36	59,04	1261,4	36,60	1024,77	Area contratada - Area Intervenido																																										
2		979,39	42,21	1021,6		1017,9																																											
3		72,87	61,59	134,46		134,46																																											
MAQUINAS		15,45	15,45	30,90		30,90																																											
TOTAL	3097	2090,62	176,29	2266,91	36,60	2192,18	1095,18																																										

	Ahora bien, considerando los diseños adicionales que se están realizando, para atender la necesidad y cumplimiento del objeto contractual, el valor base establecido por m2, fue de \$93.056,00, promedio incluido IVA, que multiplicado por el valor de las áreas adicionales que son 1095,18 m2, tiene como resultado un valor de \$101.913.070,00. Al respecto, es importante señalar que estos valores corresponden al estudio del sector y de mercado, que se realizó para determinar los costos del contrato en su momento. 2. DISEÑOS ADICIONALES: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$34.499.463) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro: <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDADES ADICIONALES</th><th>VALOR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DISEÑO SEÑALÉTICA</td><td>\$10.600.000,00</td></tr> <tr> <td>DISEÑO BLINDAJE</td><td>\$3.000.000,00</td></tr> <tr> <td>LIMPIEZA REDES E INSPECCION</td><td>\$1.950.000,00</td></tr> <tr> <td>DISEÑO PANELES SOLARES</td><td>\$5.750.000,00</td></tr> <tr> <td>Subtotal</td><td>\$21.300.000,00</td></tr> <tr> <td>IVA</td><td>\$4.047.000,00</td></tr> <tr> <td>TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG</td><td>\$25.347.000,00</td></tr> </tbody> </table> Basado en lo anterior, para los diseños adicionales se adicionó recursos por un valor de VENTICINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL PESOS (\$25.347.000) M/CTE. i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X) más, NUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CUATRO CIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$9.152.463) M/CTE por ajuste a valor presente de los diseños adicionales. PABLO VI 1. DISEÑOS ADICIONALES A LOS INICIALMENTE PACTADOS: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$51.170.000) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro: <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDADES ADICIONALES</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Señalética</td><td>\$23.800.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño paneles solares</td><td>\$13.090.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño de Blindaje area de Rayos X</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Total (IVA incluido)</td><td>\$51.170.000</td></tr> </tbody> </table>	ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR	DISEÑO SEÑALÉTICA	\$10.600.000,00	DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00	LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00	DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00	Subtotal	\$21.300.000,00	IVA	\$4.047.000,00	TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG	\$25.347.000,00	ACTIVIDADES ADICIONALES		Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00	Señalética	\$23.800.000,00	Diseño paneles solares	\$13.090.000,00	Diseño de Blindaje area de Rayos X	\$ 7.140.000,00	Total (IVA incluido)	\$51.170.000
ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR																												
DISEÑO SEÑALÉTICA	\$10.600.000,00																												
DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00																												
LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00																												
DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00																												
Subtotal	\$21.300.000,00																												
IVA	\$4.047.000,00																												
TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG	\$25.347.000,00																												
ACTIVIDADES ADICIONALES																													
Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00																												
Señalética	\$23.800.000,00																												
Diseño paneles solares	\$13.090.000,00																												
Diseño de Blindaje area de Rayos X	\$ 7.140.000,00																												
Total (IVA incluido)	\$51.170.000																												
Fecha Actual Terminación	22-12-2025																												
Valor Actual Contrato	\$123.875.462,19																												

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Pagos Realizados

Tabla Pagos Realizados

ACTA No.	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
1	18-09-2023	GUGI-10377	\$29.438.561,20	\$44.157.481,80
2	24-09-2023	GUGI-10378	\$18.399.100,75	\$25.758.741,05
3	15-07-2024	GDGI - 37	\$11.074.347,00	\$64.963.453,19
4	27/02/2025	GDGI - 66	\$56.010.771,00	\$8.952.682,19
TOTAL			\$114.922.780,00	

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

5. EJECUCION

Durante febrero de 2025, los contratos de consultoría e interventoría se encontraban suspendidos mientras el área jurídica adelantaba el trámite de registro público ante Catastro y Planeación para actualizar el plano urbanístico.

En marzo se suscribió la Suspensión No. 6 hasta el 9 de junio de 2025, debido a que no se había adelantado el trámite de titularidad del predio de compensación Hacienda Los Molinos por parte del IDRD. Posteriormente, se otorgaron nuevas prórrogas de suspensión mientras se avanzaba en la modificación del plano urbanístico y en la gestión de anuencia ante el DADEP.

Entre junio y agosto de 2025 se realizaron múltiples mesas de trabajo con la Curaduría Urbana No. 4 para ajustar y radicar la modificación del plano urbanístico, así como la subsanación de observaciones técnicas y documentales. Paralelamente, la Subred gestionó ante el DADEP la anuencia requerida, la cual fue aprobada el 2 de octubre de 2025.

En octubre se realizó la pre-radicación y posteriormente la radicación formal (19 de noviembre de 2025) de la solicitud de modificación urbanística ante la Curaduría. Asimismo, se adelantaron gestiones de socialización con la comunidad del barrio Pablo VI para viabilizar la liberación de un predio necesario para el proyecto.

Debido a los tiempos del trámite urbanístico y a la futura radicación de la licencia de construcción, se suscribió la Suspensión No. 10 de los contratos desde el 10 de diciembre de 2025 hasta el 9 de junio de 2026. Durante diciembre de 2025 y enero de 2026 se atendieron y radicaron observaciones formuladas por la Curaduría, quedando pendiente la revisión final y ajustes formales del plano urbanístico, incluyendo su entrega en formato DWG.

A la fecha del presente informe, el proyecto se mantiene en etapa de ajuste y aprobación de la modificación del plano urbanístico como requisito previo para iniciar el trámite de licencia de construcción, con los contratos actualmente suspendidos hasta junio de 2026.

Avance Físico de Estudios y Diseños Programado: 90% Ejecutada: 80%

1.4.6 Informe Convenio Interadministrativo No.1225 De 2017 – Adecuación y Dotación del Centro De Atención Prioritaria En Salud Trinidad Galán

GENERALIDADES

Tabla Informe Convenio Interadministrativo no.1225 de 2017 – Adecuación y Dotación del Centro de Atención Prioritaria en Salud Trinidad Galán

Convenio No.:	1225-2017			
Objeto:	"Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adecuación y Dotación del Centro de Atención Prioritaria en Salud Trinidad Galán".			
Valor del Convenio inicial:	\$107.366.111,00	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$89.471.759	FFDS	No 2760 (10-11-2017)
		\$17.894.352	E.S.E.	
Adiciones: (1) – Fecha 26-07-2019	\$40.594.258,00	\$40.594.258,00	FFDS	No 2112 (26-07-2019)
(2) 18-12-2021	\$310.000.000,00	\$310.000.000,00	FFDS	No 5356 (28-12-2020)
(3) 09-12-2024	\$17.425.481.186,00	\$17.425.481.186,00	FFDS	No 7081 (28-12-2020) V-2024 No 456 (V-2025 No 8 (V- 2026
Valor actual del convenio:	\$17.865.547.203,00			
Fecha Suscripción:	10/11/2017			
Fecha de inicio:	27/11/2017	Plazo de ejecución Inicial:		24 meses
Fecha de terminación inicial:	26-07-2023		Prórrogas acumuladas:	
	No. meses	Del Al		AA-MM-DD
Prorroga No (1)	19	Del 27-07-2019 AL 26-02-2021		2019-07-26
Prorroga No (2)	17	Del 27-02-2021 AL 26-07-2022		2021-12-18
Prorroga No (3)	20	Del 26-12-2022 AL 25-08-2024		2022-12-23
Prorroga No (4)	27	Del 26-08-2024 AL 25-11-2026		2024-08-23
Suspensión 1	2	Del 25-07-2022 al 24-09-2022		2022-07-25
Suspensión 2	3	Del 25-09-2022 al 24-12-2022		2022-09-23
Reinicio		El 25-12-2022		
Fecha de terminación actual:	25/11/2026			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente en Etapa de Pre inversión			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí				
Modificadorio 1 (28/12/2017)				
Modifica la Cláusula Quinta Desembolsos del convenio No. 1225-2017, en el sentido de suprimir el parágrafo noveno.				
Modificadorio 2 (26/07/2019)				
Modifica el plazo de ejecución del literal A, Primera Etapa del alcance del objeto, en el término de veinticuatro (19) meses.				
Modificadorio 3 (18/12/2020)				
Modifica el plazo de ejecución del literal A; Primera Etapa del alcance del objeto, en el término de treinta y cuatro (17) meses.				
Uso de excedentes No.1. PRIMERA: AUTORIZAR EL USO DE EXCEDENTES NO COMPROMETIDOS EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 1225 de 2017, por la suma de CIENTO SETENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$175.868.555), distribuidos en CIENTO TREINTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$136.412.533,00) para adicionar el contrato 5620-2018 de Estudios y Diseños y TREINTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE (\$39.456.022,00) para adicionar el contrato 5707-2018 de interventoría de Estudios y Diseños.				
Modificadorio 5. CLAUSULA TERCERA MODIFICAR el metraje a adecuar, el cual pasa de 1.097 a 2192.18 M2 para todo el clausulado del convenio interadministrativo 1225 de 2017.				

CLAUSULA CUARTA. MODIFICAR el párrafo tercero y cuarto de la etapa B SEGUNDA ETAPA (INVERSION) CONSTRUCCION E INTERVENTORIA DE LA OBRA EN UN AREA DE TERRENO 1610 M2, Y UN AREA A ADECUAR ESTIMADA DE 2192.18 M2 del Alcance del Objeto los cuales quedarán así: "La segunda etapa (Inversión) iniciará una vez se cuente con el presupuesto de obra definido elaborado por el consultor de acuerdo con el cronograma (previamente aprobados por el interventor y el comité operativo) y la respectiva licencia de construcción vigente.
QUINTA: MODIFICAR la etapa B SEGUNDA ETAPA INVERSION OBRAS DE ADECUACIÓN E INTERVENTORIA DE LA OBRA EN UN AREA DE TERRENO 1610 M2, Y UN AREA A ADECUAR ESTIMADA DE 2192.18 M2 de la Cláusula Quinta Desembolsos.

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

1 GIROS DEL FFDS A ESE

Tabla Giros del FFDS a E.S.E

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA
Giro No 1	\$89.471.759	2760	10-11-2017
Giro No 2	\$40.594.258	2112	26-07-2019
Giro No 3	\$310.000.000	5356	28-12-2020
Giro No 4	\$3.847.305.205	6356	18-02-2025
Giro No 5	\$8.191.640.143		24-09-2025
Total	\$12.479.011.365		

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

2 CONTRATOS DERIVADOS

Contrato Consultoría:

Tabla Contrato Consultoría

Proceso de selección No.	CP-008-2018		
Número del contrato	5620-2018		
Estado actual del Contrato:	Suspendido		
Objeto	EL CONTRATISTA se obliga con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. al desarrollo del objeto contractual, el cual es la "CONTRATACIÓN PARA LA REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS EXISTENTES PARA EL CAPS PABLO VI Y EL CAPS TRINIDAD GALAN".		
Contratista	CONSORCIO CAPS BOGOTÁ 2018		
Supervisor	GYG DEVELOPMENT GROUP INTERNATIONAL SAS		
Valor	\$260.000.000	Duración inicial (meses)	4 meses
Fecha de iniciación:	03-10-2018	Fecha de terminación inicial:	2-02-2019
Prórrogas:			
(1) - Fecha - 01-02-2019	Se suscribe prórroga N°1 del contrato por el termino de 42 días hábiles desde el 3-02-2019 hasta el 3-04-2019		
(2) - Fecha - 11-03-2019	Se suscribe prórroga N°2 del convenio por el termino de 02 meses, desde el 4-04-2019 hasta el 3-06-2019		
(3) - Fecha - 30-05-2019	Se suscribe prórroga N°3 del convenio por el termino de 03 meses, desde el 4-06-2019 hasta el 3-09-2019		
(4) - Fecha - 23-01-2019	Se suscribe prórroga N°4 del convenio por el termino de 04 meses, desde el 24-01-2023 hasta el 23-05-2024		
(5) - Fecha - 23-05-2023	Se suscribe prórroga N°5 del convenio por el termino de 05 meses, desde el 24-05-2023 al 23-10-2023		
(6) - Fecha - 23-10-2023	Se suscribe prórroga N°6 del convenio por el termino de 60 días, desde el 24-10-2023 al 22-12-2023		
(7) - Fecha - 21-12-2023	Se suscribe prórroga N°7 del convenio por el término de Dos (02) meses, desde el 23-12-2023 al 22-02-2024		
(8) - Fecha - 21-06-2024	Se suscribe prórroga N°8 del convenio por el término de Dos (02) meses, desde el 23-06-2024 al 22-08-2024.		

(9) - Fecha - 23-12-2024	Se suscribe prórroga N°9 del convenio por el término de Dos (02) meses, desde el 23-12-2024 al 22-02-2025.
Suspensiones:	
(1) - Fecha 28-08-2019	El 28-08-2019 se realiza suspensión del contrato 5620-2018 CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del Contrato No. 5620-2018 a partir del 28 de agosto de 2019 con CONSORCIO CAPS BOGOTÁ 2018.
(2) - Fecha 19-02-2024	Suspender la ejecución del Contrato No. 5620 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de febrero de 2024 y hasta el 18 de abril de 2024, reiniciándose actividades a partir del 18 de abril de 2024.
(3) - Fecha 18-04-2024	Prorrogar la suspensión del Contrato No. 5620 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de abril de 2024 y hasta el 18 de junio de 2024, reiniciándose actividades a partir del 19 de junio de 2024
(4) - Fecha 16-08-2024	El 15-08-2024 Se legaliza la suspensión del contrato No. 5620-2018 a partir del 16-08-2024 hasta el 15 de diciembre de 2024 por el término de cuatro (4) meses, Reiniciándose el 16 de diciembre de 2024 y finalizando el 22 de diciembre de 2024.
(5) - Fecha 10-02-2025	SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de febrero de 2025 y hasta el 09 de abril de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de abril de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de abril de 2025.
(6) - Fecha 10-04-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de abril de 2025 y hasta el 09 de junio de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de junio de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de junio de 2025.
(7) - Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de junio de 2025 y hasta el 09 de agosto de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de agosto de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de agosto de 2025.
(8) - Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de cuatro (04) MESES, contados a partir de 10 de agosto de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.
(9) - Fecha 24-10-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de un mes y dieciséis días, contados a partir de 24 de octubre de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.
Reinicio:	
(1) - Fecha 19-01-2023	REINICIO No.1 de la minuta correspondiente, como allí se relaciona.
(2) - Fecha 18-06-2024	REINICIO No.2 al contrato a partir del 19 de junio de 2024 hasta el 22 de junio de 2024
(3) - Fecha 16-12-2024	REINICIO No.3 al contrato a partir del 16 diciembre de 2024 hasta el 22 de diciembre de 2024.
Adiciones:	
(1) - Fecha 23-05-2023	Se realizó adición por valor de \$113.273.222
(2) - Fecha 0-12-2024	PRIMERA: AUTORIZAR EL USO DE EXCEDENTES NO COMPROMETIDOS EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 1147 de 2017 por la suma de CIENTO UN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$101.449.059,00), distribuidos en CINCUENTA Y UN MILLONES CIENTO SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 51.170.000,00) para adicionar el contrato 5620-2018 de Estudios y Diseños y CINCUENTA MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$50.279.059,00) para adicionar el contrato 5707-2018 de interventoría de Estudios y Diseños.
Modificaciones aclaraciones / otrosí	
(1) - Fecha 11-03-2019	Se modifica la CLAUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO, como allí se relaciona.
(2) - Fecha 25-10-2019	Se modifica la CLAUSULA TERCERA. - FORMA Y CONDICIONES DE PAGO, del contrato 5620-2018 a partir de la fecha de suscripción del presente otrosí con el fin de ajustar la forma de pago, la cual quedara de la siguiente manera: La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, se compromete a cancelar el valor del contrato resultante que se adjudique de la siguiente forma: PAGOS PARCIALES: Se realizará pagos parciales contra entregas parciales equivalente a la prestación de los servicios prestados de la siguiente forma: 1. Un primer pago equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor total del contrato a la aprobación del esquema básico por parte de la subred suroccidente, luego de ser validado por la Interventoría. 2. Un segundo pago equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor total del contrato a la aprobación del anteproyecto por parte de la Subred Suroccidente luego de ser validado por la Interventoría. 3. Un tercer pago equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor total del contrato a la aprobación del proyecto definitivo, luego de ser validado por la Subred Suroccidente, Secretaria Distrital de Salud y

	la Interventoría. 4. Un cuarto y último pago equivalente al diez por ciento (10%) final del valor total del contrato a la entrega de licencia de construcción y el acta de liquidación del contrato firmada.																																																																
(2) – Fecha 25-10-2019																																																																	
(3) – Fecha 21-06-2024	MODIFICACION No. 3 de la CLAUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5620-2018																																																																
Aclaraciones (1) – Fecha 10-02-2025	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por cada convenio para completar el valor total de la adición No. 2 realizada son los siguientes: <table><tr><th></th><th>CONTRATO</th><th>1147-2017</th><th>1225-2017</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td>CONSULTORIA</td><td>5620-2018</td><td>\$ 51.170.000,00</td><td>\$ 136.412.533,00</td><td>\$ 187.582.533,00</td></tr><tr><td>INTERVENTORIA</td><td>5707-2018</td><td>\$ 50.279.059,00</td><td>\$ 39.456.022,00</td><td>\$ 89.735.081,00</td></tr><tr><td></td><td></td><td>\$ 101.449.059,00</td><td>\$ 175.868.555,00</td><td>\$ 277.317.614,00</td></tr></table>		CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL	CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00	INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00			\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																																												
	CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL																																																													
CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00																																																													
INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00																																																													
		\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																																																													
	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por los Convenios Administrativos No. 1225 de 2017 - Trinidad Galán y No.1147 de 2017 - Pablo VI para completar el valor total de la PRORROGA N°9 Y ADICIÓN No.2 suscrita el 20 de diciembre de 2024, por un valor de CIENTO OCHENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$187.582.533) fueron para la realización de actividades específicas de cada proyecto como se discriminan a continuación TRINIDAD GALAN: 1. MAYOR AREAS A DISEÑAR: El valor de CIENTO UN MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL SETENTA PESOS (\$101.913.070) M/CTE, de acuerdo con el resultante del área final de diseño para la intervención del CAPS Trinidad Galán de 2192.18 m2 derivó en una diferencia total de 1095.18m2 en diseños adicionales, como se muestra a continuación: <table><tr><th>PISO</th><th>AREA CONTRATADA</th><th>AREA EXISTENTE</th><th>AREA NUEVA</th><th>AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + NUEVA</th><th>AREA SIN INTERVENIR</th><th>AREA INTERVENIDA PISO</th><th>DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area intervenida</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>1002,36</td><td>59,04</td><td>1061,4</td><td>36,63</td><td>1024,77</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td>975,39</td><td>42,21</td><td>1017,6</td><td></td><td>1017,6</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>72,87</td><td>61,59</td><td>134,46</td><td></td><td>134,46</td><td></td></tr><tr><td>MAGUINAS</td><td></td><td></td><td>15,35</td><td>15,35</td><td></td><td>15,35</td><td></td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>1097</td><td>2050,62</td><td>178,19</td><td>2228,81</td><td>36,63</td><td>2192,18</td><td>1095,18</td></tr></table> Ahora bien, considerando los diseños adicionales que se están realizando, para atender la necesidad y cumplimiento del objeto contractual, el valor base establecido por m2, fue de \$93.056,00, promedio incluido IVA, que multiplicado por el valor de las áreas adicionales que son 1095,18 m2, tiene como resultado un valor de \$101.913.070,00. Al respecto, es importante señalar que estos valores corresponden al estudio del sector y de mercado, que se realizó para determinar los costos del contrato en su momento. 2. DISEÑOS ADICIONALES: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$34.499.463) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro: <table><tr><th>ACTIVIDADES ADICIONALES</th><th>VALOR</th></tr><tr><td>DISEÑO SEÑALETICA</td><td>\$10.600.000,00</td></tr><tr><td>DISEÑO BLINDAJE</td><td>\$3.000.000,00</td></tr><tr><td>LIMPIEZA REDES E INSPECCION</td><td>\$1.950.000,00</td></tr><tr><td>DISEÑO PANELES SOLARES</td><td>\$5.750.000,00</td></tr><tr><td>Subtotal</td><td>\$21.300.000,00</td></tr><tr><td>IVA</td><td>\$4.047.000,00</td></tr><tr><td>TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG</td><td>\$25.347.000,00</td></tr></table>	PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + NUEVA	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA PISO	DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area intervenida	1		1002,36	59,04	1061,4	36,63	1024,77		2		975,39	42,21	1017,6		1017,6		3		72,87	61,59	134,46		134,46		MAGUINAS			15,35	15,35		15,35		TOTAL	1097	2050,62	178,19	2228,81	36,63	2192,18	1095,18	ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR	DISEÑO SEÑALETICA	\$10.600.000,00	DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00	LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00	DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00	Subtotal	\$21.300.000,00	IVA	\$4.047.000,00	TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG	\$25.347.000,00
PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO AREA EXISTENTE + NUEVA	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA PISO	DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area intervenida																																																										
1		1002,36	59,04	1061,4	36,63	1024,77																																																											
2		975,39	42,21	1017,6		1017,6																																																											
3		72,87	61,59	134,46		134,46																																																											
MAGUINAS			15,35	15,35		15,35																																																											
TOTAL	1097	2050,62	178,19	2228,81	36,63	2192,18	1095,18																																																										
ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR																																																																
DISEÑO SEÑALETICA	\$10.600.000,00																																																																
DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00																																																																
LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00																																																																
DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00																																																																
Subtotal	\$21.300.000,00																																																																
IVA	\$4.047.000,00																																																																
TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG	\$25.347.000,00																																																																
(2) – Fecha 24-10-2025.																																																																	

Basado en lo anterior, para los diseños adicionales se adicionó recursos por un valor de VENTICINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL PESOS (\$25.347.000) M/CTE. i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X) más, NUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CUATRO CIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$9.152.463) M/CTE por ajuste a valor presente de los diseños adicionales. PABLO VI 1. DISEÑOS ADICIONALES A LOS INICIALMENTE PACTADOS: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$51.170.000) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.;													
y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro:													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDADES ADICIONALES</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Señalética</td><td>\$23.800.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño paneles solares</td><td>\$13.090.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño de Blindaje area de Rayos X</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Total (IVA incluido)</td><td>\$51.170.000</td></tr> </tbody> </table>		ACTIVIDADES ADICIONALES		Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00	Señalética	\$23.800.000,00	Diseño paneles solares	\$13.090.000,00	Diseño de Blindaje area de Rayos X	\$ 7.140.000,00	Total (IVA incluido)	\$51.170.000
ACTIVIDADES ADICIONALES													
Inspeccion y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00												
Señalética	\$23.800.000,00												
Diseño paneles solares	\$13.090.000,00												
Diseño de Blindaje area de Rayos X	\$ 7.140.000,00												
Total (IVA incluido)	\$51.170.000												
Fecha Actual Terminación	22-12-2025												
Valor Actual Contrato	\$424.443.222												

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Pagos Realizados

Tabla Pagos Realizados

ACTA No.	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
1	01/06/2023	FELE 1	\$42.057.920	\$63.086.879
2	19/09/2023	FELE 2	\$ 26.286.200	\$ 36.800.679
3	15/07/2024	FELE 3	\$15.771.720	\$157.441.493
4	04-02-2025	FELE 5	\$95.637.320	\$61.804.172
TOTAL			\$ 179.753.159,2	

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Contrato de Interventoría

Tabla Contrato de Interventoría

Proceso de selección No.	IO-068-2018		
Número del contrato	5707-2018		
Estado actual del Contrato:	Suspendido		
Objeto	"CONTRATACIÓN DE LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, JURIDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL AL CONTRATO DERIVADO DE LA CP-008-2018, CONSISTENTE EN LA ELABORACIÓN DE LOS DE LOS DISEÑOS ARQUITECTONICOS Y ESTUDIOS TECNICOS PARA LA ADECUACIÓN, AMPLIACIÓN Y REORDENAMIENTO FÍSICO FUNCIONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD – CAPS TRINIDAD GALAN, CAPS PABLO VI, DENTRO DE LOS CONVENIOS 1225-2017 Y 1147-2017 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.,"		
Contratista	GYG DEVELOPMENT GROUP INTERNATIONAL SAS		
Supervisor	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional		
Valor	\$50.941.759,19	Duración inicial (meses)	6 meses
Fecha de iniciación:	03-10-2018	Fecha de terminación inicial:	02-04-2019
Prórrogas:			
(1) – Fecha 02-04-2019	Se suscribe prorroga por el termino de 2 meses desde el 3-04-2019 hasta el 2-06-2019		

(2) – Fecha 30-05-2019	Se suscribe prorroga por el termino de 4 meses desde 3-06-2019 hasta el 2-10-2019
(3) – Fecha 26-12-2023	Se suscribe prorroga por el termino de 4 meses desde el 27-12-2022 hasta el 26-04-2023
(4) – Fecha 26-04-2023	Se suscribe prorroga por el termino de 5 meses y 27 días, desde el 27-04-2023 hasta el 23-10-2023
(5) – Fecha 23-10-2023	Se suscribe prorroga por el termino de 60 días, desde el 24-10-2023 hasta el 22-12-2023
(6) – Fecha 21-12-2023	Se suscribe prorroga por el termino de 60 días, desde el 23-12-2023 hasta el 22-02-2024
(7) – Fecha 21-06-2024	Se suscribe prorroga por el termino de 2 meses, desde el 23-06-2024 hasta el 22-08-2024
(8) – Fecha 23-12-2023	Se suscribe prorroga por el termino de 2 meses, desde el 23-12-2024 hasta el 22-02-2025
Suspensiones:	
(1) – Fecha 28-08-2019	El 28-08-2019 Se realiza suspensión del contrato 5707-2018 a partir del 28-08-2019.
Aclaración Suspensión 1. - Fecha 29-10-2020	SUSPENDER el plazo de ejecución del Contrato No. 5707-2018 A PARTIR DEL 28 DE AGOSTO DE 2019 HASTA QUE SE ENCUENTREN LISTOS LOS TRAMITES Y LOS RECURSOS INCORPORADOS EN EL CONTRATO.
(2) – Fecha 19-02-2024	Suspender la ejecución del Contrato No. 5707 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de febrero de 2024 y hasta el 18 de abril de 2024, reiniciándose actividades a partir del 19 de abril de 2024.
(3) – Fecha 18-04-2024	Prorrogar la suspensión del Contrato No. 5620 de 2018, por el término de dos (2) meses, contados a partir del 19 de abril de 2024 y hasta el 18 de junio de 2024, reiniciándose actividades a partir del 19 de junio de 2024.
(4) – Fecha 16-08-2024	Suspender la ejecución del Contrato No. 5707 de 2018, por el término de cuatro (4) meses, contados a partir del 16 de agosto de 2024 y hasta el 15 de diciembre de 2024, reiniciándose actividades a partir del 16 de diciembre de 2024, o antes si los motivos que dieron lugar a la suspensión son superados. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2024.
(5) – Fecha 10-02-2025	Prórroga de la Suspensión en la ejecución del Contrato No. 5707 de 2018 por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de febrero de 2025 y hasta el 09 de abril de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de abril de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de abril de 2025
(6) – Fecha 10-04-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5707-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de abril de 2025 y hasta el 09 de junio de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de junio de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de junio de 2025.
(7) – Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5707-2018, por el término de DOS (02) MESES, contados a partir de 10 de junio de 2025 y hasta el 09 de agosto de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de agosto de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de agosto de 2025.
(8) – Fecha 10-06-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5707-2018, por el término de CUATRO (04) MESES, contados a partir de 10 de agosto de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.
(9) – Fecha 24-10-2025	CLÁUSULA PRIMERA: SUSPENDER el plazo de ejecución del contrato No. 5620-2018, por el término de un mes y dieciséis días, contados a partir de 24 de octubre de 2025 y hasta el 09 de diciembre de 2025, reiniciándose actividades a partir del 10 de diciembre de 2025. Se establece como nueva fecha de terminación el 22 de diciembre de 2025.
Reinicio:	
(1) – Fecha 22-11-2022	REINICIO N°1 al contrato a partir del 22 de noviembre de 2022 hasta el 26 de diciembre de 2022
(2) – Fecha 18-06-2024	REINICIO N°2 al contrato a partir del 19 de junio de 2024 hasta el 22 de junio de 2024
(3) – Fecha 16-12-2024	REINICIO No.3 al contrato a partir del 16 diciembre de 2024 hasta el 22 de diciembre de 2024.
Adiciones:	
(1) – Fecha 11-07-2023	ADICIÓN N°1 en la suma de VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$28.467.235)
(2) – Fecha 15-12-2024	ADICIONAR el valor del contrato en la suma de OCHENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHENTA Y UN PESOS (\$89.735.081)
Modificaciones / aclaraciones / otrosí (1) – Fecha 20-03-2019	MODIFICAR la CLAUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5707-2018, la cual para todos sus efectos legales, quedará como sigue: La Subred pagará al Contratista el valor de este contrato contra producto entregado, aprobado por la Interventoría y recibido a satisfacción por la Subred y la Secretaría Distrital de Salud así: 1. Un primer pago equivalente al sesenta por ciento (60%) del valor total del contrato a la aprobación del anteproyecto por parte de la Subred, Secretaría distrital de Salud, luego de ser validado por la Interventoría. 2. Un segundo pago equivalente al treinta por ciento (30%) del valor total del contrato a la aprobación del proyecto definitivo por parte de la Subred, la Secretaría Distrital de Salud y la Interventoría. 3. Un tercer y último pago equivalente al diez por ciento (10%) final del valor total del contrato a la entrega de licencia de construcción y el acta de liquidación del contrato firmada.

Modificaciones / aclaraciones / otrosí (2) – Fecha 11-07-2023	MODIFICAR la CLAUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5707-2018																																																																
Cesión (1) – Fecha 12-12-2022	Cesión el CEDENTE (DALY CONSTRUCTORES S.A.S.), concede a favor del CESIONARIO (GYG CONSTRUCCIONES), el contrato No. 5707-2018, con todos los derechos, obligaciones y anexos, que del mismo se deriven a partir de la suscripción del presente contrato, de tal manera que el actual CESIONARIO será responsable de la ejecución y cumplimiento integral del contrato.																																																																
Cesión (2) – Fecha 18-06-2024	Cesión el CEDENTE (GYG CONSTRUCCIONES), en a favor del CESIONARIO (GYG DEVELOPMENT GROUP INTERNATIONAL SAS), el contrato No. 5707-2018, con todos los derechos, obligaciones y anexos, que del mismo se deriven a partir de la suscripción del presente contrato, de tal manera que el actual CESIONARIO será responsable de la ejecución y cumplimiento integral del contrato.																																																																
Modificación (3) – Fecha 21-06-2024	CLAUSULA TERCERA: FORMA Y CONDICIONES DE PAGO; del CONTRATO No.5707-2018																																																																
Aclaraciones (1) – Fecha 10-02-2025	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por cada convenio para completar el valor total de la adición No. 2 realizada son los siguientes: <table><tr><th></th><th>CONTRATO</th><th>1147-2017</th><th>1225-2017</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td>CONSULTORIA</td><td>5620-2018</td><td>\$ 51.170.000,00</td><td>\$ 136.412.533,00</td><td>\$ 187.582.533,00</td></tr><tr><td>INTERVENTORIA</td><td>5707-2018</td><td>\$ 50.279.059,00</td><td>\$ 39.456.022,00</td><td>\$ 89.735.081,00</td></tr><tr><td></td><td></td><td>\$ 101.449.059,00</td><td>\$ 175.868.555,00</td><td>\$ 277.317.614,00</td></tr></table>		CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL	CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00	INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00			\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																																												
	CONTRATO	1147-2017	1225-2017	TOTAL																																																													
CONSULTORIA	5620-2018	\$ 51.170.000,00	\$ 136.412.533,00	\$ 187.582.533,00																																																													
INTERVENTORIA	5707-2018	\$ 50.279.059,00	\$ 39.456.022,00	\$ 89.735.081,00																																																													
		\$ 101.449.059,00	\$ 175.868.555,00	\$ 277.317.614,00																																																													
(2) – Fecha 24-10-2025.	CLÁUSULA PRIMERA: ACLARAR que para todos los efectos legales los valores asignados por los Convenios Administrativos No. 1225 de 2017 - Trinidad Galán y No.1147 de 2017 - Pablo VI para completar el valor total de la PRORROGA N°9 Y ADICIÓN No.2 suscrita el 20 de diciembre de 2024, por una valor de CIENTO OCHENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$187.582.533) fueron para la realización de actividades específicas de cada proyecto como se discriminan a continuación TRINIDAD GALAN: 1. MAYOR AREAS A DISEÑAR: El valor de CIENTO UN MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL SETENTA PESOS (\$101.913.070) M/CTE, de acuerdo con el resultante del área final de diseño para la intervención del CAPS Trinidad Galán de 2192.18 m2 derivo en una diferencia total de 1095.18m2 en diseños adicionales, como se muestra a continuación: <table><tr><th>PISO</th><th>AREA CONTRATADA</th><th>AREA EXISTENTE</th><th>AREA NUEVA</th><th>AREA TOTAL PISO MMA (EXISTENTE + NUEVA)</th><th>AREA SIN INTERVENIR</th><th>AREA INTERVENIDA PISO</th><th>DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area Intervenido</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>1002,36</td><td>59,04</td><td>1061,4</td><td>36,53</td><td>1024,77</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td>979,39</td><td>42,21</td><td>1021,6</td><td></td><td>1017,6</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>72,87</td><td>61,59</td><td>134,46</td><td></td><td>134,46</td><td></td></tr><tr><td>MAQUINAS</td><td></td><td></td><td>15,35</td><td>15,35</td><td></td><td>15,35</td><td></td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>1097</td><td>2059,62</td><td>178,19</td><td>2238,81</td><td>36,53</td><td>2192,18</td><td>1095,18</td></tr></table> Ahora bien, considerando los diseños adicionales que se están realizando, para atender la necesidad y cumplimiento del objeto contractual, el valor base establecido por m2, fue de \$93.056,00, promedio incluido IVA, que multiplicado por el valor de las áreas adicionales que son 1095,18 m2, tiene como resultado un valor de \$101.913.070,00. Al respecto, es importante señalar que estos valores corresponden al estudio del sector y de mercado, que se realizó para determinar los costos del contrato en su momento. 2. DISEÑOS ADICIONALES: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$34.499.463) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro: <table><tr><th>ACTIVIDADES ADICIONALES</th><th>VALOR</th></tr><tr><td>DISEÑO SEÑALÉTICA</td><td>\$10.600.000,00</td></tr><tr><td>DISEÑO BLINDAJE</td><td>\$3.000.000,00</td></tr><tr><td>LIMPIEZA REDES E INSPECCION</td><td>\$1.950.000,00</td></tr><tr><td>DISEÑO PANELES SOLARES</td><td>\$5.750.000,00</td></tr><tr><td>Subtotal</td><td>\$21.300.000,00</td></tr><tr><td>IVA</td><td>\$4.047.000,00</td></tr><tr><td>TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG</td><td>\$25.347.000,00</td></tr></table>	PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO MMA (EXISTENTE + NUEVA)	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA PISO	DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area Intervenido	1		1002,36	59,04	1061,4	36,53	1024,77		2		979,39	42,21	1021,6		1017,6		3		72,87	61,59	134,46		134,46		MAQUINAS			15,35	15,35		15,35		TOTAL	1097	2059,62	178,19	2238,81	36,53	2192,18	1095,18	ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR	DISEÑO SEÑALÉTICA	\$10.600.000,00	DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00	LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00	DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00	Subtotal	\$21.300.000,00	IVA	\$4.047.000,00	TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG	\$25.347.000,00
PISO	AREA CONTRATADA	AREA EXISTENTE	AREA NUEVA	AREA TOTAL PISO MMA (EXISTENTE + NUEVA)	AREA SIN INTERVENIR	AREA INTERVENIDA PISO	DIFERENCIA DE AREAS Area contratada - Area Intervenido																																																										
1		1002,36	59,04	1061,4	36,53	1024,77																																																											
2		979,39	42,21	1021,6		1017,6																																																											
3		72,87	61,59	134,46		134,46																																																											
MAQUINAS			15,35	15,35		15,35																																																											
TOTAL	1097	2059,62	178,19	2238,81	36,53	2192,18	1095,18																																																										
ACTIVIDADES ADICIONALES	VALOR																																																																
DISEÑO SEÑALÉTICA	\$10.600.000,00																																																																
DISEÑO BLINDAJE	\$3.000.000,00																																																																
LIMPIEZA REDES E INSPECCION	\$1.950.000,00																																																																
DISEÑO PANELES SOLARES	\$5.750.000,00																																																																
Subtotal	\$21.300.000,00																																																																
IVA	\$4.047.000,00																																																																
TOTAL ACTIVIDADES ADICIONALES CAPS TG	\$25.347.000,00																																																																

	Basado en lo anterior, para los diseños adicionales se adicionó recursos por un valor de VENTICINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL PESOS (\$25.347.000) M/CTE. i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X) más, NUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CUATRO CIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$9.152.463) M/CTE por ajuste a valor presente de los diseños adicionales. PABLO VI 1. DISEÑOS ADICIONALES A LOS INICIALMENTE PACTADOS: El valor de TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$51.170.000) para el cumplimiento de lo establecido en el Contrato de Consultoría No. 5620 de 2018, se hizo necesaria la adición de recursos por concepto de diseños adicionales como: i) Inspección y Limpieza Conexión Red de Alcantarillado; ii) Diseño de Señalización; iii) Diseño de sistema fotovoltaico para ahorro de Energía Paneles Solares.; y iv) Diseño de Blindaje área de Rayos X. Los costos asociados a estas actividades se resumen en el siguiente cuadro: <table border="1"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDADES ADICIONALES</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inspección y limpieza conexión red de alcantarillado</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Señalética</td><td>\$23.800.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño paneles solares</td><td>\$13.090.000,00</td></tr> <tr> <td>Diseño de Blindaje área de Rayos X</td><td>\$ 7.140.000,00</td></tr> <tr> <td>Total (IVA incluido)</td><td>\$51.170.000</td></tr> </tbody> </table>	ACTIVIDADES ADICIONALES		Inspección y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00	Señalética	\$23.800.000,00	Diseño paneles solares	\$13.090.000,00	Diseño de Blindaje área de Rayos X	\$ 7.140.000,00	Total (IVA incluido)	\$51.170.000
ACTIVIDADES ADICIONALES													
Inspección y limpieza conexión red de alcantarillado	\$ 7.140.000,00												
Señalética	\$23.800.000,00												
Diseño paneles solares	\$13.090.000,00												
Diseño de Blindaje área de Rayos X	\$ 7.140.000,00												
Total (IVA incluido)	\$51.170.000												
Fecha Actual Terminación	22-12-2025												
Valor Actual Contrato	\$123.875.462,19												

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

Pagos Realizados

Tabla Pagos Realizados

ACTA No.	FECHA	FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO POR EJECUTAR
1	18/09/2023	GUGI-10377	\$8.411.584	\$ 12.618.376
2	24/09/2023	GUGI-10378	\$5.257.240	\$ 7.361.136
3	15/07/2024	GDGI 37	\$3.119.457	\$4.241.679
4	27/02/2025	GDGI 66	\$15.777.294	\$27.919.407
TOTAL			\$ 32.565.575	

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

6. EJECUCION

En febrero de 2025 se actualizó y radicó el plano topográfico ante Catastro, quedando a la espera del concepto de viabilidad para continuar el trámite ante la Curaduría Urbana No. 4. En marzo y abril los contratos de consultoría e interventoría fueron prorrogados en suspensión debido al proceso de aprobación del plano topográfico, el cual fue aprobado el 21 de abril de 2025 por Catastro Distrital.

Durante mayo se realizaron reuniones técnicas para revisar y ajustar la documentación requerida para la licencia de construcción, incluyendo el retiro y actualización de documentos previamente radicados. En junio se efectuó la pre-radición y posterior pago

de los costos fijos de la licencia de construcción, quedando oficialmente radicada el 7 de julio de 2025.

Entre julio y septiembre la Curaduría emitió múltiples observaciones técnicas y arquitectónicas relacionadas con tipo de licencia, áreas, zonas verdes, franja de estacionamiento, cerramiento, diferencias en linderos y reubicación del tanque de agua. Se realizaron mesas de trabajo con la consultoría, interventoría, la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, y el consultor presentó ajustes sucesivos a los diseños para subsanar los requerimientos.

En noviembre se radicarón formalmente las observaciones corregidas; sin embargo, en diciembre la Curaduría emitió nuevos requerimientos y los contratos fueron prorrogados en suspensión hasta el 9 de junio de 2026, debido a los tiempos del trámite.

En enero de 2026 se conoció de manera no oficial la resolución que desistía el proceso de licencia de construcción. Tras reuniones con la Curaduría, se concluyó que debía realizarse una nueva radicación, cuyos costos fijos serán asumidos por el consultor.

En síntesis, el proyecto permanece en etapa de trámite de licencia de construcción, con contratos suspendidos y a la espera de una nueva radicación ante la Curaduría.

Avance Físico de Estudios y Diseños Programado: 90% Ejecutada: 80%

1.4.7 Informe Convenio Interadministrativo No.2954203 De 2021 – Adquisición y Reposición de Dotación para la Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito Tintal

GENERALIDADES

Tabla Informe Convenio Interadministrativo no.2954203 de 2021 – Adquisición y Reposición de Dotación para la Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito Tintal

Convenio No.:	2954203-2021			
Objeto:	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adquisición y reposición de dotación para la Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito Tintal"			
Valor del Convenio inicial:	\$ 5.442.043.088	Valor	Fuente	Registro Presupuestal

		\$ 5.356.377.116	FFDS	No 4059 del 2021
		\$ 85.665.972	ESE	
Adiciones: (1) – Fecha:				
Valor actual del convenio:	\$ 5.442.043.088			
Fecha Suscripción:	25-10-2021			
Fecha de inicio:	28-10-2021	Plazo de ejecución Inicial:		12 meses
Fecha de terminación inicial:	27-10-2022	Prórrogas acumuladas:		Fecha
	No. meses	Del _____ Al _____		AA-MM-DD
Prorroga No 1	12 meses	Del 27-10-2022 al 27-10-2023		27-10-2022
Prorroga No 2	12 meses	Del 28-10-2023 al 27-10-2024		26-10-2023
Prorroga No 3	10 meses	Del 28-10-2024 al 27-08-2025		25-10-2024
Prorroga No 4	12 meses	Del 28-08-2025 al 27-08-2026		27-08-2025
Fecha de terminación actual:	27-08-2026			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	En proceso de selección para adquisición de ítems desiertos de procesos anteriores			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí				

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

3 GIROS DEL FFDS A ESE

Tabla Giros del FFDS a E.S.E

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA	OBSERVACIONES
Giro No 1	\$5.356.377.116	4059	2021	Se realizó el 28-12-2021
Total	\$5.356.377.116			

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

4 CONTRATOS DERIVADOS

Se encuentran terminados y liquidados 11 contratos de dotación.

7. EJECUCION

El mes de agosto de 2025, la Subred mediante radicado No. SSO-2025-200-026180-1 del se solicitó la suspensión del convenio, pero la dirección de contratación de SDS recomendó cambiar el trámite de suspensión a prórroga.

El 25 de agosto de 2025, la Subred se remitió a la dirección de infraestructura de la SDS la solicitud de prórroga del convenio por término de 12 meses con el propósito de culminar la adquisición, de los tres ítems (instrumental, calentador de líquidos y torre de endoscopia), la cual quedo suscrita en el mismo mes.

Se realizó con la Dirección de Hospitalarios, la revisión de las fichas técnicas de dotación biomédica y de instrumental de la UMHEs Patio Bonito Tintal, las cuales, quedaron

aprobadas por parte del personal asistencial y técnico de la entidad en cumplimiento a los procesos de actualización de proyectos de dotación ante SDS.

En el mes de noviembre de 2025, en atención a la validación y aprobación de las fichas técnicas de dotación biomédica y de instrumental, se adelantó la solicitud de bienes y servicios para la apertura del estudio de mercado, el cual, fue aperturado en el mes de diciembre de 2025.

El 19 de enero de 2026, se cerró el estudio de mercado EM-407-2025, pero por dificultades manifestadas por los proveedores, no pudieron actualizar las ofertas a la vigencia 2026, por lo que se hace necesaria apertura un nuevo estudio de mercado en aras de garantizar las condiciones para la actualización del proyecto de dotación.

El 20 de enero 2026, se elaboraron la solicitud de bienes y servicios, así como las fichas técnicas, para la actualización del proyecto de dotación de la sede Patio Bonito Tintal, de los lotes desiertos, para la publicación del estudio de mercado vigencia 2026.

El 26 de enero de 2026, se envió la solicitud de bienes y servicios ajustada y complementada según las observaciones realizadas por la Dirección de Contratación para la publicación del estudio de mercado.

El 05 de febrero y en atención a los procesos internos, se envió la solicitud de publicación de Estudio de Mercado Dotación UMHES Patio Bonito Tintal bajo el radicado No. SSO-2026-220-000516-3

El día 09 de febrero se día apertura en SECOP del estudio de mercado EM-044-2026 Cuyo objeto es ***ESTUDIO DE MERCADO PARA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA DOTACIÓN DE LA UMHES PATIO BONITO TINTAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E CUMPLIENDO CON EL OBJETO DEL CONVENIO 2954203-2021,*** este estudio de mercado cerro el 13 de febrero de 2026 a las 4:00 pm

El 12 de febrero de 2026, se envía correo a la Dirección de Contratación solicitando prórroga del plazo del estudio de mercado dado que llegaron 41 observaciones de los interesados por lo cual el cierre del estudio de mercado quedo para el 17 de febrero de 2026.

1.4.8 Informe Convenio Interadministrativo No.3015780 De 2021 – Dotación del Proyecto Reforzamiento y Ampliación Del Hospital Occidente De Kennedy III Nivel de Atención.

GENERALIDADES

Tabla Informe Convenio Interadministrativo no.3015780 de 2021 – Dotación del Proyecto Reforzamiento y Ampliación del Hospital Occidente de Kennedy III nivel de atención.

Convenio No.:	3015780 de 2021			
Objeto:	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del componente de dotación del proyecto “DOTACIÓN DEL PROYECTO REFORZAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL DE ATENCIÓN”.			
Valor del Convenio inicial:	\$ 24.891.536.835	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$5.463.584.112	FFDS	No 4494 del 2021
		\$19.427.952.723	FFDS	No 260 del 2022
		\$1.091.850.943	FFDS	No. 3862 de 2022 No. 3863 de 2022
		\$208.971.720	E.S.E.	
Adiciones: (1) – Fecha:				
Valor actual del convenio:	\$ 26.192.359.498			
Fecha Suscripción:	10-11-2021			
Fecha de inicio:	12-11-2021	Plazo de ejecución Inicial:		18 meses
Fecha de terminación inicial:	11-05-2023	Prórrogas acumuladas:		Fecha
	No. meses	Del _____ Al _____		AA-MM-DD
Prorroga No 1	10	12 de mayo de 2023 al 11 de marzo de 2024		2023-05-11
Prorroga No 2	10	12 de marzo de 2024 al 11 de enero de 2025		2024-03-11
Prorroga No 3	10	12 de enero de 2025 al 11 de noviembre de 2025		2024-12-31
Prorroga No 4	4	12 de noviembre de 2025 al 11 de marzo de 2026		
Modificación No 1	Se modifica la cláusula Segunda – Alcance del Objeto, y se autoriza el uso de recursos no comprometidos en el convenio interadministrativo No. 3015780 DE 2021 por valor de DIEZ MIL TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS (\$10.003.433.178) M/CTE,			
Fecha de terminación actual:	11-11-2025			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	En etapa de dotación del servicio de hemodinamia del Hospital Occidente de Kennedy			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí				

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

GIROS DEL FFDS A ESE

Tabla Giros del FFDS a E.S.E

DESCRIPCIÓN	VALOR GIRO TOTAL	CONCEPTO	REGISTRO No.	FECHA
Giro No.1	\$5.463.584.112	Giro inicial Convenio	4494	12/11/2021
Giro No.2	\$19.427.952.723	Segundo Giro Convenio	260	02/01/2022
Giro No.3	\$1.091.850.943	Indexación	3862	29/06/2022

			3863	29/06/2022
Total	\$25.983.387.778			

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

CONTRATOS DERIVADOS

Se encuentran terminados y liquidados 39 contratos de dotación y 10 contratos terminados y en proceso de liquidación.

EJECUCIÓN

Para el mes de agosto de 2025, se finalizó la instalación y configuración del Angiógrafo, se recibió el informe de las pruebas de caracterización del equipo de angiografía solicitadas para el licenciamiento del equipo. Se instaló el pulsador de parada de emergencia del equipo en cumplimiento a la normatividad vigente, se instaló la luz indicadora de disparo del equipo y se hicieron las pruebas de control de calidad y blindaje.

Se solicitó apertura de un nuevo estudio de mercado vigencia 2026, por lo cual se realizó validación de los anexos técnicos de los equipos médicos e instrumental quirúrgico en conjunto con las profesionales a cargo.

Durante el mes de octubre 2025, se realizaron las capacitaciones al personal asistencial, en cuanto al manejo de los equipos complementarios del servicio de Angiografía. Se realizó instalación de los equipos biomédicos para la sala de recuperación como: 2 Monitores de signos vitales anclados a pared, 2 camillas de recuperación, 2 reguladores de oxígeno, 2 reguladores de vacío 6 bombas de infusión, un carro de paro completo con equipo básico de desfibrilación, equipo sistema de polígrafo para hemodinamia, inyector de medios de contraste de un solo embolo, máquina de anestesia con monitor multiparámetros, marcapaso externo y videolaringoscopio, lámpara cialítica, lámpara pielítica, ecógrafo portátil, nevera de medicamentos, silla de ruedas, electrocardiógrafo, carro de paro completo, calentador de líquidos, báscula de piso adulto, 2 poltronas preparación pacientes, ecógrafo portátil, nevera de medicamentos.

Con la instalación de los equipos de dotación y el licenciamiento del equipo en el mes de diciembre se puso en funcionamiento el equipo del angiografía para el servicio del Hemodinamia

La reunión se llevó a cabo el 15 de enero de 2026, posteriormente se procedió con la actualización de las fichas técnicas, las cuales fueron debidamente aprobadas por los profesionales. Finalmente, el 22 de enero de 2026 se realiza el envío del anexo de fichas técnicas, que contempla 186 ítems de instrumental quirúrgico y 20 equipos médicos, para una cantidad total de 2.302 elementos, junto con la solicitud de bienes y servicios ante la Dirección de Contratación, para su correspondiente publicación.

El día 23 de enero, en el marco de la ejecución contractual 5408-2024 con el proveedor G Barco SA, se realizó la programación de las capacitaciones de los bienes entregados, Marcapasos Bicameral Externo, en el servicio de Hemodinamia. Se realizó programación de las capacitaciones del equipo de angiografía del 20 al 23 de enero, en el marco de la ejecución del contrato 004-2024 con Topmedical.

Los 10 contratos de dotación todos se encuentran ejecutados y terminados. Estos contratos entran a la etapa post-contractual para la liquidación de estos. A la fecha, se están realizando todos los documentos para sacar el Estudio de Mercado para la actualización del proyecto de inversión para la adición y prórroga del convenio.

1.4.9 Informe Convenio Interadministrativo No.8551191 De 2025 – Adquisición De Dotación para el Hospital de Bosa.

GENERALIDADES

Tabla Informe Convenio Interadministrativo no.8551191 de 2025 – Adquisición de Dotación para el Hospital de Bosa.

Convenio No.:	8551191-2025			
Objeto:	"Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del componente de dotación del proyecto "Adquisición de Dotación para el Hospital de Bosa".			
Valor del Convenio inicial:	\$3.743.383.432	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$3.669.983.757	FFDS	No. 6674
		\$73.399.675	E.S.E.	
Adiciones: (1) – Fecha:				

(2)-				
(3)-				
Valor actual del convenio:	\$3.743.383.432			
Fecha Suscripción:	06-11-2025			
Fecha de inicio:	11-11-2025	Plazo de ejecución Inicial:		14 meses
Fecha de terminación inicial:	10-01-2027	Prórrogas acumuladas:		Fecha
	No meses	Del _____ Al _____		AA-MM-DD
Prorroga No (1)				
Prorroga No (2)				
Fecha de terminación actual:	10-01-2027			
Estado del convenio:	Vigente			
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente se adelanta ejecución de la Etapa de Pre inversión Estudios y Diseños			
Modificaciones / aclaraciones / otrosí				

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

GIROS DEL FFDS A ESE

Trabajo Giros del FFDS a E.S.E

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA
Valor giro FFDS	\$3.669.983.757	6674	15/12/2025
Total	\$3.669.983.757		

Fuente Subproceso Convenio y Proyectos

CONTRATOS DERIVADOS

A la fecha, este convenio no cuenta con contratos derivados debido a que se está en el proceso de estudio de mercado para la orden de compra por parte de la Entidad.

EJECUCIÓN

El Convenio interadministrativo No.8551191 de 2025, se suscribe en el mes de noviembre de 2025 y se suscribe Acta de Inicio el 11 de noviembre de 2025.

Se realizó la solicitud de la incorporación de recursos al presupuesto de la Subred y se abrió la cuenta bancaria del convenio.

En el mes de enero de 2026, la Secretaría Distrital de Hacienda no aprobó la solicitud de incorporación de recursos de inversión al presupuesto de la Subred, razón por la cual no se pudo publicar los pliegos definitivos para la contratación de la dotación financiada por el convenio.

Para el presente convenio, el 13 de enero de 2026 se publicó Estudio de Mercado EM-011-2026, el cual, tuvo cierre el día 30 de enero de 2026, cuyo objeto es la “Adquisición de la dotación de equipos biomédicos e instrumental para el Hospital de Bosa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”. A la fecha, se cuenta con un total de doce (12) cotizaciones, y veintidós (22) interesados.

En el momento el proceso anteriormente mencionado se encuentra en consolidación por parte del departamento de contratación, una vez se realice esta consolidación contaremos con la información de que todos los ítems para proceder a la publicación de la convocatoria pública.

Actualmente, se encuentra en proceso la actualización del proyecto de inversión, toda vez que, en el estudio de mercado realizado en el año 2025, no se logró tener la totalidad de cotizaciones para el instrumental quirúrgico requerido.

Se estima que para el 18 de febrero de 2026, se realice el comité de contratación para su aprobación y posterior publicación del proceso de compra de la dotación.

1.4.10 INFORME CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.8541049 DE 2025 – ADECUACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Convenio No.:	8541049-2025			
Objeto:	*Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para la adecuación de la infraestructura de las unidades de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur occidente E.S.E”.			
Valor del Convenio inicial:	\$2.640.748.287	Valor	Fuente	Registro Presupuestal
		\$2.588.968.909	FFDS	
		\$51.779.378	E.S.E.	
Adiciones: (1) – Fecha:				
(2)-				
(3)-				
Valor actual del convenio:	\$2.640.748.287			
Fecha Suscripción:	06-11-2025			
Fecha de inicio:	11-11-2025	Plazo de ejecución Inicial:		17 meses
Fecha de terminación inicial:	10-04-2027	Prórrogas acumuladas:		Fecha
	No meses	Del _____ Al _____		AA-MM-DD
Prorroga No (1)				
Prorroga No (2)				
Fecha de terminación actual:	10-04-2027			

Estado del convenio:	Vigente
Descripción estado del Convenio.	Convenio vigente se adelanta ejecución de Estudio de Mercado para la contratación de las adecuaciones.
Modificaciones / aclaraciones / otros	

GIROS DEL FFDS A ESE

Trabajo Giros del FFDS a E.S.E

DESCRIPCIÓN	VALOR	REGISTRO Nro.	FECHA
Valor giro FFDS	\$2.640.748.287		15/12/2025
Total	\$2.640.748.287		

CONTRATOS DERIVADOS

A la fecha, este convenio no cuenta con contratos derivados debido a que se está adelantando los documentos para contratar el contratista de obra e interventoria por parte de la Entidad.

EJECUCIÓN

La Subred publicó el proceso EM-413-2025 durante los meses de noviembre y diciembre de 2025, se presentaron varias observaciones técnicas y ampliaciones sucesivas del estudio de mercado debido a baja participación inicial de proveedores. Al cierre del periodo se logró consolidar dos cotizaciones, permitiendo avanzar en enero de 2026 hacia la estructuración de los estudios previos.

A la fecha, se está realizando los estudios previos y anexos técnicos para la publicación de los procesos de convocatoria pública de la obra e interventoria.

1.4.11 CONVENIOS EN LIQUIDACION

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.2727511 de 2021 – HOSPITAL TINTAL TERRAZAS

El convenio se encuentra en proceso de liquidación por parte de la Secretaría Distrital de Salud.

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.1226 de 2017 – CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER

Se cuenta con 24 Contratos derivados terminados y liquidados.

Pendiente liquidación del Contrato de Dotación No. 8556 de 2022 con IMCARE S.A.S: La Subred esta dando respuesta de la demanda interpuesta por IMCARE SAS. Los términos para dar respuesta se cumplen en febrero.

Una vez se dé respuesta, ingresará al despacho y se fijará la fecha de audiencia inicial. Posterior a la audiencia se fijará fecha de audiencia de pruebas. Por último, darán los términos de alegatos de conclusión y el proceso regresa al despacho para sentencia de primera instancia.

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.1149 de 2017 – CENTRO DE SALUD MEXICANA

Se cuenta con 28 Contratos derivados terminados y liquidados.

Pendiente liquidación del Contrato de Dotación No. 8556 de 2022 con IMCARE S.A.S: La Subred esta dando respuesta de la demanda interpuesta por IMCARE SAS. Los términos para dar respuesta se cumplen en febrero.

Una vez se dé respuesta, ingresará al despacho y se fijará la fecha de audiencia inicial. Posterior a la audiencia se fijará fecha de audiencia de pruebas. Por último, darán los términos de alegatos de conclusión y el proceso regresa al despacho para sentencia de primera instancia.

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.1214 de 2017 – CENTRO DE SALUD TINTAL

Se cuenta con 28 Contratos derivados terminados y liquidados.

Pendiente liquidación del Contrato de Dotación No. 8556 de 2022 con IMCARE S.A.S: La Subred esta dando respuesta de la demanda interpuesta por IMCARE SAS. Los términos para dar respuesta se cumplen en febrero.

Una vez se dé respuesta, ingresará al despacho y se fijará la fecha de audiencia inicial. Posterior a la audiencia se fijará fecha de audiencia de pruebas. Por último, darán los términos de alegatos de conclusión y el proceso regresa al despacho para sentencia de primera instancia.

1.5 GESTIÓN DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Del proceso de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional hace parte el subproceso de Gerencia de la Información, a través del cual la institución se compromete a responder a las necesidades de información de las diferentes partes interesadas de manera oportuna, veraz y segura, promoviendo la cultura de uso de la información que permita la toma de decisiones basada en hechos y datos.

1.5.1 Generación de Informes y Tableros de Producción

- Minería del dato:

A través de la consolidación mensual de la información de la producción realizada en los diferentes ámbitos de atención en salud y servicios como son ambulatorios, hospitalarios, de urgencias y complementarios; registrada en el aplicativo institucional Dinámica Gerencial, y generación de tableros consolidados. La información consolidada y validada es reportada en el aplicativo Capacidad Instalada Producción (CIP) que administra la Secretaría Distrital de Salud y permite consolidar la información de las Subredes, realizar análisis comparativos y toma de decisiones a nivel Distrital.

Por otra parte, se reportó a las diferentes EPS con las cuales se tiene contratos Indicadores de oportunidad, Resolución 1552, Resolución 202, Resolución 2175, Resolución 256, Resolución 2193 del componente de información estadística.

- Reportes Normativos:

Desde el subproceso se realiza la transmisión y seguimiento a la oportunidad de los reportes dirigidos a entes externos, se reportan a las diferentes EPS con las cuales tenemos contrato la siguiente información: Indicadores de oportunidad, resolución 1552, Resolución 202, Resolución 2175, Resolución 256, Resolución 2193 del componente de información estadística.

- Sistematización de los reportes Dinámica Gerencial

De manera permanente se da respuesta a las necesidades de información de los diferentes procesos asistenciales para realizar auditorías y en general realizar análisis de información.

Durante la vigencia 2025 se realizaron 987 reportes y/o ajustes de reportes en Dinámica Gerencial, el comportamiento fue estable durante los tres primeros trimestres y presentó un incremento significativo en el cuarto trimestre (352 reportes), asociado principalmente al cierre de vigencia y a la elaboración de informes de gestión.

El proceso con mayor número de solicitudes fue Gestión Clínica Ambulatoria, Direccionamiento Estratégico, Gestión del Riesgo, Gestión de la Calidad y Gestión Financiera, en toda la vigencia se dio cumplimiento a la meta establecida

- Registro Individual de Prestación de Servicios de salud (RIPS)

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), son definidos como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación, control y soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. De manera permanente se validan los RIPS de evento, cápita y Pago Global Prospectivo (PGP) que soportan la facturación de los servicios prestados por la Subred.

Durante la vigencia 2025 se cumplió con la elaboración y presentación oportuna de los informes de RIPS ante la Oficina de Desarrollo Institucional, el Comité Directivo y la Junta Directiva. Los reportes incluyeron la caracterización de la población atendida, principales causas de atención y análisis de frecuencia de intensidad de uso de los servicios. Se destaca el fortalecimiento de la calidad de la información clínica, evidenciado en la reducción de diagnósticos inespecíficos en hospitalización

1.5.2 Gestión Documental y Archivo

Dentro de las actividades desarrolladas por el subproceso se encuentra la coordinación de la gestión documental con respecto al registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de registros clínicos que se encuentran en las unidades de los servicios de salud y que hacen parte del archivo de gestión (últimos 5 años)

En la vigencia 2025 se elaboraron 21764 carpetas de historias clínicas y se digitalizaron 755095 documentos que corresponden a historias clínicas elaboradas en físico y a consentimientos informados que se integran a la historia clínica de Dinámica Gerencial, favoreciendo la integralidad de esta.

En el mismo periodo se han entregado un total de 39.811 historias clínicas las cuales son solicitadas a través de ágil salud, aplicativo Almera, correo electrónico y ventanilla de atención a usuarios.

- Disminución de tiempos y oportunidad en la generación, validación y transmisión y/o entrega de información requerida a nivel interno y externo.
- Desarrollo de herramientas ofimáticas y reportes que han permitido la optimización de uso del sistema de información.
- Digitalización e integración en la historia clínica del sistema los registros clínicos que se encontraban en físico en la Subred.

2 GESTIÓN JURÍDICA

2.1 GESTIÓN DEFENSA JUDICIAL 2025

Dentro del proceso de Gestión Jurídica se encuentra el Subproceso de Defensa Judicial, el cual tiene como objetivo la representación de los intereses de la Entidad en todos los procesos en los que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. es demanda, o en los que funja como parte activa de un litigio; para lo cual desde la Oficina Jurídica se han diseñado estrategias de defensa judicial, teniendo en cuenta las causas más frecuentes de controversia judicial, las experiencias adquiridas y las dinámicas de la Entidad, con la finalidad de mitigar el daño antijurídico que se pueda generar como consecuencia de dichas demandas. A continuación, se presentará un panorama general de los procesos que al cierre de la vigencia 2025 se adelantaban en la Oficina Jurídica.

2.1.1 Procesos activos en contra de la Entidad

A continuación, se relacionan el número de procesos activos en contra de la entidad, discriminados por la clase de proceso o medio de control, su pretensión inicial y el valor presente en SIPROJWEB.

Tabla N°1.

PROCESOS ACTIVOS EN CONTRA DE LA ENTIDAD			
REPORTE CONTABLE DE PROCESOS JUDICIALES - DICIEMBRE 2025			
CLASE DE PROCESO	# DE PROCESOS	VALOR PRETENSIÓN INICIAL	VALOR PRESENTE SIPROJ WEB
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	309	\$ 36.537.070.907	\$ 9.583.566.772
REPARACIÓN DIRECTA	77	\$ 60.541.607.436	\$ 11.452.818.237
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	10	\$ 21.522.777.623	\$ 2.575.859.063
EJECUTIVOS	41	\$ 11.177.396.247	\$ 1.993.976.801
ORDINARIO LABORAL	9	\$ 422.427.280	\$ 155.841.870
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	15	\$ 4.523.063.558	\$ -
RECURSO EXTRAORDINARIO	1	\$ 74.763.455	\$ -
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	2	\$ 989.071.427	\$ 215.609.380
TOTAL	464	\$ 135.788.711.933	\$ 25.977.672.123

* Tabla: Elaborada por Oficina Jurídica con base en reporte contable diciembre 2025.

2.1.2 Procesos Activos Iniciados por la Entidad

Así mismo, es importante referir que la Entidad también ha iniciado procesos en contra de terceros con la finalidad de salvaguardar sus intereses y proteger su patrimonio público. En la tabla N°2, se relacionan los procesos activos iniciados por la Entidad:

Tabla N°2.

PROCESOS ACTIVOS INICIADOS POR LA ENTIDAD		
REPORTE CONTABLE DE PROCESOS JUDICIALES – DICIEMBRE 2025		
CLASE DE PROCESO	# DE PROCESOS	VALOR PRETENSIÓN INICIAL
ACCIÓN DE REPETICIÓN	1	\$ 53.488.000
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	7	\$ 5.937.534.815
ORDINARIO LABORAL	1	\$ 210.000.000
PROCESOS PENALES	8	\$ 106.348.485

TOTAL	17	\$ 6.307.371.300
-------	----	------------------

Tabla: Elaborada por Oficina Jurídica con base en reporte contable diciembre 2025.

2.1.3 Procesos Terminados con erogación económica sin cumplimiento

Las sentencias ejecutoriadas en contra de la Entidad y que se encuentran en trámite de liquidación y/o pendiente de apropiación de los recursos necesarios para su cumplimiento, se describen a continuación:

Tabla N°3.

PROCESOS TERMINADOS CON EROGACIÓN ECONÓMICA SIN CUMPLIMIENTO - DICIEMBRE 2025							
CLASE DE PROCESO	# DE PROCESOS	CON LIQUIDACIÓN CTA 2460	VALOR TOTAL LIQUIDACIÓN	CON PRE-LIQUIDACIÓN CTA 2460	VALOR TOTAL PRE-LIQUIDACIÓN	EN TRAMITE DE LIQUIDACIÓN CTA 2701	VALOR REGISTRADO CONTABILIDAD
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	360	9	\$ 800.598.982	88	\$ 12.463.874.394	263	\$ 4.614.694.452
REPARACIÓN DIRECTA	42	1	\$ 351.999.003	11	\$ 2.107.789.885	30	\$ 7.376.472.986
EJECUTIVOS	40	-	\$ -	3	\$ 339.242.912	37	\$ 846.568.157
CONTROVERSIA CONTRACTUALES	1	-	\$ -	-	\$ -	1	\$ 30.281.200
ORDINARIO LABORAL	1	.	\$ -	-	\$ -	1	\$ 117.760.648
TOTAL	444	10	\$ 1.152.597.985	102	\$ 14.910.907.191	332	\$ 12.985.777.443

• Tabla elaborada a la fecha por Oficina Jurídica.

Valga mencionar que el valor reportado como “*VALOR TOTAL PRE-LIQUIDACIÓN*” es una liquidación estimada, como quiera que, dichos valores son objeto de reliquidación de conformidad con el “Procedimiento de pago de sentencias judiciales - Código 11-03-PR-0010 del 18 de noviembre de 2024”.

Los perfiles de contratistas con mayor cantidad de sentencias ejecutoriadas pendientes de pago son:

- Auxiliar de enfermería 143.
- Asistente y auxiliar administrativo 36.
- Profesional de enfermería 36.

- Médico (General y cualquier especialidad) 23.
- Conductor de ambulancia 20.

Por otro lado, es importante mencionar que desde la Oficina Jurídica se adelantó una gestión importante respecto del pago de sentencias, de acuerdo con la disponibilidad del presupuesto y flujo de caja, teniendo en cuenta el principio de autosostenibilidad que opera para las Empresas Sociales del Estado. A continuación, se presentará el informe de pago de sentencias judiciales en el año 2025, así:

2.1.3.1 Sentencias judiciales pagadas en el año 2025.

Con relación al pago de sentencias judiciales, se pagaron en el año 2025, siete (07) procesos judiciales, una (01) acción constitucional de tutela y dos (02) conciliaciones extrajudiciales, todas asociadas al rubro de sentencias judiciales con un total de quinientos cuarenta y cinco millones, novecientos treinta y un mil setecientos noventa y cinco pesos (\$545.931.795) las cuales se discriminan en la tabla N°5. Es de anotar, que desde la Oficina Jurídica se realizó un acercamiento con cada uno de los apoderados de los beneficiarios de las sentencias, a fin de llegar a un acuerdo en la condonación de intereses y evitar controversias futuras sobre la liquidación:

Tabla N°4.

TIPO DE PROCESO	FECHA EFECTIVA DE PAGO	VALOR PAGO
ACCION DE TUTELA	29/01/2025	\$ 32.548.129
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	31/01/2025	\$ 19.169.803
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	5/02/2025	\$ 36.288.902
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	27/03/2025	\$ 55.997.400
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	29/12/2025	\$ 36.688.216
ORDINARIO LABORAL	15/05/2025	\$ 140.574.798
ORDINARIO LABORAL	15/05/2025	\$ 173.783.208
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	17/09/2025	\$ 6.026.752
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	29/12/2025	\$ 35.033.107
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	18/02/2025	\$ 9.821.480

- Tabla elaborada por la Oficina Jurídica con base en información reportada en Siproj Web.

2.2 COBRO COACTIVO

La Oficina Jurídica tiene a su cargo, como subproceso, adelantar la jurisdicción coactiva, la cual está definida como un privilegio exorbitante de la Administración, que consiste en la facultad de cobrar directamente, sin que medie intervención judicial, las deudas a su favor, adquiriendo la doble calidad de juez y parte, cuya justificación se encuentra en la prevalencia del interés general, en cuanto dichos recursos se necesiten con urgencia para cumplir eficazmente los fines estatales.

Sin embargo, mediante la Resolución No. 0212 del 21 de marzo de 2024, la entidad ordenó la suspensión del curso de los procedimientos Administrativos Coactivos seguidos en contra de personas jurídicas y naturales responsables del pago de obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud, en razón de la sentencia del 24 de agosto de 2023, emitida por la Sección Cuarta del Consejo de Estado en el medio de control de Nulidad y Restablecimiento del Derecho que cursó bajo el radicado No. 25000233700020160117401, mediante la cual se advirtió que las Empresas Sociales del Estado no pueden hacer exigibles obligaciones a su favor, a través del proceso de Cobro Coactivo, si estas devienen de la prestación de servicios de salud.

En consecuencia, la entidad expidió la Resolución No. 0841 del 18 de diciembre de 2024, por medio de la cual se reanudó el curso de los Procesos Administrativos Coactivos suspendidos con la Resolución No. 0212 del 21 de marzo de 2024, y ordenó su terminación; disponiéndose, además, el levantamiento de las medidas cautelares que hubieren sido decretadas.

Ante este panorama, luego de la firmeza y ejecutoria del aludido acto administrativo, como acción alternativa que coadyuve la recuperación de la cartera de la entidad, la Oficina Jurídica en coordinación con la Dirección Financiera, se encuentra promoviendo demandas ejecutivas ante autoridades judiciales, en cumplimiento del Manual de Gestión de Ingresos, siempre y cuando se evidencien saldos insolutos, debido al carácter dinámico de la cartera institucional.

2.2. Acuerdos de Pago: La Dirección Financiera de la entidad es la encargada de promover el cobro de obligaciones a las entidades responsables de pago de los servicios de salud dispensados a sus afiliados y/o beneficiarios según el régimen de afiliación; esta función puede cumplirse inclusive, con la gestión de Acuerdos de Pago en sede extrajudicial ante la Oficina Delegada para la Potestad Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando se solicite a la Oficina Jurídica iniciar algún trámite en ese sentido; no obstante, durante la vigencia 2025, la Dirección Financiera no promovió ante esta oficina proceso alguno tendiente a gestionar un Acuerdo de Pago judicial o extrajudicial con los distintos deudores de la entidad, sean Entidades Promotoras de Salud u otras.

2.3. Procesos Coactivos por Otras Causas: Los siguientes procesos coactivos fueron iniciados por la entidad, en procura de hacer exigibles, distintas obligaciones cuyas causas son distintas a la prestación de servicios de salud, es decir, los deudores no se consideran como Empresas Responsables de Pago o actores principales del Sistema de Seguridad Social:

Tabla N°5. Procesos coactivos iniciados por causas destinadas a la prestación de salud.

INFORME PROCESOS DE COBRO COACTIVO POR CAUSAS DISTINTAS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD					
RADICADO	DEUDOR	CUANTÍA	MEDIDA CAUTELAR	TÍTULO CONSTITUIDO	ESTADO DEL PROCESO
002-2019	OLGA NELSY BERMÚDEZ CASTILLO	\$ 20.139.383,00	SI	MEDIDA CAUTELAR APLICADA SOBRE INMUEBLE	SUPERNOTARIADO Y REGISTRO INFORMÓ APLICACIÓN DE MEDIDA CAUTELAR DE EMBARGO Y SECUESTRO DE INMUEBLE. INGRESA PARA LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO
003-2019	LUZ ADRINA DIAZ RIVANEIRA	\$ 41.555.780,00	NO	N.A.	AUTO ORDENA SEGUIR ADELANTE EJECUCIÓN

015-2019	DIGITALWARE S.A.	\$ 11.871.740.308,00	NO	N.A.	PROCESO SUSPENDIDO POR DEMANDA DE RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO
006-2020	LUISFREDY NIÑO PARRA	\$ 11.511.492,00	SI	CUENTAS BANCARIAS SIN FONDOS	AUTO LIQUIDA EL CRÉDITO SIN PRONUNCIAMIENTO DEL DEUDOR
022-2019	NUBIAYANETHMEDINA MOLANO	\$ 1.582.596,00	SI	CUENTAS BANCARIAS SIN FONDOS	A LA ESPERA DE APLICACIÓN DE MEDIDA CAUTELAR DE EMBARGO
031-2022	CONSTRUCTORA GUERRERO	\$ 44.854.202,00	SI	EMBARGO REGISTRADO POR OBLIGACIÓN RECÍPROCA EN LA ENTIDAD Y JUZGADO 60 ADTIVO DE BOGOTÁ	AUTO LIQUIDA EL CRÉDITO Y ORDENÓ COMUNICAR MEDIDA DE EMBARGO AL JUZGADO 60 ADTIVO DE BOGOTÁ
015-2023	JORGE MAURICIO PESCADOR MEDINA	\$ 11.426.644,00	SI	TÍTULO No. 400100007592196 EN CUENTA INSTITUCIONAL DEL BANCO AGRARIO	AUTO ORDENÓ SEGUIR ADELANTE EJECUCIÓN. - INGRESA PARA LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO Y APROPIACIÓN DE TITULO.
003-2013	CEDEP LTDA	\$ 19.956.884,00	SI	TÍTULO No. 400100009213050 EN CUENTA INSTITUCIONAL DEL BANCO AGRARIO	AUTO NIEGA SOLICITUD DE TERMINACIÓN DEL PROCESO.- INGRESA PARA REITERAR APLICACIÓN DE MEDIDA CAUTELAR DE EMBARGO A ENTIDADES BANCARIAS
001-2025	CONSORCIO PRIMARIO 29 – CARLOS URIAS RUEDA ÁLVAREZ – WILLIAM PÁEZ PATIÑO	\$ 94.745.683,00	NO		DEUDOR INTERPONE RECURSO CONTRA RESOLUCIÓN QUE OORDENÓ SEGUIR ADELANTE CON LA EJECUCIÓN. EN TÉRMINOS.
	TOTAL, CUANTÍA ADEUDADA	\$ 12.117.512.972			

En lo corrido de la vigencia 2025, no se logró recaudo alguno en ninguno de los anteriores Procedimientos Administrativos de Cobro Coactivo. Sin embargo, logramos la aplicación de medidas cautelares de embargo de cuentas bancarias que constituyeron a su vez depósitos

de dinero susceptibles de apropiación de la entidad, en tanto se llegue al momento procesal de la liquidación y aprobación de los créditos ejecutados.

Finalmente, se logró aplicar una medida cautelar de embargo y secuestro de un bien inmueble dentro del proceso No. 002-2019, por medio del cual se podrá hacer exigible la obligación en favor de la entidad.

2.2.1 Procesos Judiciales de Cobro de Cartera.

La entidad cuenta con nueve (9) procesos judiciales iniciados contra el Fondo Financiero Distrital de Salud, los cuales provienen de reclamaciones instauradas inicialmente ante la SUPERSALUD, por diferencias en glosas impuestas en el marco de la ejecución de distintos contratos y convenios administrativos.

A continuación, se relacionan los procesos que cursan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa:

Tabla N°6.

RADICADO	DESPACHO	CUANTÍA
11001334306220220036700	62 ADTIVO	99.525.683
11001334306120220021500	61 ADTIVO	40.374.750
11001334306420230027000	64 ADTIVO	173.532.998
25000233600020220049000	TRIBUNAL	2.132.280.908
J-2021-0715 - 11001334305820210030200	SUPERSALUD	2.427.499.009
25000233600020240012200	TRIBUNAL	1.419.630.082
25000233600020240055600	TRIBUNAL	2.063.547.307
25000233600020240017100	TRIBUNAL	1.063.308.861
52001333300920240018000	9 ADTIVO DE PASTO	168.100.311

2.2.2 Procesos coactivos por otras causas

Los siguientes procesos coactivos fueron iniciados por la entidad, en procura de hacer exigibles, distintas obligaciones cuyas causas son distintas a la prestación de servicios de salud, es decir, los deudores no se consideran como Empresas Responsables de Pago o actores principales del Sistema de Seguridad Social:

Tabla N°7.

Nro. Proceso	CUANTÍA
002-2019	\$20.139.383
003-2019	\$41.555.780
015-2019	\$11.871.740.308
006-2020	\$11.511.492
022-2019	\$1.582.596
031-2022	\$44.854.202
015-2023	11.426.644
003-2013	\$19.956.884
001-2025	\$94.745.683
	\$12.117.512.972

2.2.3 Trámite para el Cobro de Obligaciones surgidas por la Prestación de Servicios de Salud en la entidad.

En virtud de la expedición de la Resolución No. 0841 del 18 de diciembre de 2024 *“por medio de la cual se reanuda el trámite de los procedimientos administrativos coactivos suspendidos a través de la Resolución No. 0212 de 2024 y se dictan otras disposiciones”*, la entidad deberá iniciar demandas ejecutivas con la finalidad de hacer exigible las obligaciones cuya causa radique en la prestación de servicios de salud, escenario que impone la necesidad de probar de forma suficiente, un título complejo compuesto por las facturas, sus soportes de expedición y gestión; más la resolución moratoria y su constancia de ejecutoria. Así, la Dirección Financiera deberá remitir la cartera susceptible de cobro judicial, a efecto de promover el trámite administrativo de expedición de la resolución moratoria y posterior exigibilidad ante la autoridad judicial competente.

2.3 GESTIÓN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS

En atención a la entrada en vigencia de la Ley 1952 de 2019 *“Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.”*, y teniendo en cuenta lo

establecido en su artículo 12¹, el 25 de mayo de 2023 se expidieron los Acuerdos No 147², *“Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”*, Acuerdo N° 148³, *“Por el cual se modifica la Planta de Personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”* y, Acuerdo No 149⁴, *“Por el cual se modifica el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”*; normativa y actos administrativos que le confirieron a la Oficina Jurídica el conocimiento de la Etapa de Juzgamiento de los procesos disciplinarios adelantados contra los/as servidores/as y exservidores/as de la entidad a partir del 1° de junio de 2023.

Con relación a la información del estado actual de los procesos disciplinarios, se relaciona a continuación la tabla que contiene los seis (6) procesos que se encuentran en la etapa de juzgamiento a cargo de esta oficina. Valga resaltar que las fechas de prescripción indicadas allí no constituyen un prejuzgamiento, son meramente de carácter informativo, a fin de tener un control interno inmediato de la Oficina Jurídica, una vez se reciben los expedientes para la etapa de juzgamiento.

¹ Artículo 12. DEBIDO PROCESO. El disciplinable deberá ser investigado y luego juzgado por funcionario diferente, independiente, imparcial y autónomo que sea competente, quienes deberán actuar con observancia formal y material de las normas que determinen la ritualidad del proceso, en los términos de este código y dándole prevalencia a lo sustancial sobre lo formal. En el proceso disciplinario debe garantizarse que el funcionario instructor no sea el mismo que adelante el juzgamiento. Todo disciplinable tiene derecho a que el fallo sancionatorio sea revisado por una autoridad diferente, su trámite será el previsto en esta ley para el recurso de apelación. En el evento en que el primer fallo sancionatorio sea proferido por el Procurador General de la Nación, la doble conformidad será resuelta en la forma indicada en esta ley.

² Artículo 2° *“Modificar el artículo 3 del Acuerdo 015 de 2017 (...), por la cual se establecen las funciones de la Oficina Asesora Jurídica, el cual quedará así: Artículo 3. OFICINA JURÍDICA- FUNCIONES: (...) 11. Adelantar la etapa de juzgamiento en primera instancia de los procesos disciplinarios contra los/as servidores/as y ex servidores/as de la entidad, de conformidad con el Código General Disciplinario o aquella norma que lo modifique o sustituya y las demás disposiciones sobre la materia.*

³ Artículo 2° *“Modificar la planta de empleos con la creación del siguiente empleo en la Planta de Personal (...) No de empleos: 1(uno)- Jefe de Oficina (...)”*

⁴ Artículo 2° *“Modificar el Manual Específico de Funciones y Competencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., para el empleo de libre nombramiento y remoción JEFE DE OFICINA- Código 006 Grado 06- OFICINA JURÍDICA, así: Nivel jerárquico: Directivo- Denominación del empleo: Jefe de Oficina (...)”*

A continuación, se relacionan los procesos disciplinarios tramitados en la vigencia 2025:

Tabla N°8.

NÚMERO	EXPEDIENTE N°	ETAPA	ESTADO ACTUAL
1	026-2021	Fallo de primera Instancia	Auto 006 del 07 de octubre de 2025, por medio del cual se confirmó el Auto 005 del 12 de febrero de 2025.
2	057-2019	Traslado descargos	Auto de avoquese y fijación de procedimiento. (Ley 1952-2019) PDT traslado para descargos del 15 de marzo de 2024.
3	039-2021 SRSO	Proceso terminado	Auto 018-2025- Decreta terminación y archivo de la investigación.
4	055-2019 SRSO	Proceso terminado	Auto de terminación y archivo No. 006 del 17 de febrero 2025.
5	100-2021 SRSO	Auto de avoquese y traslado para descargos.	Auto 021-2025 del 22 de octubre de 2025, mediante el cual se declaró la responsabilidad disciplinaria dela investigada.
6	062-2021 SRSO	Auto de avoquese y traslado para descargos.	Auto 008 del 05/03/2025 por medio del cual se dispuso avocar conocimiento, se fijó el procedimiento y se corrió traslado para descargos (Ley 1952-2019).
7	031-2024 SRSO	Fallo de primera Instancia	Auto 001 del 11 de febrero de 2026 por medio del cual se sanciona disciplinariamente al investigado.
8	095-2021 SRSO	Auto de avoquese y traslado para descargos.	Auto 026-2025 del 29 de diciembre de 2025 por medio del cual se ordena la expedición de copias del Expediente 095-2021

2.4 OTROS PROCEDIMIENTOS.

2.4.1 Acciones de tutela:

Durante la vigencia 2025, la Oficina Jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. asumió la atención integral de las acciones de tutela interpuestas contra la Entidad, garantizando la representación judicial, la coordinación con las áreas asistenciales y administrativas, y el cumplimiento oportuno de las órdenes judiciales. En lo corrido del año 2025 se allegaron las siguientes acciones de tutela:

Tabla N°9. Tutelas allegadas en I semestre de 2025.

TUTELAS RADICADAS PRIMER SEMESTRE DEL 2025	
CAUSA	CANTIDAD
Citas médicas	160
Debido proceso	132
Exámenes médicos	24
Medicamentos	190
Procedimiento quirúrgico	67
Seguridad Social	9
Suministros médicos	18
Traslado a otro centro médico especializado	22
Tratamiento integral	42
TOTAL	664

Tabla elaborada por la Oficina Jurídica.

Tabla N°10. Tutelas allegadas en II semestre de 2025.

TUTELAS RADICADAS SEGUNDO SEMESTRE DEL 2025	
CAUSA	CANTIDAD
Citas médicas	146
Debido proceso	128
Exámenes médicos	5
Medicamentos	105
Procedimiento quirúrgico	39
Suministros médicos	9
Traslado a otro centro médico especializado	12
Tratamiento integral	316
TOTAL	760

En el año 2025 se registró un total de 1.424 acciones de tutela, distribuidas así; Primer semestre: 664 tutelas y Segundo semestre: 760 tutelas.

El incremento evidenciado en el segundo semestre se encuentra directamente relacionado con el aumento en la demanda de servicios de salud, la complejidad de los tratamientos solicitados y la judicialización de trámites administrativos que, en muchos casos, exceden la competencia directa de la Subred. La asignación de citas médicas constituye el principal motivo de acciones de tutela durante toda la vigencia 2025. Las pretensiones suelen estar relacionadas con: Demora en la programación de citas especializadas, limitada disponibilidad de agenda médica y reprogramaciones derivadas de la alta demanda del servicio. En la mayoría de estos casos, la Oficina Jurídica logró acreditar que la Subred adelantó las gestiones administrativas necesarias para la asignación de las citas, permitiendo al juez constitucional declarar la carencia actual de objeto por hecho superado, una vez se programó y garantizó la atención en salud.

La segunda causa más frecuente corresponde a solicitudes relacionadas con medicamentos, en estos procesos, se evidenció que una parte significativa de las tutelas se resolvió mediante la justificación técnica de la no entrega, con base en criterios normativos. Durante el segundo semestre de 2025 se observó un aumento considerable en tutelas relacionadas con tratamiento integral, especialmente en casos de pacientes con patologías crónicas o de alto costo. Estas acciones suelen acumular múltiples pretensiones (citas, exámenes, procedimientos y medicamentos), lo que incrementa la complejidad del trámite judicial.

Las tutelas clasificadas como debido proceso y administrativas responden, en su mayoría, a: Supuesta falta de respuesta a derechos de petición y vinculación de la Subred en asuntos en los que no ostenta competencia directa.

Dentro de esta categoría se incluyen procesos de restablecimiento de derechos de menores, reintegros laborales presuntamente asociados al estado de salud del accionante, pago de incapacidades, licencias y ejecución de sentencias laborales. En estos casos, la

defensa jurídica se orientó principalmente a demostrar la falta de legitimación en la causa por pasiva, o la inexistencia de vulneración atribuible a la Entidad.

El análisis de las acciones de tutela tramitadas durante la vigencia 2025 evidencia que la judicialización del servicio de salud obedece principalmente a factores estructurales del sistema, como la alta demanda de servicios y la expectativa de los usuarios frente a la atención inmediata.

No obstante, la gestión articulada de la Oficina Jurídica permitió responder de manera oportuna y técnica a las acciones constitucionales, garantizando la protección del derecho a la salud, fortaleciendo la defensa judicial de la Entidad y promoviendo decisiones judiciales acordes con la realidad operativa y normativa del sector salud.

2.4.2 Apoyo en las Acciones de Tutela de la Secretaría Distrital De Salud

La Secretaría Distrital de Salud, remite autorización de servicios especialmente de la población migrante irregular para que desde la Oficina Jurídica se haga gestión y respuesta al cumplimiento de la medida provisional o al cumplimiento del fallo de tutela de la orden dirigida a la SDS con el área de facturación, la Dirección de Servicios Ambulatorios o Dirección de Servicios Complementarios, según sea el caso.

De esta manera, desde la Oficina Jurídica se realiza la representación de la Entidad en materia de acciones Constitucionales, buscando siempre garantizar los derechos de las personas a quienes se les brinda la prestación del servicio de salud; así como los intereses de la Subred.

2.5 PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS

Los procesos Administrativos Sancionatorios hacen parte de la Gestión de la Oficina Jurídica, siendo un mecanismo mediante el cual el Estado ejerce el poder punitivo que la Constitución y la ley le otorgan, a través de las entidades administrativas que determina para llevar a cabo funciones de inspección, vigilancia y control, para que impongan a los

administrados una sanción proporcional a la acción u omisión de los deberes y/o obligaciones legales a las cuales están sometidos según el sector en el que actúen.

El actuar de las autoridades administrativas debe fundamentarse en los principios procesales de publicidad, immediatez, presunción de inocencia, derecho de defensa y contradicción, favorabilidad, juez natural o legal, proporcionalidad, también, Y no menos importante, el principio de legalidad para que las acciones de la administración sean válidas ante el ordenamiento jurídico y posteriormente, no sea quebrantada su presunción de legalidad. Durante la vigencia 2025 se tramitaron los siguientes procesos:

- **Superintendencia de Industria y Comercio**

EXP 23-256504: Adelantado por la SIC por presunta infracción del precio máximo de venta establecido en el artículo 1° de la Circular 10 de 2020 para el medicamento RHOPHYLAC - Inmunoglobulina Antid-Rh 300mcg/2ml (150mcg/1ml) - Líquido/Sólido - Inyectable x 1 - CSL; cum: 19975089-1. Se impuso sanción en primera instancia de \$1'300.000, confirmada en segunda instancia. Esta sanción fue cancelada mediante Resolución No. 2025-000686 de 06 de octubre de 2025.

- **INVIMA**

Por parte del INVIMA se recibió auto No.2025010678 de 11 de agosto de 2025 por medio de la cual se dio inicio a investigación administrativa sancionatoria y se formuló pliego de cargos contra esta entidad. Dentro de este expediente ya se presentaron descargos y alegatos de conclusión.

- **Secretaría Distrital de Salud.**

Investigaciones preliminares, En la vigencia 2025 se recibieron y gestionaron 155 requerimientos dentro de investigaciones preliminares, de las cuales en 72; y, 35 autos ordenaron la terminación de las actuaciones administrativas preliminares

Estas solicitudes de documentos son articuladas con la subgerencia de Prestación de Servicios de Salud y la Subgerencia Corporativa, de acuerdo a la competencia de cada una de estas, y desde la Oficina Jurídica se consolida la respuesta final al ente de control.

Investigaciones administrativas sancionatorias, Para la vigencia de 2025, se tramitaron 71 procesos administrativos sancionatorios, relacionados con presuntas infracciones a las normas de habilitación en salud, dentro de los cuales se realizaron 163 gestiones de descargos, alegatos de conclusión, presentación de recursos de reposición y en subsidio de apelación, recursos de queja, solicitudes de revocatoria directa, oficio de remisión de copias a la Oficina de Control Disciplinario Interno y al comité de historias clínicas, y archivo de 154 documentos relativos a remisión de copias de expedientes, autos que resuelven el recurso de reposición y conceden el de apelación, de apertura de la investigación administrativa sancionatoria, archivo de la investigación, exoneración y negación de revocatoria directa.

Finalmente se destaca que se logró en segunda instancia la revocatoria de 10 sanciones y, por ende, la exoneración de la entidad, equivalentes a **\$50'167.641**.

Multas por concepto de sanciones administrativas, del periodo comprendido entre agosto de 2021 y diciembre de 2025, se han recibido 98 sanciones administrativas, por incumplimiento de las normas de habilitación en salud y normas ambientales, las cuales se encuentran pendientes de pago y que han sido reportadas a la Dirección Financiera.

Tabla N°11. Sanciones administrativas pendientes de pago vigencia agosto 2021-diciembre 2025.

No. SANCIONES	VALOR
100	451.167.187

De las multas impuestas con ocasión a las investigaciones administrativas sancionatorias, se adelantaron en la vigencia 2025 mesas de trabajo con el fin de establecer mecanismos lograr el cumplimiento de las multas impuestas. Es por ello que se está realizando el análisis correspondiente para determinar la procedencia de realizar el pago solicitado, motivo por el cual se informó que una vez concluido dicho análisis la entidad actuará de conformidad; sin

embargo, se clarifica que los pagos de multas y sanciones están supeditados a las apropiaciones que se hicieran con cargo a ese rubro en la medida que la entidad generara ingresos por la prestación de servicios de salud, ya que de acuerdo con la normativa presupuestal ese rubro -multas y sanciones- no genera apropiación desde el inicio de la vigencia.

Así mismo, se indicó al FFDS que debido a la situación presupuestal de la E.S.E., por los inconvenientes presentados con el recaudo y la liquidación de varias EPS en y que, pese a los esfuerzos de las áreas de cartera y facturación para propender por el recaudo de los recursos prestados a las EPS, no se ha logrado la liquidez necesaria para asumir todos los compromisos, por lo que se ha pagado de acuerdo al recaudo de la venta de servicios.

En virtud de ello, para la vigencia 2025 se realizó el pago de sanción impuesta dentro del expediente 1099-2013 por el valor de \$2'757.017, mediante la resolución No. 2025-000686 de 03 de septiembre de 2025.

Proceso Coactivo Sancionatorio, por otro lado, es preciso indicar que de las anteriores sanciones emitidas dentro de las investigaciones administrativas sancionatorias adelantadas por la Secretaría Distrital de Salud, durante la vigencia 2025 se gestionó la defensa jurídica dentro de 162 procesos de cobro coactivo, en las cuales corresponde a notificación de mandamientos de pago, igualmente se ejerce la defensa presentando recursos en contra de Resoluciones que deciden excepciones.

Aquí es importante mencionar, que, por parte del Fondo Financiero, se efectúa requerimiento a efectos del pago de los siguientes procesos Coactivos:

**Tabla N°12. EXPEDIENTES MULTAS Y SANCIONES CON ABONOS Y SALDO
PENDIENTE**

Nº	Expediente	Año	Valor multa	Fecha de pago	Valor pagado a capital	Saldo a capital	Intereses 08/08/2025	Total, corte 08/08/2025
1	1317	2013	1.232.000	25/05/2018	820.589	411.411	360.584	771.995
2	1099	2013	12.320.000	27/10/2015	11.067.365	1.252.635	1.493.514	2.746.149

3	282	2018	2.343.726	27/10/2021	1.644.731	698.995	321.773	1.020.768
4	503	2018	7.812.420	5/07/2019	7.427.028	385.392	284.928	670.320
5	1081	2017	1.932.210	27/07/2021	1.909.670	22.540	11.784	34.324
6	1809	2017	1.656.232	27/10/2021	1.607.104	49.128	22.096	71.224
TOTALES					24.476.487	2.820.101	2.494.679	5.314.780

Tabla N°13. EXPEDIENTES MULTAS Y SANCIONES

Total, expedientes	Valor total multas	Saldo total a capital	Intereses totales 08/08/2025	Total, Corte 08/07/2025
242	\$ 900.437.085	\$ 900.437.085	\$387.415.100	\$ 1.287.852.185

Tabla N°14. EXPEDIENTES CONTRATOS Y CONVENIOS CON ABONO Y SALDO PENDIENTE

No.	Contrato	Año	CIB	Fecha de pago	Valor pagado a capital	Saldo a capital	Intereses 08/08/2025	Total, Corte 08/08/2025
1	10792017	2017	332875	22/01/2021	80.645.927	188.615	104.517	293.132
TOTALES					80.645.927	188.615	104.517	293.132

Tabla N°15. EXPEDIENTES CONTRATOS Y CONVENIOS

No.	Número Contrato	Año	Valor por reintegrar	Saldo a capital	Intereses 08/08/2025	Total, Corte 08/08/2025
1	2662019	2019	944.058.383,00	944.058.383	346.469.286	1.290.527.669
2	7482017	2017	203.227.610,00	203.227.610	132.437.565	335.665.175
3	82017	2017	1.281.267.530,00	1.281.267.530	879.803.340	2.161.070.870
4	9822015	2015	970.000.000,00	970.000.000	722.002.589	1.692.002.589
5	14852013	2013	279.964.839,00	279.964.839	206.614.908	486.579.747
6	14812013	2013	142.765.345,00	142.765.345	105.788.124	248.553.469
7	14862013	2013	173.714.847,00	173.714.847	129.765.105	303.479.952
8	14802013	2015	39.141.488,00	39.141.488	29.773.254	68.914.742
9	14932013	2015	1.020.255.381,00	1.020.255.381	752.948.190	1.773.203.571

10	11582017	201 7	1.582.377.091,0 0	1.582.377.091	903.537.267	2.485.914.358
11	10352012	201 2	231.014.476,00	231.014.476	272.520.695	503.535.171
12	1476911	202 0	609.373.382,00	609.373.382	223.842.648	833.216.030
13	612014	201 4	42.611.323,51	42.611.324	38.421.820	81.033.144
14	252010	201 0	2.483.713.219,0 0	2.483.713.219	3.031.784.44 8	5.515.497.667
16	632014	201 4	12.814.579,73	12.814.580	11.431.872	24.246.452
17	8052016	201 6	118.960.003,00	118.960.003	78.869.817	197.829.820
18	7882016	201 6	94.745.683.497	94.745.683.49 7	1.768.592	96.514.275
TOTALES			10.230.005.180, 24	10.230.005.180, 24	7.867.779.5 20	18.097.784.700

2.6 LEGALIZACIÓN DE BIENES Y PREDIOS

La Oficina Jurídica realizó un análisis y estudio de la situación jurídica de cada uno de los predios que se encuentran a cargo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, logrando evidenciar y clasificar cada una de las situaciones que se presentan en los predios.

Existen en total 22 predios, lo que representa el 100% de nuestros bienes relacionados.

Luego los siguientes bienes se encuentran en estudio, ya que requieren atención para verificación jurídica.

Predios que no cuentan con Escritura Pública que acredite la titularidad a nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

- Centro Día, 50 Puerta de Teja, USS Boston, La Estación, Hospital Occidente de Kennedy, 63 Alquería, 71 Patio Bonito, CAPS La Mexicana, Hospital Pediátrico Tintal, Sede Centro de Servicios Integrales, Sede Administrativa Pablo VI, Oficina Calle 93, Lote San Andresito y Oficina 104 Chinchiná.

Con base con lo anterior, procedimos a verificar la titularidad con los certificados de tradición y libertad y encontramos lo siguiente:

Dos predios, específicamente Centro Día y Bosa Consulta Externa, carecen de número de matrícula inmobiliaria. Esto complica su identificación catastral y la verificación formal de la titularidad.

Nueve predios todavía están registrados a nombre de los antiguos hospitales. Estos son: USS Boston, La Estación, Administrativa Boston, Parqueadero Fontibón Boston, Trinidad Galán, Administrativa Pablo VI, Cundinamarca, Lote San Andresito y Lote San Bernardino. Es necesario realizar los trámites correspondientes para transferir la titularidad a la Subred. Cinco predios están registrados a nombre de personas naturales y jurídicas. Por lo tanto, es fundamental clarificar y formalizar estas titularidades en favor de la Subred para asegurar la legalidad y la seguridad jurídica. Los inmuebles en esta situación son: 50 Puerta de Teja, Porvenir, 63 Alquilería, 71 Patio Bonito y Hospital Pediátrico Tintal.

Cinco predios ya cuentan con su titularidad debidamente registrada a nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.: Hospital Occidente de Kennedy, CAPS Mexicana, Centro de Servicios Integrales, Oficina Calle 93 y Oficina 104 Chinchiná. Un (1) predio, correspondiente a la sede Carvajal, presenta un trámite pendiente que impide obtener el certificado de tradición y libertad.

2.7 POLÍTICA Y PLANES DE ACCIÓN:

2.7.1 Plan Maestro para la Recuperación Del Patrimonio Público

En el marco del Decreto Distrital 556 de 2021 el comité de Conciliación se presentará el Plan Maestro para la vigencia 2026 de Recuperación del Patrimonio Público en sesión ordinaria No. 5 del mes de febrero de 2025, encaminado a fortalecer la gestión judicial y extrajudicial a través de un conjunto de políticas, acciones y estrategias para la recuperación del patrimonio público mediante el ejercicio de acciones judiciales y extrajudiciales que contribuyan a la política de defensa jurídica.

2.7.2 Plan de Acción para la Política de Prevención de Daño Antijurídico:

Aprobado en la sesión extraordinaria No. 22 del mes de agosto de 2023; una vez presentados se implementaron en el aplicativo ALMERA y a los mismos se les dio su respectivo seguimiento durante todo el año dependiendo de la frecuencia con que se

requiriera (mensual, trimestral, semestral) para así poder tener un cumplimiento de los mismos en cada una de sus actividades, se presentará la actualización del plan en el 2026.

Se realizaron socializaciones y/o mesas de trabajo a los colaboradores y funcionarios públicos respecto de las acciones tendientes a evitar la ocurrencia del daño antijurídico, sobre cambios normativos en el proceso de contratación, destacando el nuevo Estatuto de Contratación y el Manual de Contratación del 2025, así como la importancia de la colaboración y el aprendizaje continuo, las diferentes responsabilidades que pueden surgir para los supervisores, incluyendo la responsabilidad civil, fiscal, penal y disciplinaria, y cambios en la terminología utilizada en la supervisión de contratos.

Se discutió la clasificación de niveles de riesgo en la subred y la normativa relacionada con la cotización de colaboradores con múltiples contratos. Se enfatizó la responsabilidad de los supervisores de verificar mensualmente las cotizaciones de los colaboradores y se abordaron las consecuencias de no informar adecuadamente sobre licencias o incapacidades. Se midió la adherencia de colaboradores evaluados con respecto a la prevención de daño antijurídico, se aplicaron pre-test y post-test para medir la adherencia de conocimiento en los diferentes colaboradores a los que se les dio dicha capacitación.

2.7.3 Comité de Conciliación

En lo que respecta al Comité de Conciliación, para la vigencia 2025 fue aprobado el Plan Anual de Acción del Comité de Conciliación en la sesión ordinaria No. 08 del mes de marzo de 2024; una vez presentado se implementó en el aplicativo ALMERA y al mismo se le ha dado su respectivo seguimiento dependiendo de la frecuencia con que se requiriera (mensual, trimestral, semestral) para así poder tener un cumplimiento de este en cada una de sus actividades. En la vigencia 2025 se realizaron un total de 28 sesiones, en las cuales se estudiaron y decidieron 112 casos como: estudios de acción de repetición, conciliaciones judiciales y extrajudiciales relacionados en la siguiente tabla:

Tabla N°16. Relación de casos estudiados por el Comité de Conciliación vigencia 2025.

TIPO DE CONCILIACIÓN	TOTAL, DE CASOS ESTUDIADOS
----------------------	----------------------------

ESTUDIO DE ACCIÓN DE REPETICIÓN	9
EXTRAJUDICIAL	33
JUDICIAL	70
VARIOS	13
TOTAL GENERAL	125

Por otra parte, de los casos expuestos, se decidieron un total de 103 casos presentados así:

Tabla N°17. Decisiones tomadas por el Comité de Conciliación vigencia 2025.

DECISIÓN COMITÉ DE CONCILIACIÓN	TOTAL DE CASOS ESTUDIADOS
ESTUDIO ACCIÓN DE REPETICIÓN	
APLAZAR DECISIÓN	0
INICIAR ACCIÓN DE REPETICIÓN	0
NO INICIAR ACCIÓN DE REPETICIÓN	9
EXTRAJUDICIAL	
CONCILIAR	3
NO CONCILIAR	30
JUDICIAL	
CONCILIAR	0
NO CONCILIAR	70
TOTAL GENERAL	112

Conforme con lo reportado en precedencia, se observa que desde la Oficina Jurídica se adelantan acciones en el marco de los Planes Institucionales, estrategias y misionalidad de la Entidad, que apuntan al cumplimiento de los objetivos específicos de la Gestión Jurídica.

2.7.4 Contestación de derechos de petición:

La Oficina Jurídica recepta derechos de petición, requerimientos y/o solicitudes a través de dos canales, esto es, Aplicativo de correspondencia y Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas-Bogotá Te Escucha; la Oficina, una vez recibe la petición, realiza todos los trámites pertinentes para brindar respuesta de manera oportuna y de fondo conforme los términos establecidos por la Ley.

En la vigencia 2025, por medio del el aplicativo AGILSALUD, se evidenciaron un total de 3223 peticiones allegadas. s importante mencionar que dentro de las peticiones que recibe y tramita la Oficina Jurídica se encuentran los requerimientos de Entes de Control, Órganos de Control Político y judicial. Para la vigencia 2025 se atendieron 546 requerimientos de este tipo bajo criterios de oportunidad, claridad y competencia.

2.7.5 Evaluaciones Procesos Precontractuales:

La oficina Jurídica de la E.S.E, se encarga de realizar las evaluaciones jurídicas de los procesos contractuales de la entidad, entendidas estas como la verificación de los requisitos habilitantes que son aquellos que se definen como aquellas exigencias de participación en los procedimientos de selección, establecidas en disposiciones normativas, de carácter legal o reglamentario, o contenidas en el acto administrativo que regula las reglas de la convocatoria –es decir, en el pliego de condiciones o el documento equivalente a este como lo es el estudio previo.

Los requisitos habilitantes miden la aptitud del proponente para participar en el Proceso de Contratación y eventualmente asumir la ejecución del contrato, por lo que están referidos a su capacidad jurídica, financiera, organizacional y experiencia y, en tal medida, el proponente es quien debe presentar los documentos necesarios para acreditarlos.

Así las cosas, la Oficina Jurídica designó un evaluador jurídico a fin de agotar las circunstancias descritas anteriormente, quien lleva a cabo el estudio de cada uno de los procesos contractuales de la entidad.

2.8 PRINCIPALES LOGROS

La Oficina se trazó como logro generar al interior de la Entidad, línea jurídica respecto de todas sus actuaciones enmarcadas en su misionalidad y objetivos estratégicos, con la finalidad de que todas sus actividades giren armónicamente y con coherencia dentro de la normatividad vigente y aplicable y dar respuesta a sus clientes, se participó activamente en las acciones realizadas para la Actualización del mapa estratégico, y luego de concluir la aplicación de herramientas, encuestas y cuestionarios se concluyó la necesidad de convertirse en un proceso de apoyo.

- Se realizó seguimiento al cumplimiento de actividades establecidas en la Política de Prevención de Daño Antijurídico como herramienta preventiva poderosa para evitar litigios judiciales que puedan afectar los intereses de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.
- Se fortaleció el ejercicio de defensa jurídica, judicial y extrajudicial de la entidad, con el objeto de identificar las estrategias necesarias tendientes a minimizar el daño ocasionado por las posibles condenas y propender por la recuperación del patrimonio de la Entidad.
- Se generó una cultura dinámica y proactiva de la prevención del daño antijurídico, mediante acciones concretas que mejoren los procedimientos internos y que redunden en la reducción de demandas a mediano plazo y en la minimización de los costos que implica enfrentar procesos judiciales, protegiendo así el patrimonio de la Entidad.
- Se gestionó el pago de sentencias judiciales de acuerdo al presupuesto y flujo de caja de la Subred, realizando mesas de concertación con los demandantes con la finalidad de realizar condonaciones y ahorro de intereses.
- Se logró dar contestación de fondo y oportunamente a los derechos de petición, requerimientos y/o solicitudes allegadas a la Entidad, por la ciudadanía, Entes de Control y Órganos de Control Político; así como, a las acciones constitucionales remitidas por los diferentes Despachos Judiciales.
- Se adelantaron los procesos disciplinarios en etapa de juzgamiento gestionando la recolección probatoria requerida, emitiendo autos y fallos en primera instancia, dentro de los términos que la norma establece.

3 GESTIÓN PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

3.1 GESTIÓN SERVICIO AL CIUDADANO

3.1.1 Estrategia Información en Salas de Espera y Filtro en Fila (priorizaciones pacientes)

El grupo de auxiliares de servicio al ciudadano, se encargan de realizar actividades relacionadas con la orientación, información y educación en salas de espera, así como la realización del filtro en fila. Este equipo se encarga de sensibilizar al

paciente y su familia en temas asociados a la socialización de los derechos y deberes de los usuarios, mecanismos de escucha, figura defensora del usuario, portafolio de servicios, enfoque diferencial, mecanismos de asignación de citas, ruta de emergencia, lavado de manos, segregación de residuos, uso adecuado de tapabocas, entre otros temas que se encuentran documentados en el instructivo de charlas en salas de espera. Es de mencionar que durante la Vigencia 2025 se abordaron un total de usuarios en consulta externa de 2.079.738, en urgencias 213.662 y en hospitalización 53.836 para un total de 2.347.236 socializaciones.

Durante el proceso de filtro en fila que realizan los auxiliares de servicio al ciudadano se aplica la estrategia de estrellas luminosas mediante la cual se prioriza la población. Para esta vigencia se tienen los siguientes resultados:

ESTRELLA	VIGENCIA 2025
Estrella Verde: Población gestante:	40.259
Estrella Roja: Población con discapacidad	69.088
Estrella Azul: Población adulto mayor	186.817
Estrella Amarilla: Población niños (a) menores de cinco años	63.147
Sticker Naranja: Riesgo de caída	366.904

Tabla 1. Informe Estrellas Luminosas 2025. Fuente: Propia

3.1.2 Orientaciones y Direccionamientos Trabajo Social

Se cuenta con un equipo de Trabajo Social, que se encarga de realizar orientación y escucha desde la praxis profesional, abordando los diferentes casos, reportes y

activación de rutas de acuerdo a cada situación que se presenta. como: Reportes a comisaria de familia, ICBF, Fiscalía, trámites como cedulaación, identificación de plena identidad, acompañamiento a duelo entre otros. Es de mencionar que durante la vigencia 2025, las intervenciones de trabajo social asociadas a Información y orientación se dieron a 244.364 usuarios o familias. Se realizaron 3655 notificaciones o tramites. Asimismo, se identificaron 265.053 necesidades y expectativas en los pacientes.

Frente a la socialización de derechos y deberes, para el año 2025, Trabajo Social socializo a 65.933 usuarios y sus familias.

3.1.3 Afiliaciones a Pacientes con Barreras en su Aseguramiento

Trabajo Social dentro de su quehacer realiza afiliaciones de oficio en SAT a los pacientes con alguna barrera administrativa o sin aseguramiento, así como brinda la orientación respectiva y define los casos que se tienen en la Subred como casos sin aseguramiento. Para la vigencia 2025, Trabajo Social definió 30.250 casos de aseguramiento y realizo 13.083 afiliaciones en SAT, lo que representa un 0,53% sobre 1047549 pacientes atendidos en el periodo.

3.1.4 Derechos y Deberes

El despliegue de los derechos y deberes en la institución se realiza en todos los servicios, a través de las siguientes acciones:

PARA USUARIOS

- Piezas comunicativas como folletos, pendones y acrílicos con la declaración de derechos y deberes por Subred.
- Estrategia de charlas en salas de espera para educar al usuario. Para el 2025 Se actualiza Instructivo 03-01-IN-0005 V13, Se incluye estrategias lúdico pedagógica de apoyo para las charlas y se actualiza contenidos y piezas comunicativas de temas de charlas.
- Estrategias de socialización lúdicas: *“Creciendo en derechos y deberes”* (lámina para colorear), cuyo objetivo está orientado a que los niños y niñas

usuarios de los servicios de salud conozcan, comprendan e interioricen sus derechos y deberes, mediante una actividad lúdica que favorece el aprendizaje significativo y promueve valores como el respeto, el autocuidado y la convivencia.

- Estrategias de socialización lúdicas: *“Aprendiendo en derechos y deberes”*, cuyo objetivo es fortalecer la recordación de los derechos y deberes mediante actividades lúdicas como crucigramas y sopas de letras alusivas a la temática. Para el año 2025, se realiza la actualización del diseño de estas piezas, con el fin de mejorar la accesibilidad, comprensión y claridad de la información para la ciudadanía.
- Traducción de los Deberes y Derechos a Nam Trik, lengua del pueblo indígena Misak Misak.
- Desde el programa de Ruta de salud se realiza socialización de Deberes y Derechos a usuarios y acompañantes durante su traslado.
- Semana de Derechos y Deberes implementada desde el año 2022
- Videos en sala de espera con Lengua de Señas
- Cartilla en sistema Braille
- Recordación de derechos y deberes a través de las encuestas de satisfacción
- Socialización a través de grupos de pacientes
- Recordación en Taller Pedagógico

PARA COLABORADORES

- Estrategias lúdicas mensuales que fomenten el aprendizaje sobre derechos y deberes.
- Entrega de piezas comunicativas
- Estrategia hechos para tus derechos y deberes, la cual consiste que todo el personal socialice desde un hecho un deber y un derecho.
- Semana de Deberes y Derechos
- Código QR para fácil acceso a la información de DYD
- Para el 2025, se retoma el reconocimiento a colaboradores que demuestren un compromiso excepcional con la atención centrada en el usuario a través de la divulgación de derechos y deberes.
- Socialización servicios tercerizados.

- Encuestas de medición mensual para evaluar la apropiación del conocimiento sobre derechos y deberes



Imagen 1. Folletos derechos y deberes

Como resultado de las estrategias implementadas, se presentan los resultados de socializaciones para la vigencia 2025: Cliente Externo 328.980. Estrategias lúdicas 7917. Cliente Interno 14.881.

Respecto del Porcentaje de apropiación de derechos y deberes de los usuarios por parte de los colaboradores para la vigencia 2025, 1212 colaboradores fueron encuestados de los cuales 1196 manifestaron conocer los derechos y deberes de los usuarios; se continua con la aplicación de la encuesta en Almera, se tiene en cuenta los resultados de la pregunta "La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E cuenta con una declaración de derechos y deberes con 15 derechos y 10 deberes." con un resultado del 98,4% para el I Semestre y un 99% para el II Semestre.

Con relación al Porcentaje de recordación de derechos y deberes de los usuarios de la Subred Sur Occidente E.S.E, durante la vigencia 2025, se realiza la medición a través de la encuesta Distrito. Se aplicaron 26.123 encuestas para medir la recordación de los derechos y deberes de los usuarios, de los cuales 88% (n=22.923) recordaron sus derechos y 87% (n=22.763) recordaron sus deberes, logrando una recordación del 87% en promedio. Este resultado refleja cumplimiento frente a la meta institucional que corresponde al 80%.

3.1.5 Actividades con Cliente Interno

Desde el eje de acreditación "Atención centrada en el usuario y su familia" se desarrollan mensualmente diferentes actividades lúdicas que se desarrollan con

Colaboradores con el objetivo de recordar derechos y deberes. Para la vigencia 2025, se desarrollaron las siguientes actividades con un total de participación de 3240 colaboradores.

Tabla 2. Resultados actividades pedagógicas socialización derechos y deberes con colaboradores

Mes	Actividad	Total participantes
Enero	Reyes Magos	280 colaboradores
Febrero	San Valentín	390 colaboradores
Marzo	Ideas de Derechos y Deberes	305 colaboradores
Abril	Ayuda al astronauta a encontrar su nave	309 colaboradores
Mayo	Los tarros de derechos y deberes	212 colaboradores
Junio	Vacaciones con los Derechos y Deberes	340 colaboradores
Julio	Medición socialización derechos y deberes con profesionales.	80 profesionales
Septiembre	“Quién quiere ser millonario Conozco mis Derechos y Deberes “.	380 colaboradores
Octubre	Halloween Derechos y Deberes.	390 colaboradores
Noviembre	Se realiza reconocimiento a profesionales que se destacaron en la socialización de derechos y deberes, se entrega Diploma de reconocimiento.	82 colaboradores
Diciembre	Navidad con Derechos y Deberes	472 colaboradores

3.1.6 Socializaciones y Actividades Servicios Tercerizados

Para la Vigencia 2025, Se programa socialización y capacitación frente al Manual de Información y Servicio al Ciudadano 03-01-MA-0001 dirigido al personal de Vigilancia, Servicios Generales y Lavandería de la Subred Sur Occidente.

Con el fin de medir la apropiación de información brindada, se realiza un proceso de evaluación a través de la aplicación de Almera con un pre-test para evidenciar conocimientos previos del personal y posterior a la capacitación se realiza la aplicación de

pos-test para garantizar la adherencia del conocimiento impartido en la jornada de formación.

De acuerdo a los resultados de los test se evidencia que los conocimientos previos del personal son del 67,72% y una vez realizada la capacitación el nivel de adherencia incremento al 91% por lo tanto las jornadas garantizan aclarar dudas y reforzar criterios para la prestación del servicio.

3.2 EJE DE ACREDITACION – ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA

3.2.1 Semana de Derechos y Deberes

Del 5 al 12 de noviembre de 2025, la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano desarrolló en las sedes asistenciales y administrativas la Semana de los Derechos y Deberes, una iniciativa que, bajo la temática de superhéroes, promovió entre usuarios y colaboradores la importancia de reconocer, respetar y ejercer sus derechos y deberes.

Durante esta jornada se realizaron diversas actividades pedagógicas, lúdicas y de sensibilización, orientadas a fortalecer la recordación y apropiación de los derechos y deberes por parte de la comunidad usuaria.

A través de las acciones desarrolladas durante la Semana de los Derechos y Deberes, la Subred reafirmó su compromiso con la Atención Centrada en la Persona, el trato digno y la mejora continua de la calidad de los servicios, fortaleciendo el vínculo de confianza entre la institución y la comunidad.

Estas actividades contaron con la participación activa de 326 colaboradores, quienes contribuyeron al cumplimiento de los objetivos propuestos y al fortalecimiento de una cultura institucional.



Imagen 1 y 2. Semana derechos y deberes

3.2.2 Tren de Acreditación

Como parte de las acciones orientadas al fortalecimiento institucional, la Subred Sur Occidente puso en marcha la estrategia “Tren de la Acreditación”, cuyo propósito fue fortalecer el conocimiento del talento humano frente al Sistema Único de Acreditación en Salud.

El Eje de Atención Centrada en el usuario y su familia participo en la estrategia, la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, junto con sus equipos, asumimos un rol en la apropiación de la metodología y los indicadores de Satisfacción y PQR asociados a cada unidad, fortaleciendo así las bases para la ejecución de la estrategia y promoviendo una cultura de calidad, reforzando los conocimientos de los estándares de acreditación.

Como resultado, la estrategia logró la participación de 990 colaboradores, poniendo en evidencia el compromiso institucional, la disposición al aprendizaje y orientación hacia la mejora continua.



Imagen 3. Evidencia Participación Tren Acreditación

3.3 SATISFACCIÓN USUARIOS

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, aplica la encuesta de satisfacción Modelo Distrito, que se aplica en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias, es aplicada por los auxiliares de servicio al ciudadano y abarca diferentes atributos de calidad relacionados con la accesibilidad, oportunidad, humanización, seguridad, derechos y deberes, satisfacción global y experiencia del servicio.

En cuanto a la satisfacción global, qué responde a la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia con relación a los servicios de salud que ha recibido a través de los centros de atención de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente? Para la vigencia 2025 en la Subred Sur Occidente se aplicaron un total de 26.123 encuestas en las diferentes unidades de servicios de salud de la Subred, donde 25.597 manifestaron estar satisfechos con el servicio recibido, obteniendo un 98% de satisfacción. Quedando registrada por encima de la meta institucional.

Es de mencionar que se diseñaron planes de mejora con los principales hallazgos identificados como resultado de la satisfacción y de las manifestaciones ciudadanas, el cual fue trabajado durante la vigencia 2025, entre las acciones desarrolladas se encontraron:

- Monitoreo del indicador de oportunidad de los servicios
- Educación y sensibilización a los usuarios sobre temas de importancia para el acceso a servicios.
- Fortalecimiento del despliegue de los derechos y deberes con usuarios.

Proporción de la satisfacción Global del usuario por los servicios de salud prestados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE,

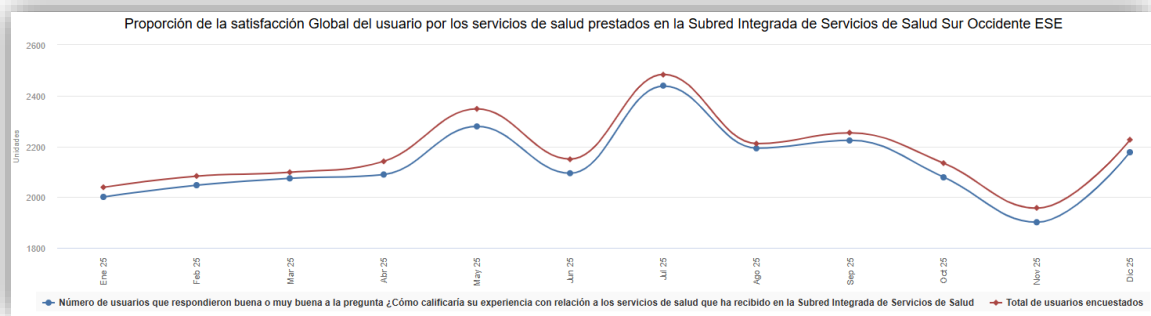


Gráfico 1. Resultados medición proporción Satisfacción Global 2025 Fuente: Almera

El informe Trimestral de Satisfacción del Usuario se encuentra publicado en la página web de la Subred en el siguiente link:

<https://subredsuroccidente.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/encuesta-de-satisfaccion-del-usuario/>

3.3.1 Teleauditoria de Satisfacción de Usuarios

Dentro del proceso de Satisfacción del Usuario, establecemos una muestra para realizar teleauditoria a fin de medir la Verificación de la aplicación de la encuesta: Para la vigencia 2025, se realizaron un promedio de 93 llamadas por mes. Para la pregunta, ¿Le aplicaron una encuesta de satisfacción durante la atención? Generando como resultado el 52,68% respondieron SI a la pregunta.

3.4 DEFENSOR DEL CIUDADANO

Desde Servicio al Ciudadano se mide la promoción de la figura del defensor del ciudadano en los colaboradores a través de una encuesta. Para la vigencia 2025

tuvimos la medición con 1095 colaboradores. Registrando los resultados quedan de la siguiente manera:

1064 colaboradores responden "Verdadero" a la pregunta 6 ¿La Subred Sur Occidente cuenta con la figura de defensor del ciudadano y su representante es? generando como resultado el 97,2% de apropiación.

De igual manera, se realiza promoción de la figura del defensor del ciudadano a través de piezas comunicativas que se publican en las diferentes sedes y pagina web (2 medios de comunicación).

Semestralmente se elabora el informe del Defensor del Ciudadano, en el cual se presentan los avances relacionados con el cumplimiento de cada una de sus funciones. Este informe se encuentra publicado para consulta pública en el siguiente enlace:

<https://subredsuoccidente.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/pqrsd/>

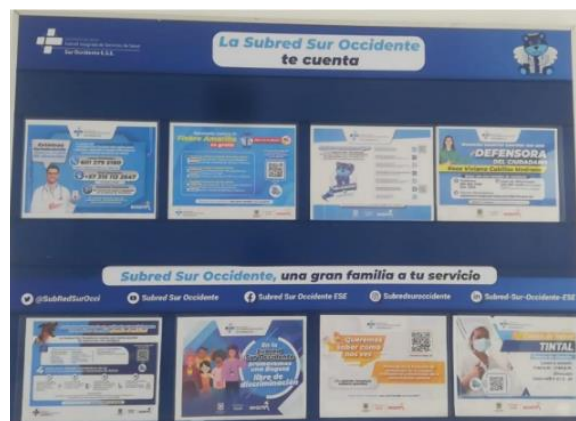
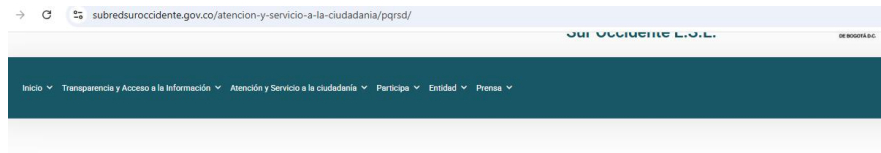


Imagen 4. Evidencia cartelera publicación Defensor del Ciudadano. Fuente: Sede Tintal



3.1 Mecanismo de presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos



Imagen 5. Evidencia publicación Pagina Web Defensor del Ciudadano. Fuente: Pagina Web Subred Sur Occidente

3.5 POLITICA PUBLICA DE SERVICIO A LA CIUDADANIA

Desde el Subproceso de Servicio al Ciudadano se da cumplimiento a las acciones orientadas a la implementación de la Política Pública de Servicio al Ciudadano. Para tal efecto, se elabora un Plan de Acción Anual que contempla 235 actividades programadas, alineadas con las cuatro líneas de acción de la Política. Es importante destacar que dicho Plan es aprobado por la Secretaría Distrital de Salud.

Durante el primer semestre de 2025 se realizaron dos reuniones de articulación con la Dirección de Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud, en las cuales se revisaron las actividades planeadas y se avalaron los informes remitidos por el proceso de Servicio al Ciudadano de la Subred Sur Occidente, los días 31 de marzo y 29 de mayo de 2025. En el segundo semestre de 2025 se llevaron a cabo tres reuniones de articulación con la misma Dirección, los días 29 de julio, 18 de septiembre y 17 de diciembre de 2025, en las que se efectuó seguimiento a las actividades programadas y se avalaron los informes presentados.

A continuación, se describe ejecución trimestral del Plan de Acción:

I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre
58 actividades	63 actividades	72 actividades	42 actividades
Cumplimiento del 100%			

Tabla 3. Ejecución trimestral Plan de Acción. Fuente: Propia.

3.5.1 Abandonos y Largas Estancias

Para la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. avanzó de manera significativa en la activación de redes de apoyo orientadas a la atención de la población adulta mayor en situación de abandono social. Este esfuerzo se desarrolló con el propósito de promover la reintegración de estas personas, ya sea a sus núcleos familiares o a comunidades de cuidado, mediante procesos de articulación interinstitucional con la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud, en el marco del proyecto socio-sanitario, entidades responsables de garantizar el bienestar integral de los adultos mayores en condición de vulnerabilidad.

Se resalta la adecuada articulación interinstitucional con las Secretarías de Salud e Integración Social, lo cual permitió la apertura y consolidación de nuevas modalidades de atención y proyectos dirigidos a pacientes en condición de abandono social y vulneración psicosocial. La implementación del proyecto socio-sanitario constituye una alianza estratégica que ha contribuido de manera significativa a la descongestión de los servicios de salud de la Subred Sur Occidente, optimizando la gestión de los casos y fortaleciendo la respuesta institucional.

Asimismo, es importante destacar el manejo técnico y oportuno de los casos por parte de las profesionales de Trabajo Social, así como el acompañamiento permanente de las líderes del proceso administrativo. Esta articulación efectiva ha permitido lograr avances significativos en la gestión de los casos durante la vigencia 2025.

En cuanto a los resultados, para el año 2025 se inició con un total de 8 pacientes en condición de abandono social. Durante la vigencia ingresaron 31 usuarios nuevos, para un total de 39 pacientes atendidos. El equipo de Trabajo Social realizó gestión pertinente con el 100 % de los casos. Con corte al 31 de diciembre de 2025, se logró la ubicación de 36 usuarios, alcanzando un cumplimiento del indicador del 92,3 %, tal como se presenta a continuación.

% UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR		
INICIO PERIODO 2025	8	92.3%.
INGRESOS NUEVOS DURANTE 2025	31	
TOTAL, PACIENTES EN CONDICION ABANDONO 2025	39	
TOTAL, EGRESOS 2025	36	
ACTIVOS CORTE 31 DE DICIEMBRE 2025	3	

Tabla 4. Consolidado casos abandono social vigencia 2025. Fuente: Propia

3.6 GESTIÓN PQRS VIGENCIA 2025

En cumplimiento del procedimiento de gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Consultas (PQRS), la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano presenta las acciones realizadas durante la vigencia 2025.

3.6.1 Gestión Documental

DOCUMENTOS GENERADOS VIGENCIA 2025

- Resolución N. 2025-000935 Por la cual se reglamenta el trámite interno de las PQRSDF ante la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.
- NOTA INTERNA N. SSO-2025-250-000465-3 del 31 de enero de 2.025 Asunto: Contestación requerimientos Ciudadanos.
- NOTA INTERNA N. SSO-2025-250-003809-3 del 20 de junio 2025 Asunto: Cumplimiento del Protocolo de investigación y respuesta a PQRS.
- NOTA INTERNA N. SSO-2025-250-005750-3 del 16 de octubre 2025 Asunto: Socialización Instructivo Apertura de Buzones de Comentarios 03-01-IN-0009.

DOCUMENTOS ACTUALIZADOS VIGENCIA 2025

- Procedimiento 03-01-PR-0001: Recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos - Actualizado el 14 de octubre de 2025. Versión 16

3.6.2 Capacitaciones Realizadas del Procedimiento Recepción, Trámite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos y Protocolo De Gestión y Respuesta a PQRS.

Se realizaron capacitaciones con el objetivo de socializar a los líderes, jefes de oficina y responsables de emitir las respuestas a los ciudadanos de las peticiones que llegan a al Subred y que cumplan con los atributos de calidad, de forma virtual por la plataforma Teams, a saber:

- 12 de junio de 2025 a nivel general dirigida a los líderes, directores y responsables de emitir respuestas a PQRS.
- 30 de octubre de 2025 dirigida a los Colaboradores y/o funcionarios asignados a la Dirección Ambulatoria responsables de emitir respuestas a PQRS.
- 11 de noviembre de 2025 dirigida a los Colaboradores y/o funcionarios asignados a la Dirección de Complementarios y los Subprocesos que la conforman responsables de emitir respuestas a PQRS.
- 20 de noviembre de 2025 dirigida a los Colaboradores y/o funcionarios asignados a la Dirección de Urgencias responsables de emitir respuestas a PQRS.
- 27 de noviembre de 2025 dirigida a los Colaboradores y/o funcionarios de las oficinas administrativas y las áreas que las conforman responsables de emitir respuestas a PQRS.
- Igualmente, se participan en las diferentes mesas establecidas y se socializa de forma mensual o trimestral según aplique el comportamiento de las PQRSF identificando su tipología, sede y servicio afectado y la causa y/o motivo de las PQRS.

3.6.3 Planes de Mejora con relación a PQRS

Se abordaron cuatro oportunidades de mejora con las acciones que a continuación se describen:

- Se actualizo en la página web, sección PQRS y dejando un mensaje con número de WhatsApp del Defensor del Ciudadano a fin de que los usuarios puedan conocer estado de su solicitud.
- Se actualizo el Procedimiento Recepción, trámite y respuesta a requerimientos ciudadanos 03-01-PR-0001 a la versión 15 del 15 de octubre de 2025.
- Se realizó campaña por redes sociales y demás medios para que los usuarios dejen correo electrónico en las peticiones radicadas por el Buzón de Sugerencias.
- Se incluyó desde el mes de octubre a las respuestas a peticionarios un QR que evalúa los atributos de la respuesta de su petición, con el objetivo de revisar los resultados para implementar acciones de mejora.
- Se ha realizado socializaciones en la página web y en redes sociales para que solo usuarios conozcan que pueden realizar esa evaluación de la repuestas desde el QR.
- Se realizó el informe trimestral de gestión de PQRSF con el objetivo de determinar las principales causas de PQRS con el objetivo de socializarlos con los servicios afectados, para implementar acciones de mejora que disminuyan su recurrencia.
- Se socializa el informe PQRS de forma mensual a líder de la Unidad de Floralia, con el fin de verificar causas e implementar acciones de mejor que conlleven a la disminución de PQRS.
- Se participa de la mesa de humanización de forma trimestral para identificar quejas en relación a trato deshumanizado y toma de decisiones.
- Se revisan de forma quincenal, las peticiones marcadas como Consulta con el objetivo de analizar su contenido y confirmar dicha tipología.

3.6.4 Otras Acciones Realizadas:

- Las respuestas de tipología Quejas son respondidas directamente por los profesionales de PQRS, teniendo en cuenta su complejidad y logrando de esa manera realizar un análisis de cada una de ellas y dando una respuesta que cumpla con los criterios de calidad y oportunidad.
- Se realizan constantes capacitaciones al equipo de trabajo para el fortalecimiento de competencias en el desarrollo de las actividades por parte de la Alcaldía y la Veeduría Distrital.

- Acompañamiento y seguimiento a líderes y/o responsables de gestión de respuestas con el objetivo de verificar el cumplimiento de atributos en las respuestas.
- Auditorías mensuales al Subproceso por parte de Revisoría fiscal.
- Satisfacción del 90% frente a claridad, oportunidad y satisfacción evidenciado en los resultados de la teleauditoria 2025.

3.6.5 Resultados Vigencia 2025

Para la vigencia 2025, se recibieron 16.973 requerimientos ciudadanos se dio gestión al 100% y respuesta de acuerdo a la normatividad vigente.

De acuerdo con la tipología encontramos con mayor porcentaje los Derechos de petición de interés particular con 43.7% (n=7.409), en segundo lugar, están los Reclamos con 24% (n=4.070), en tercer lugar, con 11.9% (n=2.022) están Otros que incluyen las Sugerencias (155) y Felicitaciones (1.867). Las quejas se ubican en cuarto lugar con 11.5% (n=1.956) requerimientos recibidos, y Derechos de petición de interés General con el 7.7% (n=1.310).

Con valores inferiores al 1% se encuentran la expedición de copias con 133 (0.8%), las Consultas con 38 registros y los Derechos de petición de información con 35 representando el 0.2% respectivamente.

Con lo anterior, y con el seguimiento a las actividades del procedimiento, capacitaciones y acompañamiento a responsables de emitir respuestas se ha logrado cumplir con respuestas a peticionarios cumpliendo los atributos de calidad, y teniendo una oportunidad de respuesta en promedio de 9 días.

3.7 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En el marco de la implementación Política Pública de Participación Social en Salud (PPPSS), la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. tiene a su cargo la asistencia técnica a los Espacios e Instancias de Participación Social en Salud, por medio de la cual se promueve y garantiza la participación ciudadana en la entidad, a través de la cualificación de los miembros de las Asociaciones de Usuarios, de los Comités de

Participación Comunitaria en Salud - COPACOS, de las Juntas Asesoras Comunitarias, Veedurías Ciudadanas en Salud y del Comité de Ética Hospitalaria, los cuales se describen a continuación:

3.7.1 Asociaciones de Usuarios:

Se cuenta con siete (7) Asociaciones de Usuarios constituidas y operando con planes de acción que dan cumplimiento a los objetivos establecidos en la norma que las rige Decreto 1757 de 1994 y Resolución 2063 de 2017, las cuales se encuentran distribuidas por cada una de las unidades de servicios de salud de la entidad (Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda).

A diciembre de 2025, se tiene un base social de 172 integrantes, distribuidos de la siguiente manera:

No.	Nombre de la asociación de usuarios	Localidad	No. de integrantes
1	Asociación de Usuarios del Hospital Occidente de Kennedy	Kennedy	34
2	Asociación Nacional de Usuarios Hospital Occidente de Kennedy ASUKEN	Kennedy	27
3	Asociación de Usuarios ASOSUR	Kennedy	28
4	Asociación de Usuarios Fontibón ASOUHFO	Fontibón	20
5	ASOARANDA	Puente Aranda	7
6	Asociación de Usuarios Bosa	Bosa	23
7	Asociación de Usuarios Pablo VI	Bosa	33
TOTAL			172

Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

3.7.2 Comités de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS:

Se cuenta con un COPACOS en cada una de las localidades de influencia de la Subred (Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda). A partir de ello, la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano tiene el rol de asistir técnicamente a este espacio, el

cual es presidido por el alcalde local o su delegado contando con la participación de los delegados/as de las organizaciones sociales reconocidas en el territorio.

A diciembre de 2025, se tiene un base social de 96 delegados/as, los cuales se distribuyen de la siguiente forma:

No.	Nombre del COPACOS	Localidad	No. de integrantes
1	COPACOS Puente Aranda	Puente Aranda	17
2	COPACOS Kennedy	Kennedy	32
3	COPACOS Bosa	Bosa	27
4	COPACOS Fontibón	Fontibón	20
TOTAL			96

Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

3.7.3 Juntas Asesoras Comunitarias (JAC):

Es una instancia de participación social en salud creada a raíz del Decreto 475 de 2016 y Acuerdo 641 de 2016. Cuentan con la participación de dos (2) delegados de las Asociaciones de Usuarios, dos (2) delegados de los COPACOS, dos (2) delegados de las entidades prestadoras de salud (EPS) con mayor influencia en el territorio y un (1) delegado de la Alcaldía Local. Es presidida por un secretario técnico delegado de la gerencia de la entidad. A partir de los anterior, tienen como fin último dar a conocer al líder las fortalezas y oportunidades de mejora durante la prestación del servicio teniendo incidencia en la toma de decisiones. Actualmente se cuenta con cuatro (4) JAC distribuidas en cada una de las localidades de influencia de la entidad.

3.7.4 Veedurías Ciudadanas en Salud:

De acuerdo a la [Ley 850 de 2003](#) en Colombia se reglamenta las veedurías ciudadanas, definiéndolas como una forma y mecanismo democráticos de representación que permiten a toda la ciudadanía y organizaciones hacer control y vigilar la gestión pública, incluyendo toda contratación y el uso de los diferentes recursos públicos.

Durante la vigencia 2025, la Subred Sur Occidente conto con cinco Veedurías activas:

Nº	Nombre de la Veeduría	Nº de integrantes
1	Veeduría obra Hospital Occidente de Kennedy	5
2	Veeduría Centro de Salud 29 de Kennedy	8
3	Veeduría Ciudadana al Contrato Contact Center	6
4	Veeduría al convenio Ruta de la Salud	6
5	Veeduría amigos defensores de la Salud PSPIC	27
TOTAL		52

Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.

A diciembre de 2025, se realizaron un total de 47 asistencias técnicas, las cuales componente socialización de los contratos/convenios, reuniones de seguimiento y elaboración de informes.

3.7.5 Comité de Ética Hospitalaria y Bioética:

El Comité tiene un enfoque bioeticista y atiende las solicitudes de concepto presentadas por el área asistencial de la Subred, con el propósito de orientar y resolver dilemas éticos en la prestación de los servicios de salud. Está conformado por dos (2) delegados del equipo asistencial (medicina y enfermería y sus suplentes), un (1) delegado de la Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud, dos (2) delegados de las asociaciones de usuarios, (2) delegados de los COPACOS, un (1) delegado de la gerencia; y la secretaría técnica es ejercida por la Oficina de Participación Comunitaria. A diciembre de 2025, se desarrollaron un total de 27 reuniones.

Para la vigencia 2025 se formuló y ejecutó el Plan de Acción para la implementación de la PPPSS, compuesto por 64 actividades, alcanzando un cumplimiento del 100 %. A continuación, se presentan los resultados de avance por trimestre:

Trimestre	No. de actividades programadas	No. de actividades ejecutadas	% de cumplimiento
I	11	11	18%
II	16	16	25%
III	18	18	28%

IV	19	19	29%
TOTAL	64	64	100%

Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

De igual forma, a corte de diciembre de 2025, se reportó un incremento en la base social de **24** integrantes nuevos a los Espacios e Instancias de Participación Social en Salud (Asociaciones de Usuarios y COPACOS).

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano participó en un total de **337** reuniones, en donde brindó asistencia técnica a los Espacios e Instancias de Participación Social en Salud. Asimismo, asistió y participó en un total de **68** mesas locales MAS Bienestar en las cuales se definieron acciones territoriales orientadas a la implementación del Modelo de Atención en Salud.

3.7.6 Diálogos Ciudadanos:

Durante la vigencia 2025, y en cumplimiento de los lineamientos de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Veeduría Distrital, en el marco de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, se planearon, ejecutaron y evaluaron cuatro (4) Diálogos Ciudadanos desarrollados en los meses de marzo, junio, septiembre y noviembre. Estos espacios contaron con la participación de **251** personas, en los que se abordaron temas de interés relacionados con la rendición de cuentas, el modelo de salud MAS Bienestar, transparencia y ética pública, acreditación, prestación de servicios, trámites y servicios, estrategias de comunicación y control social.

Por otro lado, la lectura de necesidades y expectativas por parte de la Subred ha sido un logro importante y de reconocimiento por parte de la ciudadanía. Dicho ejercicio se desarrolla a través de la estrategia “Cuéntanos Grupo focal” la cual tiene como objetivo determinar las necesidades y expectativas de los usuarios frente al acceso y prestación de los servicios de salud de la entidad, con el propósito de crear espacios de participación con los usuarios y con los Espacios e Instancias de Participación Social en Salud de la Subred Sur Occidente, conocer la percepción de los usuarios frente al acceso y prestación de los servicios de salud, involucrar a los usuarios en la construcción de propuestas y/o

alternativas de solución a las necesidades identificadas y priorizar las necesidades de acuerdo a los criterios que consideren se estén vulnerando durante el ciclo de atención.

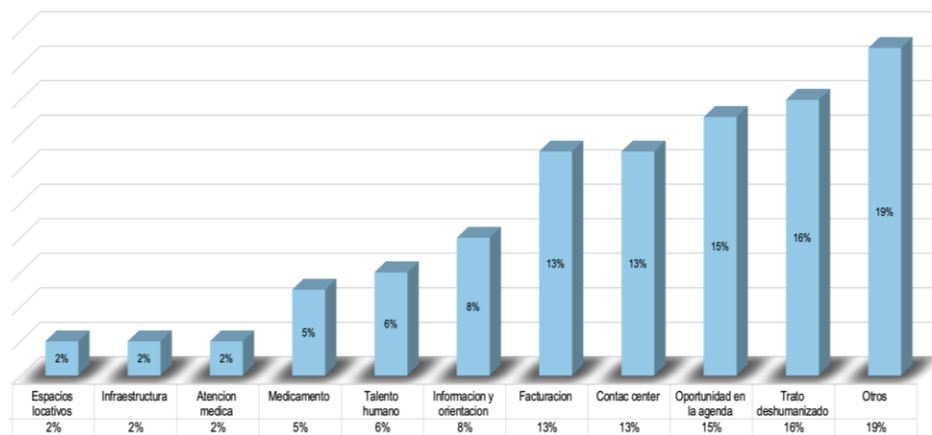
En la vigencia 2025 se realizaron 15 grupos focales, en los cuales se contó con la participación de 192 ciudadanos, distribuidos de la siguiente manera:

Tipo de grupo focal	N° de participantes
Usuarios de los servicios	163
Espacios e Instancias de Participación Social en Salud	18
Población Diferencial*	11
TOTAL	192

*Pueblo indígena Muisca de Bosa y la comunidad afrodescendiente.

Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.

A partir de ello, se evidenciaron las siguientes necesidades en el marco de la implementación de los grupos focales y las cuales fueron priorizadas en la matriz de mejoramiento:



Grafica No. 1 Resultados generales

Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.

La categoría con mayor representatividad fue “Otro” (19 %), relacionada principalmente con dificultades en la entrega de medicamentos, limitada implementación del enfoque

diferencial y barreras geográficas por la falta de continuidad en convenios con la Ruta de la Salud. El 16 % de los participantes reportó trato deshumanizado durante la atención, especialmente por parte de personal de vigilancia, facturación, auxiliares y médicos. En cuanto a la asignación de citas, el 15 % señaló falta de disponibilidad en especialidades como cirugía vascular, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, urología, cardiología y neumología, particularmente en el Hospital de Kennedy, además de problemas en la gestión de agendas que afectan la oportunidad y calidad del servicio.

Este informe se consolida como un insumo técnico estratégico para la formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional, orientados a responder de manera efectiva a las necesidades manifestadas por la población usuaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

3.8 PRINCIPALES LOGROS

1. Servicio al Ciudadano:

- Fortalecimiento documental y normativo.
- Alto alcance de estrategias de información y priorización.
- Gestión integral de Trabajo Social.
- Fortalecimiento de estrategias de socialización de derechos y deberes.
- Seguimiento y control a través de Teleauditoria a la percepción del usuario y cultura de mejora.
- Consolidación del eje de acreditación y fortalecimiento institucional.
- Cumplimiento del 100% del plan de acción de la Política Pública de Servicio al Ciudadano, mejorando permanentemente el acceso a los servicios de los usuarios.

2. PQRS:

- Satisfacción del 90% frente a claridad oportunidad y satisfacción evidenciado los resultados de la tele auditoría 2025.
- Acompañamiento, seguimiento y capacitación a líderes y/o responsables de gestión de respuestas con el objetivo de verificar el cumplimiento de atributos en las respuestas.

3. Participación Comunitaria:

- Se logró la vinculación de veinticuatro (24) nuevos ciudadanos a los Espacios e Instancias de Participación Social en Salud, fortaleciendo las bases sociales y ampliando la representación comunitaria.
- Se desarrollaron cuatro (4) Diálogos Ciudadanos, en los cuales se abordaron temáticas de interés para la ciudadanía, usuarios y comunidad asistente, implementando una metodología tipo feria de servicios que facilitó el acceso a la información, la interacción institucional y el ejercicio participativo.

4 GESTIÓN DE COMUNICACIONES

El proceso de Gestión de Comunicaciones hace parte del macroproceso estratégico, que incluye los procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento, de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. cuenta con una Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC), encargada de implementar el proceso de Gestión de Comunicaciones. Dicho proceso se cataloga como estratégico y tiene por objetivo “Orientar, planear y evaluar la gestión de comunicaciones, desarrollando estrategias que garanticen que la información institucional sea oportuna, precisa, comprensible, completa y accesible para facilitar la relación con los diferentes públicos (interno y externos), en coherencia con la misión y visión institucional.

El proceso estratégico de Gestión de Comunicaciones cuenta con dos subprocesos: Comunicaciones Externas y Comunicaciones Internas. Asimismo, se dispone de un Manual de Comunicaciones (código 12-00-MA-0002) que establece las estrategias de comunicación a implementar en cada uno de los subprocesos, los canales de comunicación y los grupos de interés de la entidad.

4.1 SUBPROCESO: COMUNICACIÓN INTERNA

El subproceso de comunicación interna está orientado a brindar información y promover la cultura organizacional entre los funcionarios, el personal vinculado por orden de prestación de servicios, el personal en formación, los miembros de los sindicatos y los colaboradores de servicios tercerizados.

Para divulgar la información interna, la Subred Sur Occidente dispone de los siguientes canales de comunicación:

CANALES COMUNICACIÓN INTERNA	TIPO
Carteleras institucionales internas	Físicas
Correo interno para envío masivo de información: subredinforma@subredsuoccidente.gov.co	Virtual
Fondo de escritorio	Virtual
Intranet https://intranet.subredsuoccidente.gov.co/	Virtual
Comunidad Digital de WhatsApp: https://chat.whatsapp.com/lttQFykFBxy0LEEqY9at3a	Virtual
Reuniones por Teams	Virtual

Tabla 1 – Canales de comunicación interna Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

4.2 SUBPROCESO: COMUNICACIÓN EXTERNA

El subproceso de comunicación externa tiene como objetivo brindar información y promover la imagen institucional entre los usuarios y sus familias, así como entre la comunidad de influencia de la Subred (Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda). También se enfoca en las formas de participación comunitaria, como las Asociaciones de Usuarios, el Comité de Participación Comunitaria en Salud, la Junta Asesora Comunitaria, las Veedurías Ciudadanas, el Comité de Ética Hospitalaria, la Junta Directiva y los medios de comunicación comunitarios, locales, distritales y nacionales. Para divulgar la información externa, la Subred Sur Occidente cuenta con los siguientes canales de comunicación:

CANALES COMUNICACIÓN INTERNA	TIPO
Carteleras institucionales en salas de espera	Físicas

Página web https://subredsuroccidente.gov.co/	Virtual
Correo para envío masivo: subredinforma@subredsuroccidente.gov.co	Virtual
Pantallas en salas de espera de las sedes	Virtual y Físico
Redes sociales	Virtual

Tabla 2 – Canales de comunicación externos Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

4.3 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

En la Subred Sur Occidente se cuentan con quince (15) estrategias diseñadas, distribuidas en tres (3) categorías, para dar a conocer la gestión institucional a los grupos de interés internos y externos. A continuación, se especifican las características de dichas estrategias y su cumplimiento durante la vigencia de 2025.

4.3.1 Estrategias Informativas

Las estrategias informativas buscan dar a conocer la gestión institucional, servicios y programas de la Subred Sur Occidente al público interno y externo. Se centran en transmitir información objetiva y veraz, para evitar una comunicación informal que genere rumores, desinformación, desarticulación y problemas laborales, entre otros. Para la Subred Sur Occidente se definieron seis (6) estrategias informativas:

Estrategia	Propósito	Tipo de público	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2025	Observación
Surocsito Informa	Informativo para dar a conocer las noticias más importantes de la Subred Sur Occidente cada semana.	Interno	Estándares 70, 113 y 154	100%	Se realizaron 50 ediciones en el año.

La Subred en 1 minuto	Informativo en video sobre la gestión y noticias más relevantes de la Subred cada semana.	Interno y Externo	Estándares 70, 113, 154 y 159	100%	Se realizaron 50 ediciones en el año.
Feria de Servicios	Publicación digital que se envía por correo masivo a todos los colaboradores con la oferta de servicios y beneficios que otorga la entidad, sus aliados estratégicos y entidades del distrito para los colaboradores y su familia.	Interno	Estándares 113 y 154	113%	Se estableció meta de 45 ediciones en el año, y se realizaron 51 ediciones.
Boletín de la Mejora	Revista de digital con temas de avances del SUA en la entidad.	Interno y Externo	Estándares 75, 88, 103, 113, 120, 131, 141, 155 y 158	100%	Se realizaron 6 ediciones en el año.
Boletín Científico y de Investigación Somos Ciencia	Boletín digital sobre gestión de conocimiento y el desarrollo de investigaciones en temas de salud que realizan los grupos científicos de la Subred.	Interno y Externo	Estándares 113, 117, 118 y 119	100%	Se realizaron 4 ediciones en el año.
Boletín Sintonízate con la Subred Sur Occidente	Boletín digital sobre las noticias destacadas y gestión de la Subred Sur Occidente, avances en el	Interno y Externo	Estándares 75, 88, 103, 113, 120, 131, 141 y 155.	100%	Se realizaron 12 ediciones en el año.

	SUA (Sistema Único de Acreditación), SIG y demás programas. Hace parte de la estrategia distrital “Sintonízate”.				
--	--	--	--	--	--

Tabla 3 – Estrategias Informativas de la Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

4.3.2 Estrategia de Relacionamento Estratégico

Las estrategias de relacionamiento estratégicas están orientadas a establecer y mantener relaciones positivas con el público y otros grupos de interés internos y externo de la entidad. Se centran en construir confianza, credibilidad y sentido de pertenencia hacia la organización. En la Subred Sur Occidente se cuenta con cuatro (4) estrategias que permiten dar a conocer la gestión institucional en los grupos de interés interno.

Estrategia	Propósito	Tipo de público	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2025	Observación
Gerente en Casa	Visita de la Gerente a las sedes, programadas o no programadas, para conocer de cerca el funcionamiento de los servicios.	Interno	Estándar 70	100%	Se estableció meta de 12 encuentros en el año, y se realizaron 18 encuentros.
La Subred Se Conecta	Espacios informativos, de escucha y direccionamiento estratégico entre los líderes de área o procesos y sus equipos. Se realizan de manera autónoma y de acuerdo con las necesidades de cada proceso.	Interno	Estándares 113 y 154	100%	Se estableció meta de 24 encuentros en el año, y se realizaron 37 encuentros.

Encuentros de Aprendizaje Continúo	Espacio organizado por los líderes de servicios para socializar temas científicos y técnicos, conforme a cada disciplina.	Interno	Estándares 110 y 113	100%	Se estableció meta de 52 encuentros en el año, y se realizaron 185 encuentros.
Agentes PCI	El grupo de Agentes de Promoción de la Comunicación Institucional-PCI, permite fortalecer la comunicación interna y divulgar los temas relevantes a través de los líderes de procesos y sedes de la Subred.	Interno	Estándares 113 y 154	100%	Se realizaron 2 encuentros en el año.

Tabla 4 – Estrategias de Relacionamiento Estratégico de la Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

4.3.3 Estrategias de Comunicación para la Promoción Institucional y Sensibilización del Cuidado de la Salud

Las estrategias de promoción se enfocan en visibilizar la organización, sus programas o servicios desde la perspectiva de los usuarios, además, estas estrategias se enfocan en brindar recomendaciones y el desarrollo de campañas pedagógicas para el cuidado integral de la salud; favoreciendo la reputación e imagen institucional frente al público y/o clientes internos y externos. Para la Subred Sur Occidente se determinaron cinco (5) estrategias de este tipo.

Estrategia	Propósito	Tipo de público	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2025	Observación
------------	-----------	-----------------	--------------------------	-------------------	-------------

Historias de Bienestar	Es un contenido audiovisual testimonial que destaca los avances y logros en la atención en salud, mostrando de manera positiva la relación profesional de la salud-paciente.	Interno y Externo	Estándares 113 y 154	83%	Se estableció meta de 12 ediciones en el año, y se realizaron 10 ediciones. Esta fue una estrategia nueva en la vigencia y se está estabilizando.
Aprende con la Subred	Publicación digital que se envía por correo masivo a todos los colaboradores para que conozcan las campañas institucionales internas activas y/o vigentes. Además, cuenta con espacio de consulta en la Intranet en la sección de Comunicación Interna/Campañas Institucionales.	Interno	Estándares 113 y 154	100%	Se realizaron 12 ediciones en el año.
Reel Pedagógico	Son contenidos audiovisuales diseñados para redes sociales, enfocados en un tema específico. Su objetivo es compartir información relevante y de interés general	Interno y Externo	Estándares 110 y 113	100%	Se estableció meta de 24 videos en el año, y se realizaron 40 videos.

	sobre dicho tema, contando con la participación de profesionales y expertos en diversas enfermedades, trastornos o alteraciones que impactan a nuestra población, usuarios, pacientes o colaboradores.				
Campañas Institucionales	Desarrollo de piezas comunicativas sobre temáticas diversas relacionadas con los servicios de salud, tanto institucionales como en articulación con la Secretaría Distrital de Salud-SDS.	Interno y Externo	Estándares 113,154 y 159	100%	Se estableció meta la promoción de 24 campañas en el año, y se socializaron 46 campañas.
Atención a medios de comunicación	Es el acompañamiento que desde la Oficina Asesora de Comunicaciones realiza a los medios de comunicación para el	Externo	Estándares 113,154 y 159	100%	Se logró el registro de 209 noticias positivas en medios distritales y nacionales. (La meta fue de 120)

	cubrimiento de temas relacionados con la entidad y la gestión institucional.			100%	Se logró el registro de 53 noticias positivas en medios comunitarios y/o alternativos. (La meta fue de 24)
--	--	--	--	------	--

Tabla 5 – Estrategias de Comunicación para la Promoción Institucional y Sensibilización del Cuidado de la Salud de la Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

4.4 INDICADORES GESTIÓN DE COMUNICACIONES

La Oficina Asesora de Comunicaciones evalúa su gestión con cinco (5) indicadores, a continuación, se describen el cumplimiento de los indicadores, según su frecuencia de medición, tal como se registra en el aplicativo Almera:

- **Apropiación de la información por los canales de comunicación interna de la Subred Sur Occidente E.S.E.**

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna 2025, este indicador alcanzó un nivel cumplimiento del 89.1% promedio en la vigencia, ubicándose por encima de la meta establecida del 72%. Este comportamiento obedece principalmente a la reformulación metodológica de la encuesta, que implicó cambios en las opciones de respuesta, lo cual incidió en la percepción de los resultados sin que ello represente una disminución real en la apropiación de la información por parte de los colaboradores. Este ajuste metodológico fortalece la validez del instrumento y permitirá una medición más precisa en futuras vigencias.

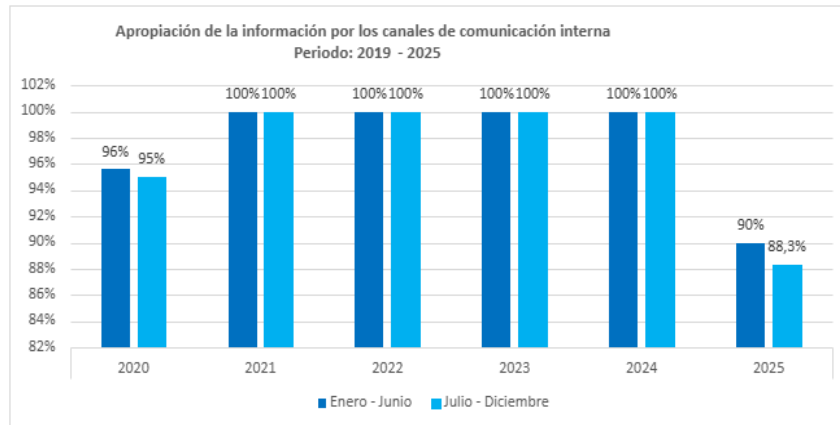


Gráfico 1 – Comportamiento del indicador de Apropiación con base en resultados de la Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna. Fuente: OAC

- **Adherencia a las estrategias de comunicación interna de la Subred Sur Occidente E.S.E.**

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna 2025, este indicador alcanzó un nivel cumplimiento del 90%, ubicándose por encima de la meta establecida del 80%. Esto, evidencia la efectividad de los canales, la periodicidad de los contenidos y la pertinencia de las estrategias implementadas para mantener informados a los colaboradores y fortalecer la cultura organizacional.

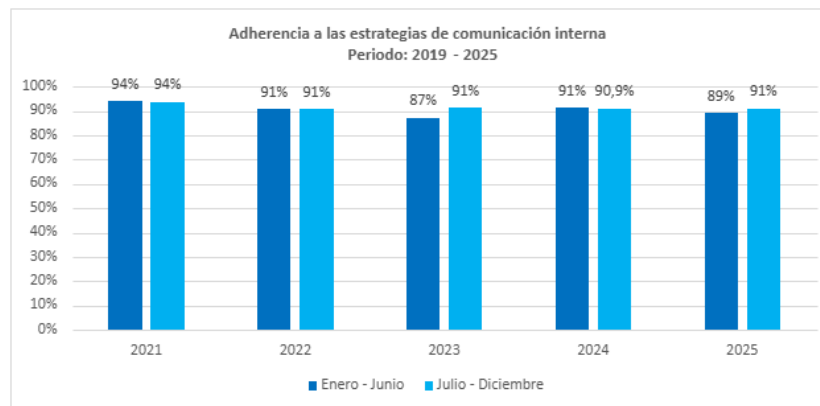


Gráfico 2 – Comportamiento del indicador de Adherencia con base en resultados de la Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna. Fuente: OAC

- **Percepción de la imagen institucional de la Subred Sur Occidente E.S.E.**

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Percepción de la Imagen Institucional y Efectividad de la Comunicación al Cliente Externo de la Subred Sur Occidente 2025, este indicador alcanzó un nivel cumplimiento del 90.9%, ubicándose por encima de la meta establecida del 70%.

Estos resultados reflejan un aumento progresivo y sostenido, asociado al fortalecimiento de la comunicación externa, la presencia activa en medios de comunicación y redes sociales, así como a la implementación de campañas institucionales y contenidos pedagógicos que promueven una imagen positiva de la entidad ante usuarios, familias y comunidad en general.

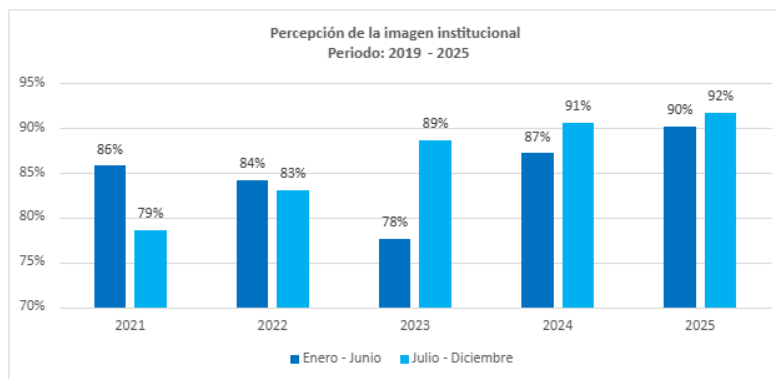


Gráfico 3 – Comportamiento del indicador de Percepción con base en resultados de la Encuesta de Percepción de la Imagen Institucional y Efectividad de la Comunicación al Cliente Externo. Fuente: OAC

- **Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE**

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna y de la Encuesta de Percepción de la Imagen Institucional y Efectividad de la Comunicación al Cliente Externo de la Subred Sur Occidente, realizadas en la vigencia 2025, este indicador alcanzó un nivel cumplimiento del 94,6%, ubicándose por encima de la meta establecida del 90%.

Lo resultados confirman que las acciones de comunicación desarrolladas durante la vigencia no solo cumplen con su objetivo informativo, sino que generan impacto, confianza

y recordación institucional, consolidando la comunicación como un eje estratégico del macroproceso.

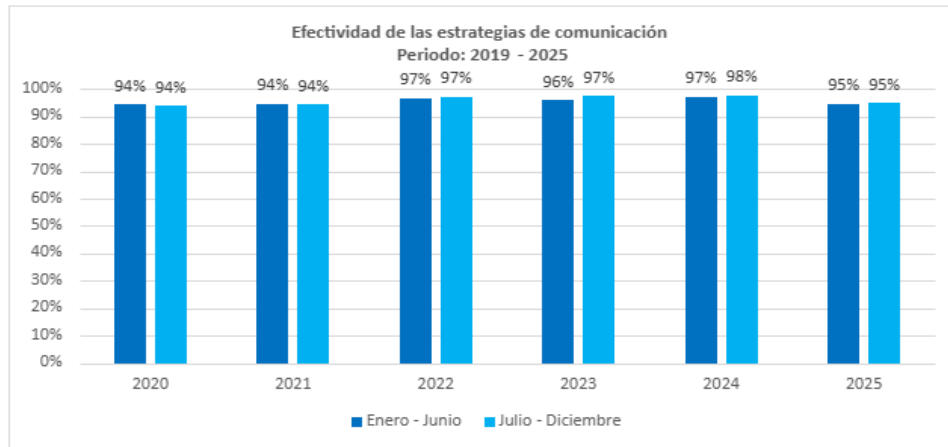


Gráfico 4 – Comportamiento del indicador de Efectividad con base en resultados de la Encuesta de Apropiación, Adherencia y Efectividad de la Comunicación Interna; y de la Encuesta de Percepción de la Imagen Institucional y Efectividad de la Comunicación al Cliente Externo. Fuente: OAC

- **Índice de Transparencia y Acceso a la información Pública (ITA) de la Subred Sur Occidente E.S.E.**

Durante 2025, en cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Oficina Asesora de Comunicaciones atendió 626 solicitudes de publicación o actualización de información en la página web institucional. Como resultado, se realizaron 3.543 publicaciones relacionadas con documentos, datos e información de interés para la comunidad, los usuarios y sus familias, así como para los entes de control y demás partes interesadas.

La labor de reporte y cumplimiento del Índice de Transparencia y Acceso a la información Pública (ITA) que evalúa la Procuraduría, se realiza en coordinación con la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional; para el Cumplimiento ITA 2025, la entidad obtuvo un nivel de cumplimiento de 100 sobre 100 puntos, lo que refleja el compromiso institucional con la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso oportuno a la información pública.

4.5 PRINCIPALES LOGROS

- Mejorar la experiencia informativa de los usuarios y sus familias a través de los canales de comunicación físicos institucionales. En este sentido, desde el proceso

de Gestión de Comunicaciones, con el apoyo de otros procesos, se fortaleció el uso de las carteleras informativas como herramienta de orientación y divulgación, priorizando información clara, visible y alineada con la imagen institucional.

- Aumentar en 12.043 el número de usuarios en nuestra comunidad digital en redes sociales (X, Facebook, Instagram, LinkedIn y YouTube), lo que permite que un mayor número de personas conozcan la gestión institucional a través de estos canales de comunicación. Este logro refleja un cumplimiento del 100% de la meta establecida de 8.500 nuevos usuarios para el año. Al cierre de 2025, la comunidad digital de la Subred estaba conformada por 82.190 usuarios, lo que representa un incremento del 20.7% respecto a la vigencia anterior, cuando cerró con 68.095 usuarios.

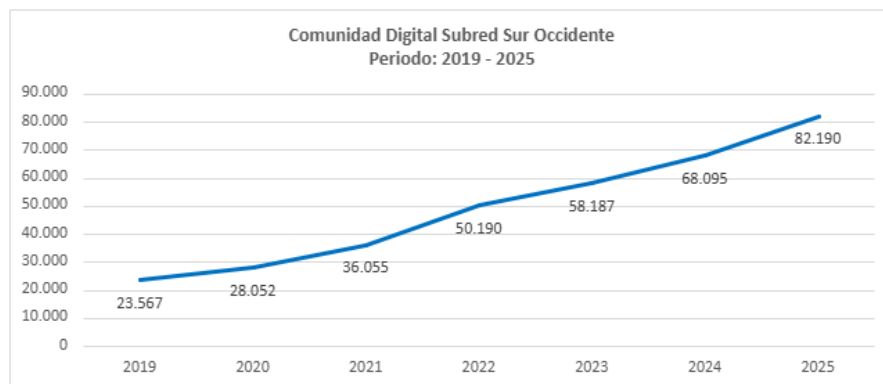


Gráfico 5 – Comportamiento de la comunidad digital de la Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

- Aumentar el reconocimiento del personaje Surocsito entre los colaboradores de la Subred en las cuatro últimas vigencias, mediante su inclusión en las diferentes estrategias de comunicación para la promoción de la cultura organizacional e imagen institucional.
- Tomando como referencia los promedios de percepción registrados en cada segundo semestre por vigencia, el reconocimiento de la mascota institucional pasó de 95,05% en 2022, a 99,02% en 2025; lo que representa un crecimiento aproximado del 4,2% en su reconocimiento promedio entre los colaboradores de la Subred Sur Occidente.

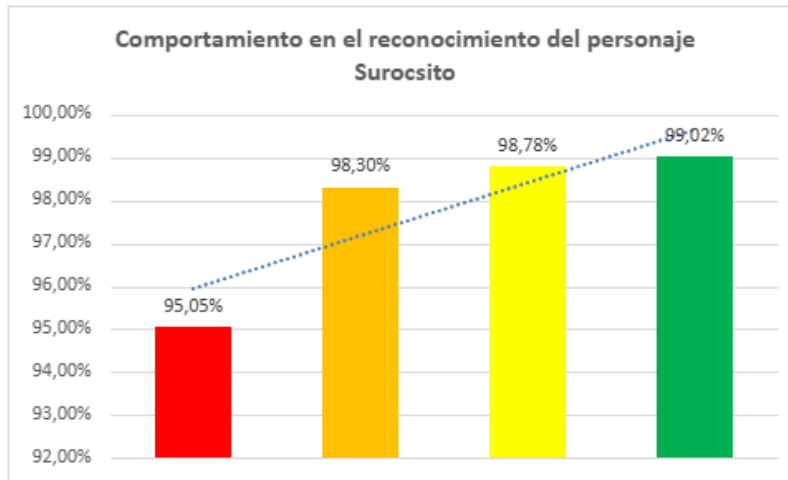


Gráfico 6 – Comportamiento en el reconocimiento del personaje Surocsito de la Subred Sur Occidente.
Fuente: OAC

Durante la vigencia 2025, el proceso de Gestión de Comunicaciones de la Subred Sur Occidente E.S.E. evidenció un alto nivel de desempeño, reflejado en el cumplimiento y superación de las metas establecidas en sus indicadores, así como en el fortalecimiento de la comunicación interna y externa. Las estrategias implementadas permitieron consolidar la imagen institucional, fortalecer la cultura organizacional, mejorar la relación con los grupos de interés y garantizar el acceso transparente a la información pública, posicionando la comunicación como un componente estratégico para el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad.

Asimismo, el crecimiento de la comunidad digital y el aumento en el reconocimiento de elementos identitarios, evidencian la efectividad de las acciones comunicativas y su impacto positivo en los públicos internos y externos.

5 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN

El proceso de Gestión del Conocimiento, Innovación e Investigación articula la prestación de servicios asistenciales con la formación del talento humano y la producción científica institucional, consolidando el modelo Docencia–Servicio e Investigación como soporte estructural del Hospital Universitario.

Durante 2025 se gestionaron 37 convenios docencia–servicio, con 7.361 estudiantes en práctica, una ocupación académica promedio del 54 %, 37 proyectos de investigación activos, 37 nuevos estudios avalados, 8 finalizados, y cumplimiento del 100 % en sesiones del Comité de Investigación (24/24) y eventos científicos (14/14).

Estos resultados impactan directamente la comunidad al fortalecer prácticas clínicas basadas en evidencia, mejorar la seguridad del paciente y garantizar supervisión académica permanente en los servicios.

El proceso consolidó capacidades críticas para el reconocimiento y sostenimiento como Hospital Universitario, fortaleciendo la integración estructural entre asistencia, docencia e investigación.

5.1 INVESTIGACIÓN EN LA SUBRED: CONTEXTO INSTITUCIONAL

Convenios docencia–servicio vigentes: 37

Universidades vinculadas (IES): 21

IETDH vinculadas: 16

Estudiantes en práctica: 7.361

Escenarios habilitados de práctica: 19

Comités Docencia–Servicio realizados: 84

La magnitud del componente académico soporta estructuralmente el modelo de Hospital Universitario al garantizar supervisión profesional permanente, aplicación de guías clínicas basadas en evidencia, producción científica articulada a servicios asistenciales y formación especializada en servicios de mediana y alta complejidad.

5.2 RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN 2025

Proyectos activos: 37

Nuevos proyectos aprobados 2025: 37

Proyectos finalizados: 8

Estudios con impacto directo en atención: 37

Proyectos financiados (Atenea): 4

Estudios avalados por Comité de Ética: 37

Clasificación: Clínicos (18), Observacionales (12), Académicos/Formativos (7).

Servicios con mayor desarrollo investigativo: UCI Adultos, Pediatría/Neonatología, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Urgencias y Salud Mental.

5.3 IMPACTO EN LA ATENCIÓN Y EN LA COMUNIDAD

Se fortaleció la adherencia a protocolos institucionales, se implementaron mejoras clínicas derivadas de hallazgos locales, se consolidó la cultura de análisis de eventos adversos y se fortaleció la práctica basada en evidencia.

100 % de los estudiantes realizaron inducción virtual (n=7.361) y 60 % inducción presencial (n=4.416).

Producción científica activa con 17 productos en la línea Pediatría/Neonatología y divulgación institucional a través del boletín Somos Ciencia (ISSN 2981-5169).

5.4 RELACIÓN CON EL RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO

Se fortalecieron 13 estándares de investigación del Hospital Pediátrico Tintal con avance superior al 100%, 100% gestión documental cargada en Almera, inversión de \$433.336.665 en simuladores y certificación en Buenas Prácticas Clínicas (BPC – INVIMA) en tres hospitales. Se consolidó la articulación estructural entre asistencia, docencia e investigación.

5.5 INDICADORES DE GESTIÓN EN INVESTIGACIÓN

Sesiones Comité Investigación ejecutadas: 24/24 (100 %).

Eventos científicos ejecutados: 14/14 (100 %).

Estudios avalados por Comité Ética: 37.

Cumplimiento BPC – INVIMA: 3 hospitales certificados.

Participación activa en redes nacionales y distritales (>8 actividades).

La integración entre docencia, investigación y prestación de servicios elevó estándares clínicos, garantizó seguridad del paciente, formó talento humano con supervisión especializada y consolidó capacidades institucionales certificadas. La Subred Sur Occidente E.S.E. reafirma su compromiso con una gestión orientada a resultados, sostenibilidad institucional y generación de valor público.

6 GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO

6.1 GESTIÓN DE CONTROL DE LA PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS

Este Subproceso comprende el conjunto de actividades tendientes a normalizar la producción de los documentos en ejercicio de las funciones institucionales, desde el origen, creación y diseño de formatos y documentos, conforme a las funciones de cada proceso. El alcance va desde la identificación de necesidades relacionadas a la administración y uso del aplicativo Almera, así como las relacionadas con la creación o modificación de la documentación institucional, hasta la respuesta y gestión efectiva de cada una de las solicitudes que se encuentren en el alcance del Subproceso y su publicación.

6.1.1 Actividades realizadas

- Brindar asesoría y asistencia técnica en la elaboración de documentos de la operación de los diferentes procesos (manuales, procedimientos, planes, programas instructivos guías, entre otros).
- Socializar y realizar capacitación en el manejo de aplicativo Almera, sistema integrado de gestión, manejo y control de la documentación del sistema de gestión de la Subred Sur Occidente.
- Apoyar las actividades o estrategias que se desarrollen desde la dependencia de la calidad de la Subred Sur Occidente para la mejora de la prestación de servicios.
- Atender las diferentes solicitudes de los diferentes procesos frente al tema de documentación o sistema integrado de gestión que le sean asignados.
- Gestionar en el aplicativo de Almera el trámite de las necesidades de documentación, riesgos, planes operativos, planes de mejora, auditorias, comités, proyectos, tableros de mando, indicadores de los diferentes procesos, realizando seguimiento al estado de las mismas conforme a los lineamientos que se determinen en la subred sur occidente.

- Gestionar el módulo correspondiente en la Mesa de ayuda para la identificación y respuesta a las solicitudes pertinentes.
- Ejecutar las actividades correspondientes al método por el cual se controlan, emiten, distribuyen, adopten, modifiquen o eliminen los documentos de la Subred Sur Occidente incluidas las disposiciones legales aplicables, para que se facilite su actualización y uso de versiones vigentes.
- Apoyo en contratación de bienes y servicios para fortalecimiento de estrategias de calidad.
- Gestionar la documentación para licenciamiento de equipos de rayos X.
- Actualización de la caracterización de procesos y subprocesos, en la vigencia 2025 se realizó la caracterización de procesos en coordinación con la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional.

6.2 GESTIÓN SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA)

El Subproceso Sistema Único de Acreditación contribuye al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, mediante la formulación y ejecución de estrategias que aseguran la implementación, monitoreo y seguimiento del SUA. En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, articula procesos asistenciales y de apoyo para garantizar una atención centrada en la persona, segura, humanizada y basada en evidencia, con seguimiento a resultados, gestión de riesgos, experiencia del usuario, mantenimiento del cumplimiento de estándares y cierre efectivo de oportunidades de mejoramiento.

Su alcance es institucional (todas las sedes, servicios y procesos) e involucra equipos asistenciales, administrativos, académicos y de apoyo, desde la autoevaluación, priorización de brechas, ejecución y verificación de planes, hasta la preparación y respuesta a evaluaciones externas.

6.2.1 Actividades de fortalecimiento y resultados

- Plan estratégico de acreditación

Se formuló y ejecutó el Plan Estratégico de Acreditación orientado al mantenimiento de unidades acreditadas y preparación de la sede a postular. Para la vigencia 2025 se

ejecutaron 28 actividades, con cumplimiento del 100%, evidenciando capacidad de planeación, despliegue y seguimiento del subproceso.

- Autoevaluación del SUA (Res. 5095 de 2018)

La autoevaluación se desarrolló entre febrero y mayo de 2025 (vigencia evaluada: 2024), con capacitación a equipos en metodología cuantitativa (hoja radar) y cualitativa (fortalezas y oportunidades), y consolidación en Almera. Participación: 415 personas de los equipos de mejoramiento. Resultado cuantitativo global: 3,6. Estándares de apoyo: 3,7; asistenciales: 3,6; mejoramiento: 3,6. Oportunidades priorizadas: 26, distribuidas así: Gerencia (2), Talento Humano (7), Gerencia de la Información (3), Ambiente Físico (3), Gestión de la Tecnología (1), PACAS (10). Se reporta articulación desde Direccionamiento y Gerencia, formalizando equipos primarios (Mesa Estratégica de Direccionamiento y Sedes Integradas en Red) y dando línea a equipos primarios “se Conecta” por sede, fortaleciendo gobernanza y despliegue.

- Auditoría de Paciente Trazador (Consulta Externa y Hospitalización)

Se actualizó la metodología, pasando de 1 trazador a 4 trazadores mensuales por sede, con socialización inmediata de resultados a líderes de sede y colaboradores (práctica consistente con enfoque formativo y de mejora). En cuanto a los resultados en Consulta externa en las sedes acreditadas: se obtuvo un 89,48% con (678 trazadores) y en las sedes no acreditadas: 87,72% (691 trazadores) Total: 1.369 trazadores. En los Hospitales acreditados: se obtuvo un 92,56% con (148 trazadores) y en las sedes no acreditados: 82,8% (264 trazadores) para un total: 412 trazadores.

- Resultados de encuesta a usuarios (aplicadas durante trazador)

Sedes acreditadas cumplimiento global 90% y Sedes no acreditadas: cumplimiento global 87,3%.

- Apropiación de ejes de acreditación

Resultado global (encuesta a colaboradores): 94,7%, con resultados por ejes: Gestión del riesgo 98,72%, Cultura organizacional 95,1%, Seguridad del paciente 93,9%, Gestión de la tecnología 93,45%, Humanización 92,8%.

- **Tren de la Acreditación**

Estrategia soportada en liderazgo de sedes y trabajo articulado de equipos primarios, incluyendo personal tercerizado y atención al ciudadano. Participación: 28 líderes de sede y 990 colaboradores. Reconocimientos: 1) Centro de Salud Olarte, 2) Centro de Salud San Pablo, 3) Centro de Salud Mexicana.

- **Toma de sedes (preparación y verificación)**

Como resultado de preparación, verificación y cumplimiento de requisitos, en diciembre de 2025 el Centro de Salud Mexicana obtuvo la certificación de habilitación, quedando habilitado para postularse en 2026 y continuar formalmente la ruta hacia acreditación.

- **Comunicación de la mejora continua**

Durante 2025 se emitieron 6 boletines bimensuales de mejora continua, diseñados y publicados por el área de Comunicaciones, como mecanismo de visibilización de avances de sedes y equipos de mejoramiento.

- **Referenciaciones internas y externas**

Se registraron 106 referenciaciones: 5 internas, 49 externas desde otras instituciones hacia la Subred y 52 solicitudes de la Subred hacia otras instituciones. Derivado de la adopción de buenas prácticas, se alcanzó 97% de cumplimiento de los planes de acción implementados.

6.3 GESTIÓN DE HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO

El programa de Humanización tiene por objetivo consolidar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. una cultura organizacional sustentada en la Humanización como máxima consciencia de servicio y el desarrollo humano permanente, mejorando el comportamiento social y humano para que sean la base y el motor que le permitan a la entidad alcanzar la verdadera excelencia y altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud.

Para la vigencia del año 2025 se proyectaron en el plan de acción, 13 actividades transversales para la Subred obteniendo un 100% de cumplimiento, desarrollado a partir de cuatro (4) grupos de estrategias, a saber:

CONSOLIDADO DE ABORDAJES POR ESTRATEGIA		2025
Fortalecimiento de competencias	Capacitaciones	3308
	sensibilizaciones	7492
Cliente interno	Taller de Humanización de quejas por trato deshumanizado	329
	Reconocimiento a colaboradores por su atención humanizada- Entrega de diploma	951
	Espacios de escucha - Apoyo emocional	121
	Acompañamiento en duelo	25
	Fortalecimiento de Competencias	13
	Evento Adverso Centinela	7
Cliente externo	Rondas de Humanización	2261
	Percepción de la humanización en la atención materno perinatal	253
	Apoyo espiritual	4295
	Sensibilización a usuarios	2379
	Pautas de crianza	473
	Hora del cuento	222
	Estrategia S.O.S	113

Fuente: Sistema de Información Almera

Principales logros:

- Reconocimiento por parte del ente acreditador de la percepción de una atención humanizada.
- Fortalecimiento en la articulación con el proceso de talento humano y subproceso de bienestar para emprender acciones encaminadas a la favorabilidad de la cultura de humanización para cliente interno.
- Disminución de la tasa de quejas por atención deshumanizada pasando de un 0.4% en el año 2024 a un 0.3% en el año 2025.
- Continuidad y reorganización de estrategias para cliente interno y externo que permitan el fortalecimiento de competencias y la articulación con diferentes procesos institucionales.

- Mantenimiento de la semana de Humanización con trazabilidad desde el año 2018 con abordaje de las sedes asistenciales y administrativas programadas
- Creación del programa huellas de amor con el fin de proporcionar apoyo emocional y respuesta a necesidades adicionales de los pacientes, sus familias y colaboradores a través del acompañamiento de caninos entrenados, de guía, asistencia o sus mascotas en el marco de la política de Humanización y el fortalecimiento de la cultura institucional esperada (02-04-PG-0002 Programas Huellas de Amor), con su consentimiento (02-04-FO-0019 Consentimiento informado programa huellas de amor) y formato para la solicitud de ingreso (02-04-FO-0020 solicitud ingreso de mascotas).
- Documentación de la estrategia Medusa contigo (02-04-IN-0004 Instructivo Medusa Contigo) y el formato que permite consolidar datos de entrega y educación (02-04-FO-0021 Recepción, Entrega y Educación - Estrategia Medusa Contigo V1)
- Aporte en la creación del Protocolo de Acompañamiento en Fin de Vida 07-00-PT-0026 incluyendo la implementación del código Lila.
- Articulación con eje de responsabilidad social para la creación del programa de voluntariado y fortalecimiento de las acciones diferenciadoras hacia cliente externo.

6.4 GESTIÓN SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

6.4.1 Actividades realizadas

Periodo	AÑO 2025
Sedes Autoevaluadas	29
No. De servicios autoevaluados o con seguimiento	362
No. De consultorios verificados	244
No. De salas de procedimientos verificados	11
No. De salas de cirugías verificados	15
No. De salas de partos verificados	4

Autoevaluaciones priorizadas realizadas entre enero y diciembre de 2025 - Fuente: Portafolio de servicios REPS

Durante la vigencia 2025, el equipo del Sistema Único de Habilitación desarrolló de manera integral, sistemática y conforme a la planeación, las actividades definidas en su plan de

157 de 326

trabajo anual, alcanzando un cumplimiento del 100% en todas las acciones programadas. Este resultado evidencia una gestión sólida, organizada y alineada con la Resolución 3100 de 2019 y normatividad complementaria, garantizando la verificación permanente de las condiciones básicas de habilitación desde las dimensiones técnico-administrativa, científica, tecnológica y de suficiencia patrimonial.

El enfoque preventivo y de acompañamiento adoptado por el equipo permitió no solo el cumplimiento normativo, sino también el fortalecimiento de la cultura de calidad y autorregulación institucional, reduciendo riesgos asociados a la prestación de servicios de salud y aportando a la seguridad del paciente. Se destacan como principales fortalezas del proceso durante 2025:

✓ Cumplimiento total de la planeación

- Ejecución del 100% de las actividades del plan de trabajo, incluyendo autoevaluaciones, asesorías, trámites REPS, informes de gestión, seguimientos y respuestas a entes de control.
- Seguimiento mensual documentado en la herramienta institucional (Almera), lo que evidencia control, trazabilidad y disciplina operativa.

✓ Cobertura institucional amplia

- Autoevaluación de 29 sedes y 362 servicios, equivalentes al 100% de las sedes y servicios priorizados, lo que demuestra capacidad operativa y planificación estratégica del recurso humano.
- Verificación de consultorios, salas de procedimientos, salas de cirugía y salas de parto, fortaleciendo el control del riesgo asistencial.

✓ Gestión oportuna de trámites regulatorios

- Trámite y cargue oportuno de 487 novedades de habilitación en el REPS, garantizando la actualización permanente del portafolio de servicios y la información oficial ante los entes de control.
- Atención del 100% de los requerimientos internos y externos (79 solicitudes), fortaleciendo la imagen institucional de respuesta técnica y cumplimiento normativo.

✓ Aporte técnico especializado

- Atención efectiva de 89 solicitudes de asesoría, dirigidas a líderes asistenciales y administrativos, lo que posiciona al equipo de habilitación como un referente técnico transversal dentro de la Subred.
- Acompañamiento en procesos de alta complejidad como IPS Trasplantadora y Generadora de Vida, incluyendo auditorías, inscripción en Red Data y atención de visitas de la Secretaría Distrital de Salud.

✓ Trabajo articulado

- Participación de un equipo multidisciplinario (infraestructura, tecnología biomédica, gestión ambiental, servicios generales), fortaleciendo la integralidad de las autoevaluaciones y el análisis de brechas reales de habilitación.

La gestión del Sistema Único de Habilitación durante 2025 generó aportes relevantes para la entidad, entre los que se destacan:

- Garantía de permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el cumplimiento de las condiciones obligatorias de habilitación.
- Disminución del riesgo legal, sanitario y reputacional, al asegurar que los servicios ofertados cumplen con los estándares normativos vigentes.
- Soporte técnico para la toma de decisiones gerenciales, a través de informes trimestrales, matrices de seguimiento y reportes consolidados.
- Fortalecimiento del portafolio de servicios, con información actualizada, verificada y coherente entre lo ofertado, lo habilitado y lo registrado en REPS.
- Acompañamiento a procesos estratégicos distritales, como el Programa Territorial de Reorganización y Rediseño de la Red (RISS) y la habilitación de nuevas unidades de servicio.

6.5 GESTIÓN AUDITORIA PARA LA MEJORA CONTINUA

Establece las pautas de operación e implementación de la mejora en la prestación de los servicios de salud con base en el programa de auditoría establecido para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, a través del cumplimiento de estándares superiores de calidad, en busca de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos e implementación de oportunidades de mejoramiento que minimicen los riesgos

durante el proceso de atención en salud en búsqueda de la satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas. Los resultados son:

- Cumplimiento de 100% a la Ruta crítica del PAMEC para la vigencia.
- Cumplimiento del 99% del cronograma PAMEC.
- Cumplimiento del 100% del indicador de efectividad del PAMEC.
- Reporte a la Superintendencia de la Circular 012 antes del 28 de febrero.
- Manejo de Dinámica Ned para generar reportes de bases de datos para la realización de las diferentes auditorías.
- Publicación en Almera del 100% de los informes generados de las auditorías
- Acompañamientos concurrentes a profesionales mediante las auditorías de ciclo de servicio generando acciones y mejoras con mayor oportunidad mediante la estrategia.
- Mentoring y fortaleciendo la aplicación de los estándares de acreditación y las buenas prácticas de la atención.

Para la vigencia 2025 se evidencia cumplimiento de los indicadores establecidos, los resultados se encuentran en el Aplicativo Almera. Durante 2025 se realizaron 291 auditorías concurrentes de ciclo de servicio, priorizando el acompañamiento y educación a colaboradores, mediante la estrategia mentoring fortaleciendo el sostenimiento de criterios de acreditación durante todo el ciclo de atención y la oportunidad en la generación de acciones de mejora.

Se realiza seguimiento al total de planes de mejoramiento derivados de las auditorías del PÁMEC. Se requiere mantener los procesos de inducción, entrenamiento y capacitación permanente a los profesionales que den cuenta de temas transversales como guías de práctica clínica y diligenciamiento adecuado de registros clínicos.

6.6 GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA

Es así como la gestión clínica excelente y segura, se orienta a partir de las directrices generadas en el marco de la Política de Seguridad del Paciente, establecida en el año 2016 bajo la resolución 810 del mismo año, cuyo enfoque es el compromiso con la gestión clínica, excelente y segura con el usuario, la familia y la comunidad, previniendo y reduciendo situaciones inseguras que afecten la seguridad del paciente durante el ciclo de atención,

aportando al aprendizaje organizacional en el marco del mejoramiento continuo, con alcance en las 34 sedes asistenciales y las sedes administrativas de las cuatro localidades que conforman la Subred Sur Occidente.

Con despliegue a todos los actores que hacen parte de la organización en sus diferentes niveles de operación (alta dirección y gerencia, colaboradores asistenciales y administrativos, profesionales y técnicos en formación, prestadores de servicios tercerizado, relacionados con la atención del paciente, familia, comunidad y demás partes interesadas).

Mediante el Programa de seguridad del paciente “Cuidado y atención segura” se actualiza la relación de los formatos que se describen en el programa, se orientan las actividades del Subproceso y se establecen las líneas de acción por medio de las cuales se implementan las diferentes estrategias que conllevan al cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de seguridad del paciente.

Durante la vigencia 2025 la Subred Sur Occidente ha venido desarrollando actividades para fortalecer la cultura de seguridad, involucrando y mejorando las competencias de los colaboradores y el despliegue de prácticas seguras mediante cuatro líneas de acción (Cultura de seguridad, Procesos seguros, Aprendizaje organizacional y toma de decisiones). Adicionalmente, el programa cuenta con seis líneas de monitoreo y vigilancia (Tecnovigilancia, farmacovigilancia, vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud, reactivo vigilancia, hemovigilancia y biovigilancia).

6.6.1 Línea de acción Cultura de Seguridad:

Con el fin de fortalecer la cultura de seguridad en los procesos de atención, la Subred cuenta con diferentes estrategias de socialización y despliegue de la política y programa de seguridad del paciente, dentro de las que se encuentran:

- Capacitación virtual

En 2025 se implementó el curso virtual de Seguridad del Paciente versión 4, disponible en el Aula Virtual de la Subred para facilitar el acceso a todos los colaboradores. Se certificaron 1.481 participantes, alcanzando una adherencia del 98,5%, lo que evidencia alto compromiso institucional con la formación en seguridad.

- Entrenamiento específico en seguridad del paciente

Dirigido al personal que ingresa a la institución, este entrenamiento fortalece competencias en prácticas seguras según el proceso misional en el que se desempeñarán. En articulación con Gestión del Talento Humano, se realizaron jornadas quincenales, capacitando 1.268 colaboradores nuevos durante 2025.

- Estrategia “5 minutos de seguridad”

Acompañamiento individualizado en el lugar de trabajo para reforzar prácticas seguras, resolver dudas y fortalecer la recordación del conocimiento. Durante 2025 se impactaron 4.386 colaboradores en las unidades asistenciales.

- Semana de la Seguridad del Paciente

Del 15 al 19 de septiembre de 2025 se conmemoró la Semana de la Seguridad bajo el lema “*¡La seguridad del paciente desde el comienzo!*”, enfocado en la protección de recién nacidos y niños. La jornada contó con la participación activa de **1.122 colaboradores**, reafirmando el compromiso institucional con una atención segura, oportuna y humanizada.

6.6.2 Línea de acción Procesos Seguros:

Durante la vigencia 2025, la Subred Sur Occidente fortaleció sus procesos de seguridad del paciente, alineados con las Metas Internacionales de la OMS, la Política Nacional de Seguridad del Paciente y las buenas prácticas del Ministerio de Salud. Se realizó seguimiento a la Resolución 3100 de 2019, alcanzando una adherencia global del 87,4%. En el segundo semestre se actualizaron las listas de chequeo para evaluar la implementación de buenas prácticas y barreras de seguridad en urgencias, hospitalización y consulta externa, fortaleciendo el monitoreo, el cumplimiento institucional y la reducción de riesgos durante el ciclo de atención.

6.6.3 Línea de acción: Aprendizaje organizacional

En 2025 se fortaleció la cultura de reporte y la búsqueda activa de sucesos de seguridad mediante el aplicativo institucional y la campaña “Tú también puedes salvar vidas”. Se

registraron 14.482 sucesos, frente a 12.703 en 2024 (incremento del 14%), lo que evidencia mayor sensibilización, confianza y mejora en los mecanismos de notificación. La gestión y análisis de estos eventos se articula con los programas de vigilancia (IAAS, tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia y biovigilancia). Sus resultados y planes de mejora se revisan periódicamente en el Comité de Seguridad del Paciente, fortaleciendo la toma de decisiones y el aprendizaje institucional.

6.6.4 Gestión del evento adverso y toma de decisiones

La Subred Sur Occidente cuenta con la Guía para Detectar, Analizar y Gestionar Eventos Adversos (actualizada el 30/09/2024), que permite identificar causas, implementar mejoras y promover el aprendizaje organizacional, asegurando entornos seguros en la atención. La notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos se realiza de manera activa y pasiva a través del aplicativo Almera, la web, intranet y código QR, garantizando confidencialidad y agilidad.

En 2025 se registraron 770 eventos adversos prevenibles, con una ocurrencia del 4% (meta $\leq 7\%$), reflejando un fortalecimiento de la cultura de seguridad, mayor sensibilización del talento humano y mejora en los mecanismos de reporte. Este aumento en registros indica mejor detección y transparencia, no deterioro en la calidad de la atención.

6.6.5 Lecciones aprendidas, Toma de decisiones y Estrategia “Asegúrate”

Desde la gestión del evento adverso se despliegan las lecciones aprendidas a través del boletín de la mejora las cuales son socializadas al personal asistencial y administrativo con el objetivo de fortalecer el proceso o procedimientos asistenciales.

El Comité de Seguridad, conformado según la Resolución 406 de 2023, se reúne mensualmente para implementar el programa de seguridad, hacer seguimiento a indicadores y ejecutar el plan de acción anual. En 2025, se cumplieron 100% de las 11 acciones planificadas. Se garantizó el despliegue de información del comité de seguridad a todas las áreas, armonizando la gestión de la seguridad del paciente.

En 2025, el Subproceso de Gestión Clínica Excelente y Segura consolidó avances significativos en las 34 sedes asistenciales y sedes administrativas de la Subred Sur Occidente:

- Fortalecimiento de la cultura de seguridad: aumento en el reporte de sucesos de seguridad a 14.482, reflejando mayor confianza, compromiso y participación activa de todos los colaboradores.
- Formación y sensibilización: procesos educativos que promueven la seguridad y el aprendizaje continuo, mejorando la calidad y creando entornos más seguros.
- Estrategias pedagógicas institucionales: “5 minutos de seguridad” impactó 4.386 colaboradores y la Semana de Seguridad del Paciente contó con 1.122 participantes.
- Control de eventos adversos: mantenido dentro de la meta institucional, con una ocurrencia del 4% (meta $\leq 7\%$).
- Actualización de herramientas y plataformas: mapa de procesos, listas de chequeo, mecanismos de reporte (incluido QR) y módulo virtual con inclusión de vigilancias.

Estos logros reflejan un compromiso institucional con una atención segura, humanizada y centrada en las personas.

7 GESTIÓN CLÍNICA AMBULATORIA

En 2025, la Gestión Clínica Ambulatoria de la Subred Sur Occidente E.S.E. presentó un desempeño favorable, con mejoras en cobertura, eficiencia, resolutivez y satisfacción de los usuarios, alineadas con el Modelo de Salud de Bogotá – Más Bienestar.

La capacidad instalada se mantuvo estable y equilibrada, garantizando continuidad, oportunidad y calidad en la atención, incluso en escenarios de alta presión asistencial, mediante una adecuada disponibilidad de infraestructura y talento humano.

Tabla N°1. Capacidad Instalada CAPA AMBULATORIA Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - Diciembre 2025

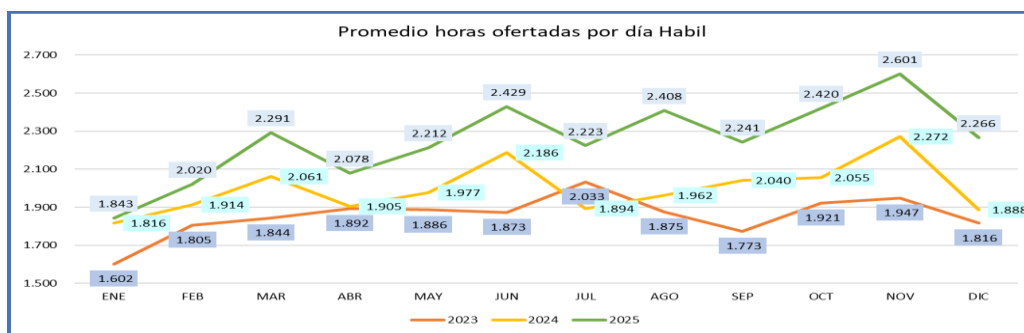
CAPACIDAD INSTALADA SERVICIOS AMBULATORIOS						
SERVICIO	N° CONSULTORIOS POR LOCALIDAD				SUBRED	%
	KENNEDY	BOSA	FONTIBÓN	PUENTE ARANDA		
Medicina General	38	42	16	9	105	37%
Medicina Especializada	48	24	13	6	91	32%
Unidad Móvil	1	1	0	0	2	1%
Unidades Odontología General y Especializada	23	11	13	6	51	18%
Unidad Móvil	1	1	0	0	2	1%
Psicología	8	3	1	1	12	4%
Terapias (Fonoaudiología, Ocupacional, respiratoria y física)	7	5	3	1	16	5%
Nutrición Y Dietética	3	1	2	1	6	2%
Trabajo social	1	0	0	1	2	1%
Tamizaje Visual	0	0	0	1	1	0%
TOTAL LOCALIDAD	128	87	47	25	286	100%
% Participación	45%	30%	16%	9%	100%	

Fuente: Consolidado Capacidad Instalada Dirección Ambulatoria

En diciembre de 2025, la Subred contó con 286 consultorios, concentrados principalmente en Medicina General y Especializada, con mayor cobertura en Kennedy y Bosa, en coherencia con la demanda territorial.

Durante 2025, la oferta de horas ambulatorias registró un crecimiento sostenido y estructural, mejorando el acceso, la eficiencia operativa y el cumplimiento contractual, consolidándose como la vigencia de mayor capacidad ofertada.

Gráfico N°1 Comportamiento Horas Ofertadas por día hábil 2023 – 2025



Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

7.1 Producción de Servicios

La producción de servicios ambulatorios presentó un comportamiento positivo a lo largo del año, superando en términos generales los promedios de la vigencia 2024.

7.1.1 Producción Medicina General

Durante 2025, Medicina General consolidó su rol como eje de la atención primaria, con un aumento sostenido de consultas resolutivas y actividades de promoción y detección temprana, fortaleciendo la prevención y el diagnóstico oportuno. Su producción se mantuvo por encima del promedio de 2024, reflejando una atención más integral y centrada en el usuario.

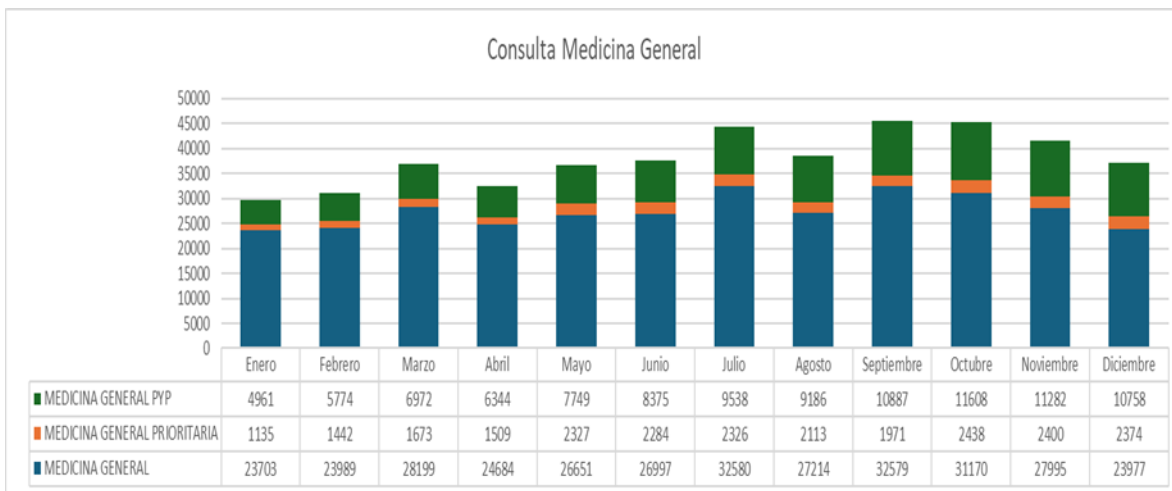
Tabla N°2 Producción Medicina General 2023 – 2025

TOTAL CONSULTAS MEDICINA GENERAL 2023-2025							
Consultas	2023	2024	2025	Promedio mes 2024	Promedio mes 2025	Variación Relativa	Variación Absoluta
Consultas resolutivas	319.201	317.113	330.757	26.426	27.563	4,3%	1.137
Consultas PYD	86.415	70.771	103.434	5.898	8.620	46,2%	2.722
Prioritaria	15.977	16.590	25.800	1.383	2.150	55,5%	768
Total consultas	421.593	404.474	459.991	33.706	38.333	14%	55.517

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Durante 2025 se evidenció un incremento sostenido en la oferta de servicios desde el segundo semestre, garantizando el acceso a la población objeto. La Medicina General Prioritaria fortaleció la resolutivez, con más de 2.000 consultas mensuales, y el crecimiento de las actividades de Promoción y Prevención aseguró el cumplimiento de las metas de salud pública.

Gráfico N°2 Comportamiento Medicina General 2025



Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Desde la Referencia de Medicina Familiar se realiza acompañamiento técnico a los médicos del área ambulatoria, con el propósito de fortalecer la adherencia a las guías de práctica clínica y estandarizar la atención. Adicionalmente, como estrategia de gestión, a partir de julio de 2025 se inició la implementación de la estrategia Grupo Alfa, orientada a brindar acompañamiento técnico a profesionales de medicina general y especializada de las unidades ambulatorias. Esta estrategia tiene como objetivo orientar y robustecer el desarrollo de las actividades de los equipos de salud ambulatorios (medicina, enfermería, odontología y facturación), mediante el fortalecimiento de ejes temáticos priorizados y la provisión de herramientas prácticas que potencien sus competencias técnicas.

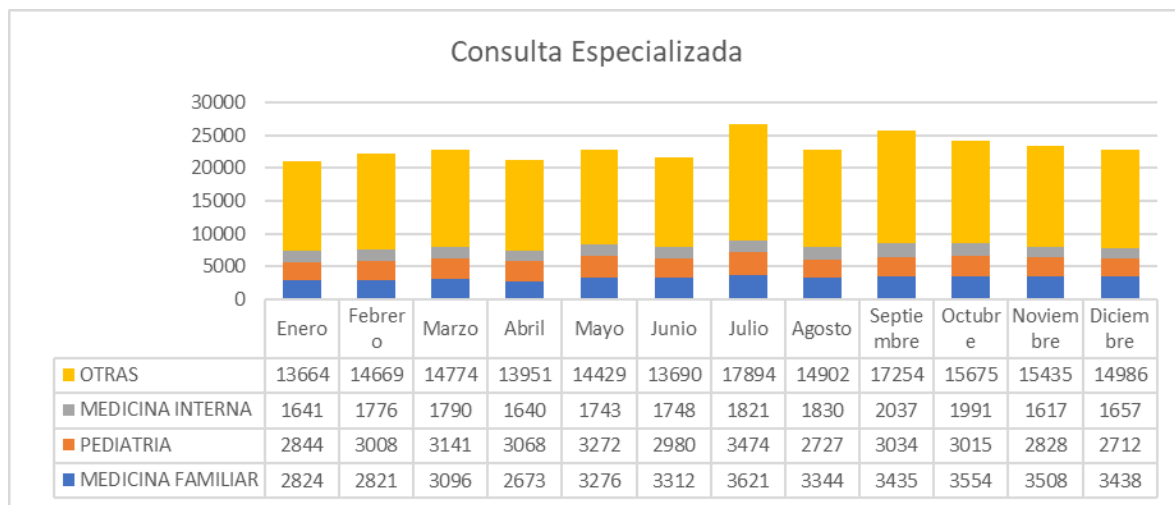
Entre estas se incluyen fichas comunicativas sobre hipertensión arterial e hipotiroidismo, flujogramas de la ruta de enfermedad cerebrocardiovascular y metabólica, el desarrollo de la ruta institucional de salud visual y salud auditiva, así como el acompañamiento técnico continuo. Estas acciones contribuyen a una operación más eficiente, segura y de mayor calidad, orientada a impactar positivamente los resultados en salud, el cumplimiento de metas y los hallazgos de auditorías institucionales y de entes externos, así como la calidad de la atención brindada a los usuarios.

De igual forma, se implementó el proceso de inducción y reinducción de médicos generales y especialistas, mediante la actualización del documento ALMERA y el fortalecimiento del diligenciamiento de la historia clínica, promoviendo el uso adecuado de los formatos disponibles en Dinámica Web, la correcta codificación CIE-10, el registro de finalidad y causa externa, articulados con las Rutas Integrales de Atención en Salud y en el marco del Modelo Distrital de Salud Más Bienestar. Asimismo, se promovió el uso de la caja de herramientas institucional, que consolida actas de acompañamiento, normatividad vigente, guías de práctica clínica y piezas comunicativas, facilitando su consulta por parte de líderes asistenciales y profesionales médicos de las unidades ambulatorias.

7.1.2 Producción Medicina Especializada

Durante 2025, los servicios de medicina especializada presentaron una tendencia progresiva, impulsada por el aumento de horas en especialidades de alta demanda, mejorando la oportunidad, reduciendo tiempos de espera y fortaleciendo la continuidad del cuidado. En diciembre, la producción confirma la consolidación de unidades altamente resolutivas, con impacto positivo en el acceso y la capacidad resolutiva de la atención especializada.

Gráfico N° 5 Comportamiento Producción Medicina Especializada 2025

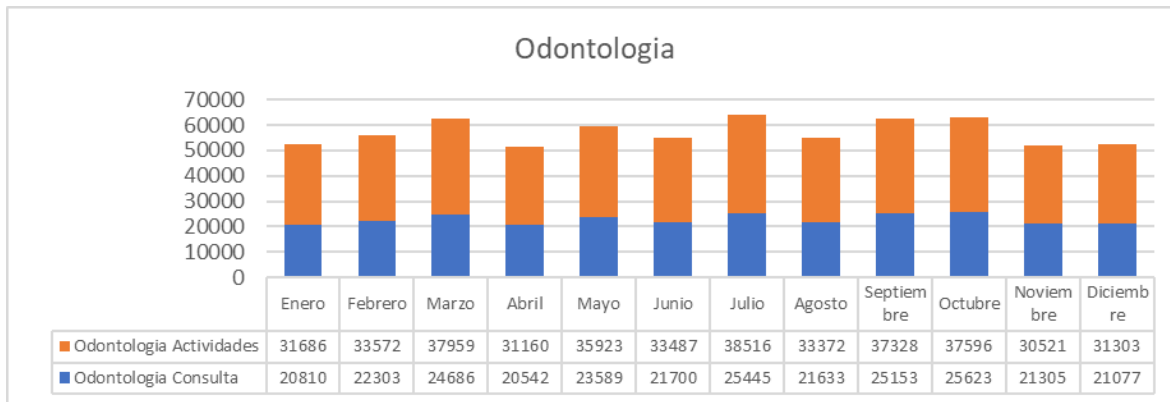


Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

7.1.3 Producción Salud Oral

Durante la vigencia 2025, los servicios de Salud Oral mantuvieron una gestión controlada y pertinente, con una oferta estable superior a 20.000 consultas mensuales, priorizando acciones de promoción, prevención y atención a población priorizada, en coherencia con el modelo de atención. La estabilidad en diciembre, los picos de productividad y la consistencia entre consultas y actividades evidencian flexibilidad operativa, estandarización de procesos y continuidad en la calidad del servicio.

Gráfico N°3 Comportamiento Producción Salud Oral 2025



Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El servicio de odontología presentó un desempeño productivo superior a lo programado, como resultado de una gestión eficiente de las agendas y de la optimización de la capacidad instalada, lo que permitió un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles y el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de acción anual.

En el marco de los lineamientos de mejoramiento continuo y calidad, se realizó la actualización de los formatos de historia clínica y consentimiento informado, en coherencia con la normatividad vigente y los hallazgos derivados de los procesos de evaluación y seguimiento. Adicionalmente, se fortaleció el uso del sistema de información institucional, permitiendo la generación de informes directamente desde la plataforma, la eliminación de procesos manuales y la optimización de los tiempos operativos, lo cual incrementó la confiabilidad de la información para la toma de decisiones.

En el contexto del PAMEC, la auditoría de calidad del diligenciamiento formal de la historia clínica en odontología obtuvo un resultado global del 94%, evidenciando el cumplimiento del estándar institucional y una mejora de un punto porcentual frente a la auditoría anterior. Asimismo, se evidenció una adecuada adherencia a las guías de práctica clínica, con resultados del 92 % en caries dental, 93 % en enfermedad gingival, 92 % en patología pulpar y 89 % en el manejo del paciente sistémicamente comprometido, reflejando una gestión clínica alineada con los lineamientos técnicos y normativos vigentes y manteniéndose dentro del estándar institucional.

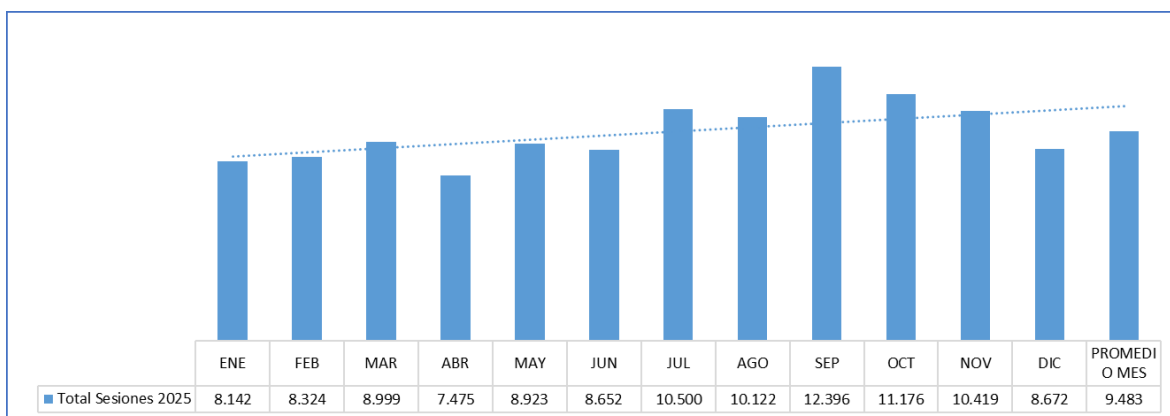
Se destaca el rol del equipo Alfa como agente socializador e integrador de alto impacto, fundamental para el fortalecimiento del mejoramiento continuo del proceso, a través de acompañamientos técnicos permanentes, seguimiento a la adherencia de lineamientos, estandarización de prácticas y articulación con los equipos asistenciales, contribuyendo a la consolidación, control y sostenibilidad de los resultados obtenidos.

7.1.4 Producción Servicios de Terapias (Rehabilitación)

Durante 2025, los servicios de terapias y rehabilitación presentaron un crecimiento sostenido, fortaleciendo el manejo integral de pacientes con condiciones crónicas, discapacidad y procesos de recuperación funcional. La evolución de la producción, especialmente en el segundo semestre, evidencia un fortalecimiento estructural de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, alineado con la eficiencia operativa y el cumplimiento de metas asistenciales.

Durante el período evaluado, el servicio de terapias presentó un desempeño satisfactorio en los procesos de auditoría de la calidad formal de la historia clínica, cuyo estándar de 95%. Con un cumplimiento Desagregado de la siguiente manera: Terapia Física: 96% Fonoaudiología: 95% terapia ocupacional: 95.6% Este resultado evidencia una adecuada adherencia a los criterios institucionales de registro y calidad formal.

Gráfico N°4 Comportamiento Producción Terapias 2025



Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Asimismo, en la auditoría de adherencia a las guías de manejo clínico, cuyo estándar establecido es del 85%, se obtuvieron resultados favorables en todos los servicios: Fonoaudiología 87%, Terapia Física 89% y Terapia Ocupacional 87%. Estos porcentajes superan el estándar definido y reflejan la apropiación de los lineamientos técnicos y científicos en la práctica asistencial

De igual manera, se mantuvo un adecuado registro clínico y documentación de las intervenciones terapéuticas, garantizando la calidad y trazabilidad de la atención, con resultados favorables en las auditorías realizadas. Se fortaleció el trabajo interdisciplinario con otros servicios de salud, optimizando los procesos de atención y seguimiento de los usuarios, particularmente con el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, así como mediante articulaciones estratégicas con la ruta de atención de Accidente Cerebrovascular (ACV), favoreciendo la continuidad del cuidado y la integralidad en la prestación del servicio.

Adicionalmente, se dio inicio al proceso de fortalecimiento, organización y consolidación de la ruta de promoción y prevención en salud auditiva, con el propósito de mejorar la detección temprana y la atención oportuna de alteraciones auditivas en la población usuaria. Esta estrategia busca afianzar las acciones preventivas, optimizar la articulación institucional y garantizar intervenciones oportunas que impacten positivamente los indicadores de calidad y los resultados en salud.

7.1.5 Indicadores eficacia en la Gestión - Capa Ambulatoria

Los indicadores de eficacia reflejaron resultados altamente favorables y sostenidos a lo largo de la vigencia 2025, evidenciando una gestión ambulatoria sólida, organizada y orientada al mejoramiento continuo.

7.1.5.1 Oportunidad de Servicios

Durante 2025, la oportunidad en la asignación de citas se mantuvo dentro de los estándares establecidos, gracias al seguimiento permanente de agendas, la priorización de servicios

estratégicos y la articulación asistencial-administrativa, reduciendo tiempos de espera y optimizando la capacidad instalada. Las estrategias implementadas, junto con la atención preferente a poblaciones especiales y el fortalecimiento del Contact Center, permitieron mejorar de manera sostenida el acceso y la calidad del servicio.

Tabla No. 3 Oportunidad 2025

ESPECIALIDAD	ESTANDAR	2025												PROMEDIO
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
MEDICINA GENERAL	3	1,7	2,7	2,0	2,6	3,0	2,3	4,1	4,5	3,4	3,6	3,2	3,2	2,8
ODONTOLOGÍA GENERAL	3	1,6	2,7	2,7	2,4	2,6	2,4	5,2	4,6	2,9	3,6	3,0	2,9	3,1
TERAPIAS	10	2,8	6,1	6,3	6,4	6,6	6,4	5,9	6,2	5,6	5,7	5,8	5,3	5,9
PEDIATRÍA	5	1,8	3,2	3,9	3,8	3,5	4,1	6,1	4,8	4,0	4,1	3,6	4,2	3,9
MEDICINA FAMILIAR	15	1,8	1,7	1,8	3,7	3,6	2,9	5,5	5,1	3,5	3,5	3,8	3,9	3,5
MEDICINA INTERNA	15	1,6	2,0	2,2	2,8	3,9	4,1	5,5	5,7	5,0	4,5	4,1	4,2	4,0

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

7.1.5.2 Inasistencia

Durante 2025, la inasistencia se mantuvo en niveles controlados cercanos al 6%, evidenciando la efectividad de las estrategias de gestión de la demanda, recordación de citas y educación a los usuarios. La reposición activa de agendas permitió recuperar un porcentaje significativo de citas no asistidas, optimizando la capacidad instalada, fortaleciendo la continuidad de la atención y contribuyendo al cumplimiento de las metas institucionales.

Tabla No. 4. Inasistencia 2025

ESPECIALIDAD	2025												PROMEDIO
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
MEDICINA GENERAL	6%	6%	7%	6%	5%	4%	2%	7%	8%	7%	6%	7%	6%
ODONTOLOGÍA GENERAL	4%	6%	6%	5%	6%	7%	2%	2%	5%	6%	8%	8%	5%
TERAPIAS	4%	8%	6%	8%	8%	7%	3%	3%	4%	5%	2%	6%	5%
PEDIATRÍA	11%	11%	13%	11%	11%	12%	9%	10%	9%	9%	10%	16%	11%
MEDICINA FAMILIAR	4%	6%	7%	7%	3%	4%	2%	3%	3%	4%	3%	4%	4%
MEDICINA INTERNA	5%	6%	8%	7%	9%	7%	5%	6%	6%	6%	5%	6%	6%

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

7.1.6 Implementación Grupo Alfa

El Grupo Alfa consolidó una estrategia de acompañamiento técnico integral con un alcance del 100% de las sedes ambulatorias de la Subred. Mediante un enfoque pedagógico y participativo, el equipo realizó asistencias técnicas directas a más de 425 colaboradores, incluyendo médicos, odontólogos, enfermeros y personal administrativo de facturación y servicio al ciudadano. El objetivo principal fue fortalecer la calidad de la atención mediante la estandarización de registros en la historia clínica, el fomento de la adherencia a guías de práctica clínica y la correcta aplicación de la normatividad vigente, como la Resolución 3280/2018 y los lineamientos del nuevo contrato con Capital Salud bajo el modelo "Más Bienestar".

En el componente operativo y administrativo, la gestión se centró en la creación de herramientas de apoyo, como documentos guía para consultas de enfermería y la socialización de hallazgos de auditorías PAMEC para identificar oportunidades de mejora individualizadas. A pesar de los logros en capacitación y articulación con Gestión del Riesgo, la intervención permitió identificar barreras críticas que afectan la productividad, tales como la ineficiencia del sistema de información Dinámica Gerencial, el déficit de infraestructura tecnológica y la necesidad de ajustar los tiempos de consulta de valoración integral, los cuales se proponen incrementar de 30 a 40 minutos para garantizar la calidad exigida.

Como resultado de esta gestión, se emitieron recomendaciones estratégicas para 2026, enfocadas en la optimización de procesos mediante la creación de aplicativos para el seguimiento de las RIAS, la redistribución de tareas en el personal de enfermería y el fortalecimiento del programa de crónicos mediante la asignación de médicos fijos por sede. Estos esfuerzos buscan no solo reducir errores recurrentes en la facturación y el registro, sino también mejorar la experiencia del usuario y el bienestar del talento humano frente a los retos operativos de la Subred.

7.2 LOGROS ALCANZADOS VIGENCIA 2025

- Consolidación de una gestión clínica ambulatoria sólida y eficiente, alineada con el Modelo de Salud de Bogotá – Más Bienestar, garantizando estabilidad operativa, calidad en la atención y alta satisfacción de los usuarios.
- Mantenimiento de una capacidad instalada adecuada, una oferta de servicios acorde con la demanda real, permitiendo una respuesta oportuna y efectiva a las necesidades asistenciales de las localidades adscritas.
- Incremento progresivo de las horas ofertadas y optimización del uso de la capacidad instalada, mejorando significativamente la oportunidad de atención y fortaleciendo la producción ambulatoria en medicina general, enfermería, terapias de rehabilitación y medicina especializada.
- Producción asistencial estable y superior al promedio de vigencias anteriores en servicios clave, consolidando el enfoque de atención primaria, la resolutivez clínica y las rutas de promoción, prevención y mantenimiento de la salud.
- Implementación efectiva de estrategias de gestión de agendas, control de inasistencias y priorización de poblaciones especiales, que mejoraron la eficiencia operativa y aseguraron la continuidad del cuidado.
- Cumplimiento de los estándares de oportunidad, con inasistencia controlada, alta efectividad en la reposición de agendas y satisfacción de los usuarios.
- Fortalecimiento del Contact Center como canal estratégico de acceso, para reducir barreras administrativas y mejorando la experiencia del usuario en la asignación de citas.
- Implementación del modelo durante la vigencia 2025, desde la gestión intramural, logro incorporar de manera estratégica la puesta en marcha y fortalecimiento de siete (7) Unidades Básicas Resolutivas (UBR) ahora servicios resolutivos en salud, dentro de las que se establecieron: Bosa, Centro salud 29, Centro de salud Tintal, Centro de salud Zona Franca, Centro de salud Porvenir, Centro de salud Villa Javier y Centro de salud Mexicana, concebidas como servicios intramurales que concentran oferta ambulatoria integral, resolutiva y articulada, orientada a la gestión del riesgo y a la continuidad del cuidado.

7.3 RETOS VIGENCIA 2026

De cara a la vigencia 2026, la Gestión Clínica Ambulatoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. enfrenta retos estratégicos orientados a consolidar los avances alcanzados, responder de manera efectiva a la evolución de la demanda y profundizar la implementación del Modelo de Salud de Bogotá – Más Bienestar.

- Ajuste dinámico de la oferta de servicios: Fortalecer los mecanismos de análisis de información, planeación de agendas y redistribución de horas para alinear la oferta ambulatoria al comportamiento real de la demanda, especialmente en medicina especializada y servicios de alta presión asistencial, optimizando el uso de la capacidad instalada y mejorando la oportunidad de atención.
- Fortalecimiento de la atención integral a poblaciones priorizadas: Consolidar rutas de atención para población con alta dependencia, discapacidad y condiciones crónicas, promoviendo la articulación interdisciplinaria y el incremento de acciones de promoción, prevención y rehabilitación que garanticen continuidad del cuidado y mejora en la calidad de vida.
- Optimización de la capacidad instalada en horarios valle: Implementar estrategias innovadoras que incentiven la demanda, aumenten la productividad y maximicen la eficiencia operativa, manteniendo altos estándares de calidad y una experiencia positiva para el usuario.
- Sostenibilidad de la eficiencia operativa: Mantener y fortalecer las estrategias de control de inasistencia y reposición de agendas, asegurando la recuperación de espacios asistenciales y el cumplimiento de las metas institucionales y contractuales.
- Fortalecimiento de la articulación tecnológica y del Contact Center: Consolidar el Contact Center como eje estratégico de acceso, ampliar el uso de herramientas tecnológicas y fortalecer la telemedicina para reducir barreras administrativas, optimizar la asignación de citas y mejorar la oportunidad en la atención.
- Gestión del talento humano y cumplimiento institucional: Garantizar el cumplimiento oportuno del Plan Anual y de los compromisos contractuales, fortaleciendo la

capacitación, estabilidad y alineación del talento humano con un modelo de atención humanizado, resolutivo y centrado en el usuario.

- Implementación cronograma Servicios resolutivos en salud: Dar cumplimiento al 100% de los hitos expuestos en el cronograma de implementación de los servicios resolutivos proyectados para la Subred.

Estos retos representan oportunidades estratégicas para consolidar la gestión ambulatoria, asegurar la sostenibilidad del modelo y avanzar hacia una atención cada vez más integral, eficiente y orientada a las necesidades de la población.

8 GESTIÓN CLÍNICA URGENCIAS

La Subred Sur Occidente cuenta con 6 servicios de urgencias en diferentes niveles de atención, baja complejidad: Centro de Salud Patio Bonito, Centro de Salud Trinidad Galán, mediana complejidad: Hospital de Fontibón, Hospital Pediátrico Tintal, alta complejidad: Hospital de Kennedy, Hospital de Bosa, distribuidos en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda; para garantizar el fácil acceso de la comunidad.

La atención brindada en estos seis servicios se basa en el modelo de atención integral, prestando una atención en salud de alta calidad, eficiente, oportuna, con humanismo y compasión a los pacientes, con trabajo en equipo multidisciplinario que permite unir las fortalezas de cada disciplina y realizar cada atención de acuerdo a relevancia médica.

8.1 PRIORIZACIÓN Y RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:

Acceso: Se realiza en sala de espera por parte de auxiliar de gestión del riesgo o profesional de Triage, quienes monitorizan la sala de espera a fin de identificar criterios de priorización como dolor mayor o igual a 8, alteración del estado mental, sangrado profuso, agitación psicomotora, palidez marcada, dolor torácico, alteración del estado de conciencia, dificultad respiratoria, menor de 1 año, gestantes, código blanco.

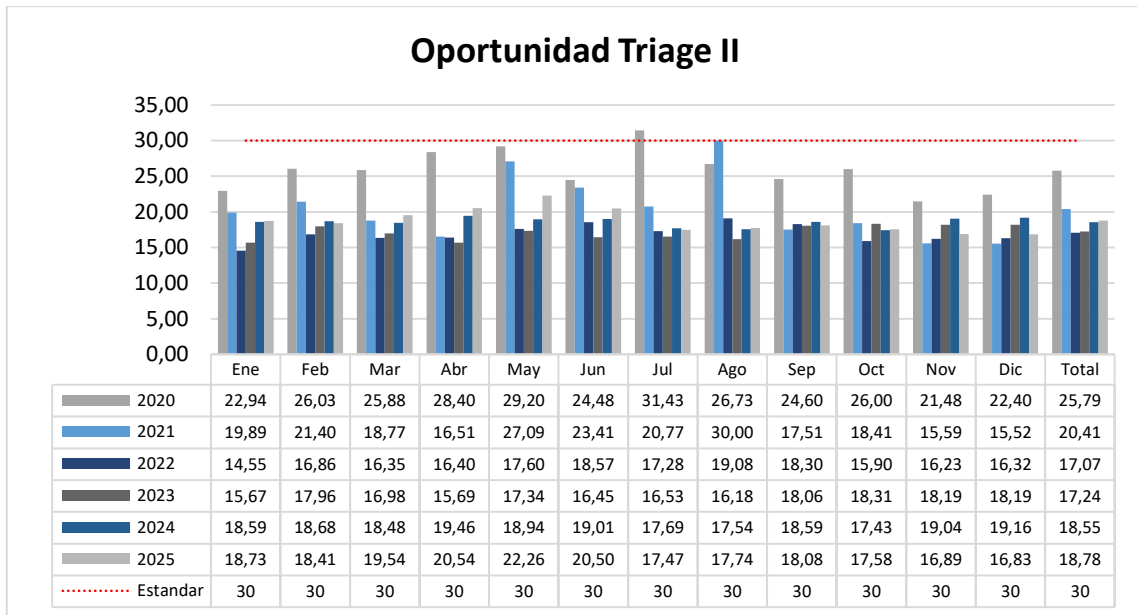
Atención en Triage: Se realiza en el consultorio de Triage a cargo del profesional, quien realiza valoración de la condición clínica del paciente de acuerdo a aspecto general, estado de conciencia, motivo de consulta, signos vitales, clasificación del dolor, con posterior clasificación de Triage (I, II, III, IV, V).

Atención Médica: Se realiza en consultorio a cargo de médico general o especialista de urgencias de acuerdo a previa clasificación de Triage.

Para la vigencia 2025, se obtuvo una oportunidad para Triage II de 18,78 minutos, con aumento de 0,23 minutos en comparación del mismo periodo de 2024 donde la oportunidad fue de 18,55 minutos, con cumplimiento a nivel de Subred con relación al estándar establecido de 30 minutos.

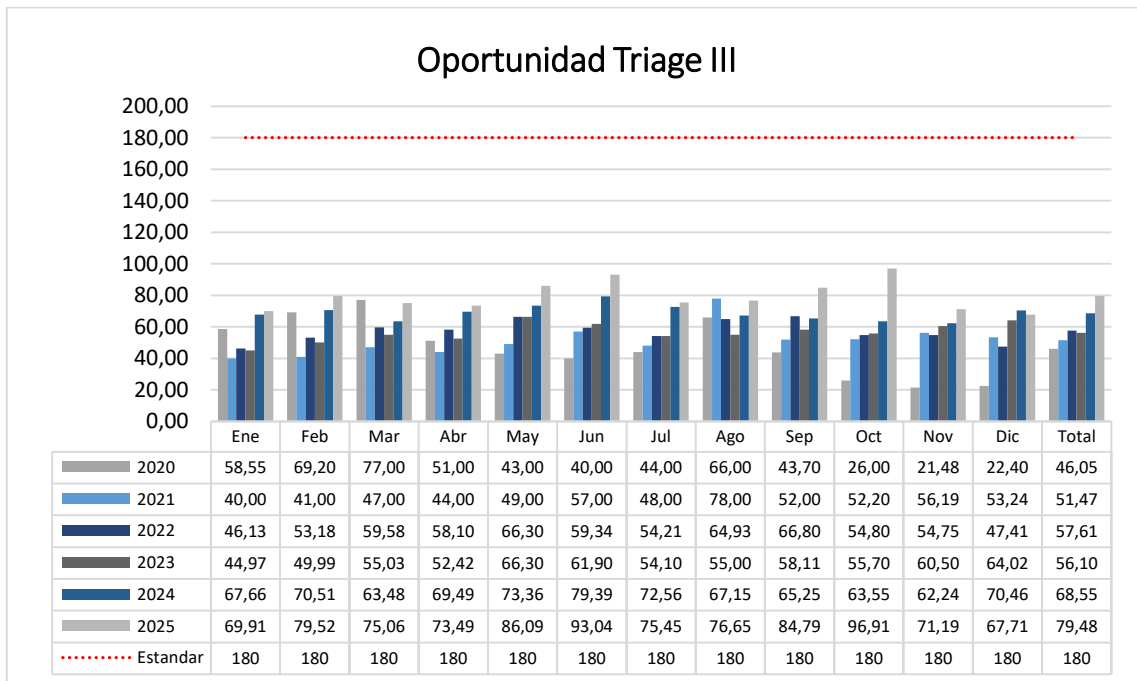
Además, se obtuvo una oportunidad para Triage III de 79,48 minutos con aumento de 10,93 minutos con relación al mismo periodo de 2024 donde la oportunidad fue de 68,55 minutos; observándose cumplimiento a nivel de Subred con relación al estándar establecido de 120 minutos, es importante resaltar que a través de las estrategias implementadas se garantiza la oportunidad de Triage con apoyo de gestión del riesgo en sala de espera.

Grafica 1. Comportamiento Oportunidad de Triage II 2020 a 2025.



Fuente. Gerencia de la información Subred Suroccidente - Indicadores Triage subred 2025.

Grafica 2. Comportamiento Oportunidad de Triage III 2020 a 2025.

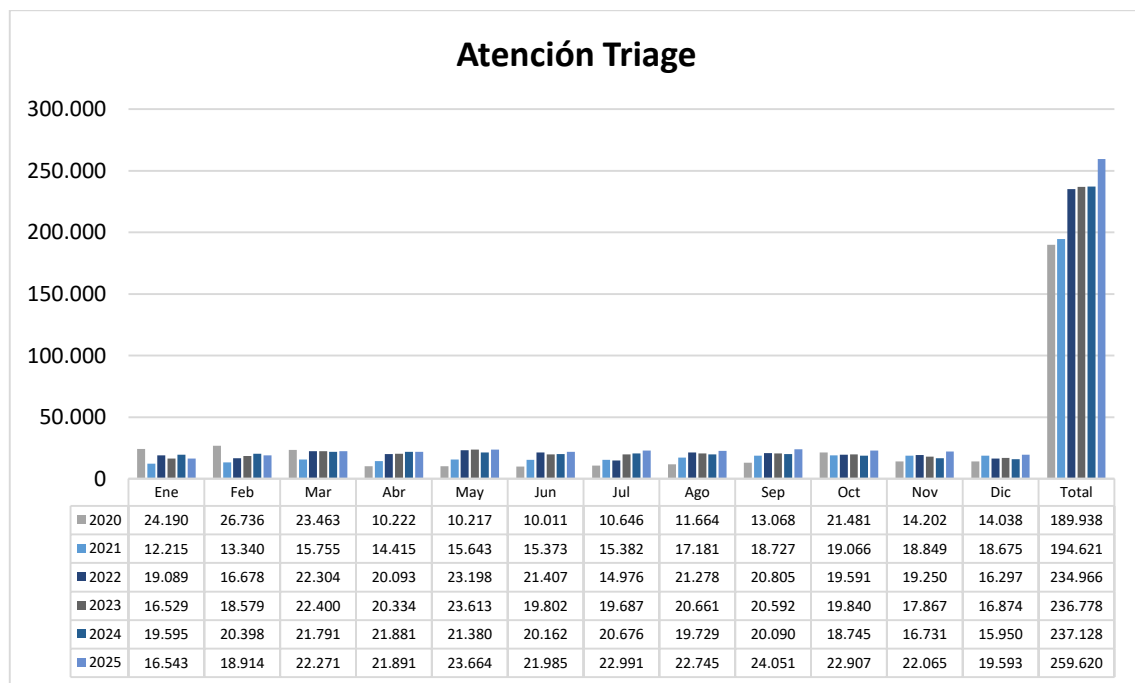


Fuente. Gerencia de la información Subred Suroccidente - Indicadores Triage Subred 2025.

Los aumentos en la oportunidad de atención en Triage, están relacionados con el alto volumen en las atenciones en Triage, con 22.492 atenciones de Triage más en comparación con el mismo periodo del año anterior.

Para el año 2025, se realizaron 259.620 atenciones de Triage, presentándose un aumento de 22.492 atenciones de Triage en comparación con el mismo periodo del año anterior donde se realizaron 237.128 atenciones de Triage, en baja complejidad se atendieron el 8,38% (21.750) de los Triage, en mediana complejidad se atendieron el 27,81% (72.189) de los Triage, en alta complejidad se atendieron el 63,82% (165.681) de los Triage, evidenciando el mayor número de atenciones en unidades de alta complejidad.

Grafica 3. Comportamiento general de atenciones 2020 a 2025.

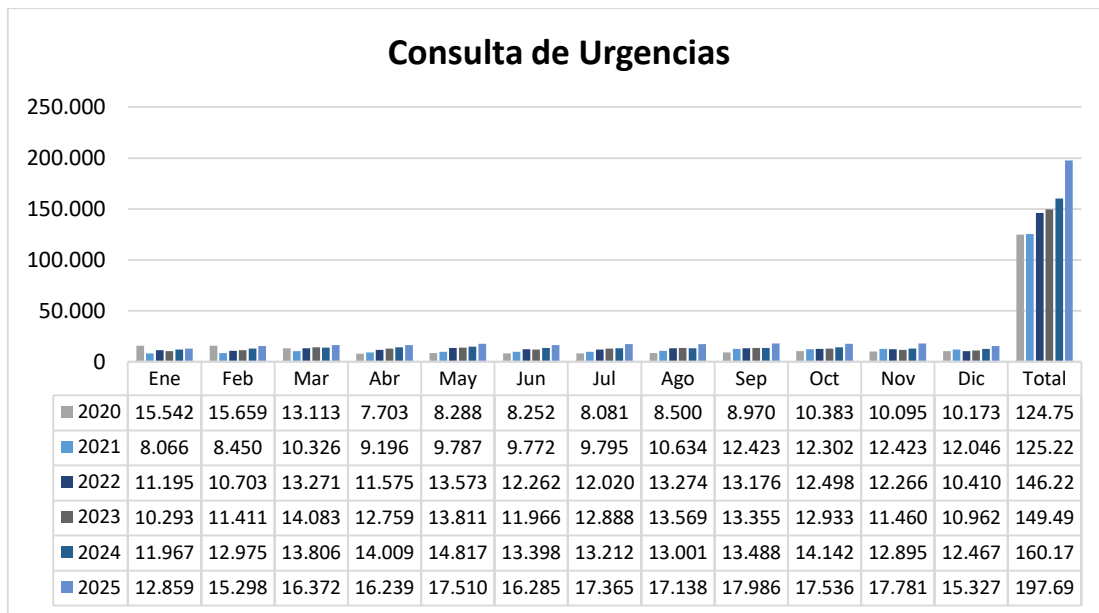


Fuente. Gerencia de la información Subred Suroccidente - Tablero indicadores Triage subred 2025.

Para el año 2025, se realizaron 197.696 consultas de urgencias, con aumento de 37.519 consultas en comparación con las realizadas en el mismo periodo del 2024 donde se realizaron 160.177 consultas de urgencias, según tipo de población el 61,72% (122.017)

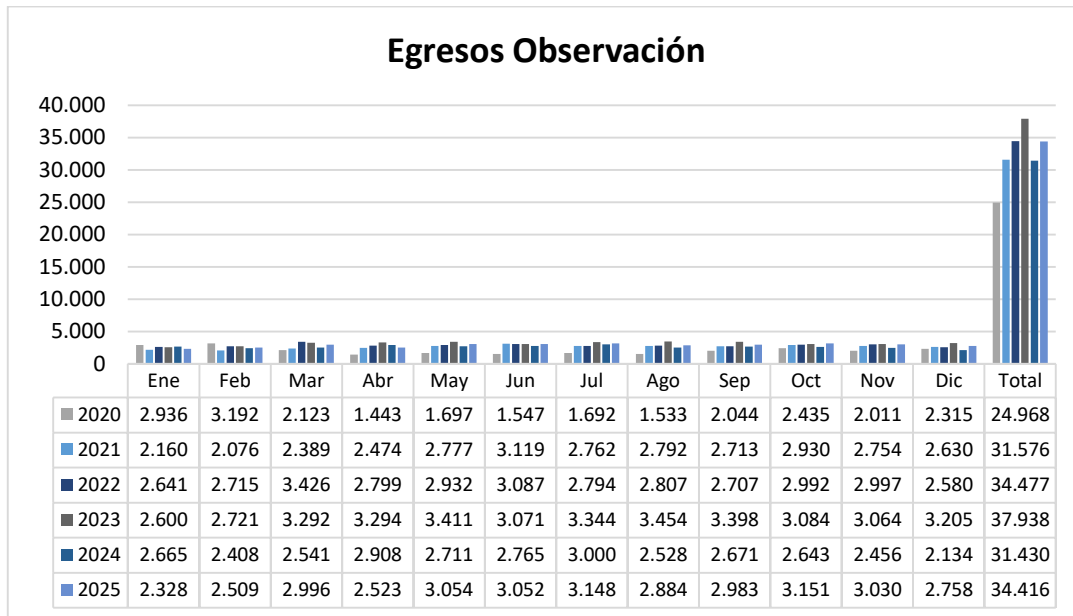
corresponde a consultas de urgencias adulto, el 25.95% (51.295) corresponde a consultas de urgencias pediátricas, el 12,33% (24.384) corresponde a urgencias obstétricas; evidenciando mayor consulta de población adulta.

Grafica 2. Comportamiento de Consulta de Urgencias 2020 a 2025.



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente - Tablero oficial de consulta urg.
Subred – 2025

Grafica 3. Comportamiento de Egresos Observación Urgencias 2020 a 2025.



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente Tablero Oficial Obser. Urgencias V2 Subred 2025.

Para el año 2025, se presentaron 34.416 egresos de observación, con aumento de 2.986 egresos en comparación con el mismo periodo del año 2024 donde se presentaron 31.430 egresos. Del total de egresos el 42,04% (14.468) corresponde a egresos adultos medicina general de observación, 29,55% (10.169) corresponde a egresos pediatría de observación, 14,58% (5.017) corresponde a egresos medicina interna de observación, 10,89% (3.748) corresponde a egresos quirúrgicos de observación, 2,95% (1.014) corresponde a egresos psiquiatría de observación.

8.2 PRINCIPALES LOGROS

- Se fortalecieron los servicios de urgencias de alta complejidad con médicos especialistas en emergencias y residentes, para garantizar una atención de acuerdo a las necesidades de la población georreferenciada para cada una de las sedes.

- Frente a los indicadores de gestión de la dirección de urgencias se evidencia: reducción de reingresos en menos de 72 horas, relacionado con el fortalecimiento del equipo médico en la definición de conducta; reducción de tiempos de atención para pacientes clasificados como Triage II, siendo un resultado positivo del seguimiento instaurado por la dirección, así mismo se evidencia un progreso frente al indicador Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) Subred Sur Occidente ESE, garantizando el inicio de la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico de infarto agudo de miocardio.
- Desde la dirección de urgencias se fomenta la cultura de seguridad del paciente, viéndose reflejado en la reducción de materialización de eventos adversos en los servicios de urgencias.

8.3 RETOS VIGENCIA 2026

- Desde la dirección de urgencias se realizará seguimiento mes a mes de la suficiencia y capacidad instalada de los 6 servicios de urgencias, con el fin de identificar necesidades, estado de requerimientos y contratación pendiente, con el fin de brindar una atención oportuna de calidad e idónea.
- Reducir la sobreocupación de los servicios de urgencias, con el apoyo de CREAT, trasladando a los pacientes según sus necesidades terapéuticas y con apoyo constante de la dirección de servicios Hospitalaria, fortaleciendo el giro cama.

9 GESTIÓN CLINICA HOSPITALARIA

Los equipos de atención de los Servicios Hospitalaria enfocaron sus esfuerzos en garantizar la continuidad, oportunidad, calidad y seguridad de la atención hospitalaria.

Durante la vigencia 2025, la Dirección Hospitalaria adelantó acciones de planeación, seguimiento y control orientadas a garantizar la continuidad, oportunidad, calidad y seguridad de la atención hospitalaria en las diferentes Unidades de Servicios de Salud de la Subred Sur Occidente E.S.E., en un contexto caracterizado por alta presión asistencial, restricciones de infraestructura y demanda creciente de servicios de mediana y alta complejidad.

La gestión se desarrolló bajo un enfoque de continuidad institucional, sustentado en la consolidación de información técnica proveniente de los informes de gestión elaborados durante la vigencia, asegurando homogeneidad metodológica, trazabilidad de los datos y coherencia con los lineamientos institucionales y regulatorios vigentes.

Las principales líneas de acción incluyeron:

- Seguimiento sistemático a indicadores estratégicos de calidad, oportunidad y seguridad del paciente.
- Optimización del uso de la capacidad instalada hospitalaria y quirúrgica.
- Fortalecimiento de los procesos de egreso hospitalario y continuidad del cuidado.
- Articulación con procesos de apoyo diagnóstico, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas.
- Vigilancia permanente del riesgo clínico y epidemiológico, con énfasis en infecciones asociadas al cuidado de la salud (IAAS).
- Soporte técnico para la toma de decisiones en escenarios de alta complejidad operativa.

9.1 RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

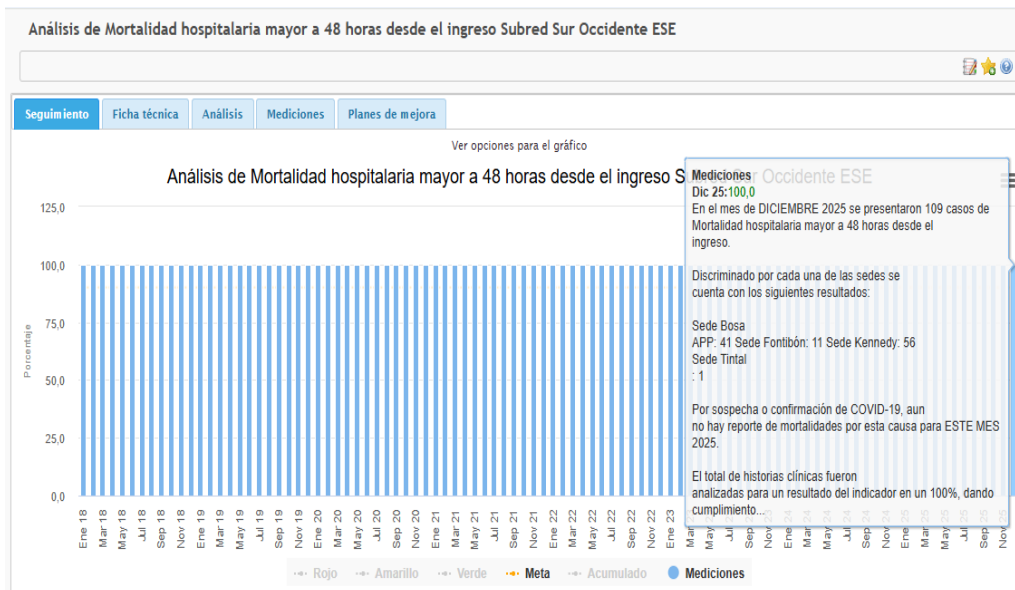
Para efectos de este informe ejecutivo, se priorizan cinco (5) indicadores críticos que reflejan de manera integral el desempeño de la Dirección Hospitalaria durante la vigencia 2025. Los demás indicadores institucionales se consideran implícitos y se encuentran soportados en los informes técnicos consolidados.

- Mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas

El indicador de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas presentó un comportamiento estable y consistente durante la vigencia, manteniéndose de forma sostenida por encima del estándar institucional definido.

Este resultado evidencia procesos clínicos maduros, monitoreo permanente de eventos, adecuada toma de decisiones clínicas y un sistema hospitalario con capacidad de respuesta incluso en escenarios de alta complejidad asistencial.

Gráfica 1. Indicador de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas



Fuente: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sqisrso#>

Fecha de corte: 31/12/2025

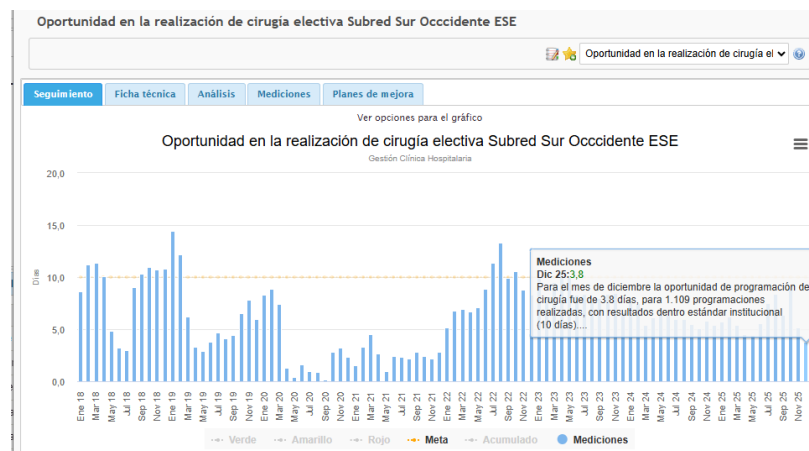
Universo de análisis: Total de egresos hospitalarios con estancia mayor a 48 horas registrados durante la vigencia 2025.

- Oportunidad en la realización de cirugía electiva

Durante el año 2025, el tiempo promedio transcurrido entre la indicación quirúrgica y la realización de cirugía electiva se mantuvo dentro del objetivo institucional (≤ 10 días), con mejoras progresivas hacia el cierre de la vigencia.

Este comportamiento refleja una gestión efectiva de la programación quirúrgica, adecuada articulación entre consulta especializada, disponibilidad de salas y talento humano, sin detrimento del volumen de producción quirúrgica.

Gráfica 2. Indicador de oportunidad en la realización de cirugía electiva



Fuente: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgisrso#>

Fecha de corte: 31/12/2025

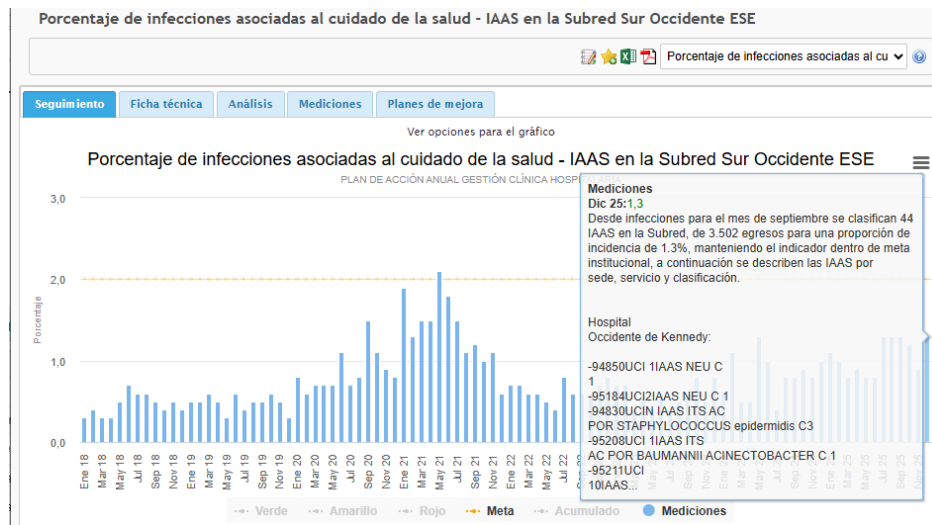
Universo de análisis: Total de procedimientos quirúrgicos electivos programados y realizados durante la vigencia 2025.

- Porcentaje de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IAAS)

El indicador de IAAS se mantuvo dentro del objetivo institucional del 2,0% durante la vigencia 2025, incluso en contextos de alta ocupación hospitalaria y complejidad clínica. La distribución de eventos fue concordante con el perfil epidemiológico esperado, concentrándose principalmente en unidades de cuidados intensivos y servicios de alta complejidad, sin evidenciar fallas estructurales del sistema.

Este resultado da cuenta de la efectividad de los programas de prevención, vigilancia epidemiológica activa y control del riesgo infeccioso.

Gráfica 3. Indicador de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IAAS)



Fuente: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgisrso#>

Fecha de corte: 31/12/2025

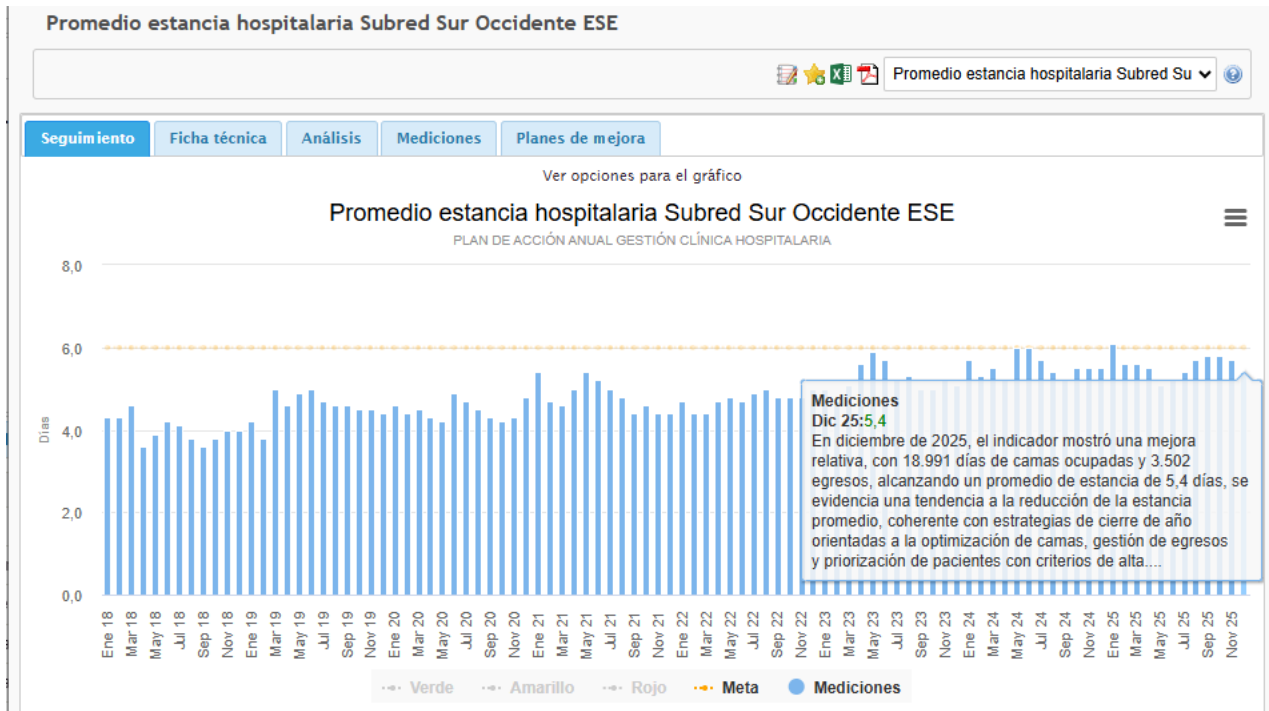
Universo de análisis: Total de pacientes hospitalizados en las Unidades de Servicios de Salud durante la vigencia 2025

- Promedio de estancia hospitalaria

El promedio de estancia hospitalaria durante 2025 se mantuvo por debajo de la meta institucional (≤ 5 días), con valores estables a lo largo de la vigencia.

Este comportamiento evidencia una gestión eficiente del egreso hospitalario, adecuada revisión de pertinencia clínica de la hospitalización y fortalecimiento de estrategias de continuidad del cuidado, sin comprometer la seguridad del paciente ni incrementar el riesgo de reingresos.

Gráfica 4. Indicador de promedio de estancia hospitalaria



Fuente: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgisrso#>

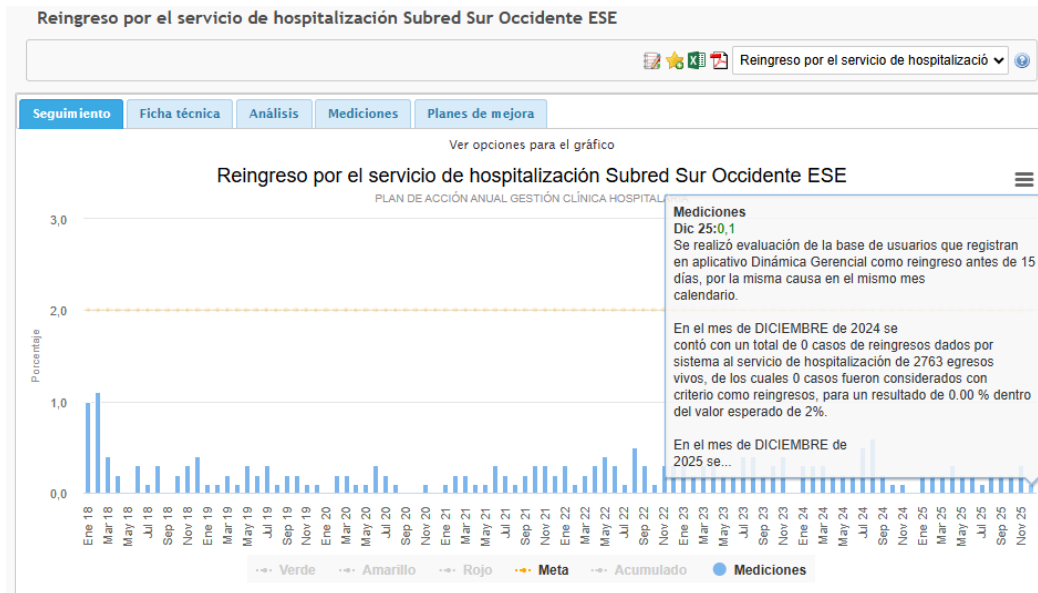
Fecha de corte: 31/12/2025

Universo de análisis: Total de hospitalizaciones registradas durante la vigencia 2025.

- Reingreso por el servicio de hospitalización

El indicador de reingreso hospitalario se mantuvo consistentemente por debajo del umbral institucional ($\leq 2\%$), con valores cercanos a cero durante la vigencia evaluada. Este resultado refleja calidad en los procesos de alta hospitalaria, adecuada educación al paciente, seguimiento clínico posterior y articulación efectiva con los servicios ambulatorios.

Gráfica 5. Indicador de reingreso por el servicio de hospitalización



Fuente: <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim&c=sgisrso#>

Fecha de corte: 31/12/2025

Universo de análisis: Total de egresos hospitalarios con seguimiento institucional posterior al alta durante la vigencia 2025.

9.2 PRINCIPALES LOGROS

- De manera complementaria a los indicadores de calidad y oportunidad, durante la vigencia 2025 se evidenció un comportamiento sostenido de la producción hospitalaria, reflejado en los volúmenes de atención obstétrica, quirúrgica y de egresos hospitalarios, lo cual da cuenta de la capacidad resolutoria de los servicios y de una adecuada gestión de la demanda asistencial.
- En el componente obstétrico, durante la vigencia se atendieron 3.845 eventos obstétricos, correspondientes a 2.242 partos y 1.603 cesáreas (n = total de eventos obstétricos registrados en la vigencia 2025), con un comportamiento sostenido a lo largo del año y un incremento hacia el segundo semestre, acorde con el perfil epidemiológico institucional. Así mismo, la producción de procedimientos quirúrgicos mostró estabilidad durante la vigencia, con predominio de cirugía general, ortopédica y ginecológica, así como un volumen significativo de otros procedimientos quirúrgicos, evidenciando una operación continua y sostenida de los

servicios quirúrgicos sin afectación de los indicadores de oportunidad ni de seguridad del paciente.

- En relación con la actividad quirúrgica, se realizaron 44.838 procedimientos quirúrgicos (n = total de procedimientos quirúrgicos realizados en la vigencia 2025), distribuidos principalmente en cirugía general (12.958 procedimientos), cirugía ortopédica (7.052 procedimientos), cirugía ginecológica (5.508 procedimientos) y otros procedimientos quirúrgicos (19.320 procedimientos), evidenciando operación continua de los servicios quirúrgicos durante todo el año. En conjunto, estos resultados confirman que los logros alcanzados en indicadores de calidad, seguridad del paciente y oportunidad se dieron en un contexto de alta productividad hospitalaria, evidenciando una gestión clínica hospitalaria equilibrada entre volumen de atención y calidad asistencial.
- Así mismo, se registraron 74.930 egresos hospitalarios, de los cuales 52.234 correspondieron a egresos desde hospitalización y 22.696 a egresos desde observación por el servicio de urgencias (n = total de egresos hospitalarios registrados en la vigencia 2025), reflejando la capacidad institucional para responder a escenarios de alta presión asistencial y garantizar la continuidad del cuidado.
- Optimización del uso de la capacidad instalada hospitalaria y quirúrgica, manteniendo altos volúmenes de producción sin afectar la oportunidad ni la seguridad del paciente.
- Fortalecimiento de la gestión del egreso hospitalario y reducción sostenida de la estancia promedio.
- Control efectivo de eventos adversos prevenibles, en especial infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Mantenimiento de bajas tasas de reingreso hospitalario, reflejando calidad en la atención y continuidad del cuidado.
- Articulación de los procesos asistenciales y de apoyo diagnóstico, contribuyendo a decisiones clínicas oportunas.
- En conjunto, estos resultados confirman que los logros alcanzados en los indicadores de calidad, seguridad del paciente y oportunidad se desarrollaron en un contexto de alta productividad hospitalaria, evidenciando una gestión clínica

hospitalaria equilibrada entre volumen de atención, eficiencia operativa y resultados asistenciales.

Soporte documental sugerido: informes técnicos de indicadores, fichas técnicas de indicadores, reportes de producción hospitalaria y bases de datos consolidadas de la vigencia 2025.

9.3 RETOS VIGENCIA 2026

Durante la vigencia 2025 se identificaron retos estructurales y operativos que, lejos de comprometer la gestión, representan oportunidades estratégicas para el fortalecimiento institucional:

- **Gestión de alta demanda asistencial:** La presión sostenida sobre los servicios hospitalarios exige continuar profundizando estrategias de priorización clínica, optimización de flujos y fortalecimiento de modalidades alternativas de atención.
- **Infraestructura y capacidad instalada:** Las limitaciones temporales de infraestructura evidencian la necesidad de consolidar planes de modernización y ampliación progresiva de la capacidad hospitalaria.
- **Sostenibilidad del talento humano especializado:** La disponibilidad de recurso humano en áreas críticas plantea la importancia de estrategias de estabilidad, retención y redistribución eficiente de cargas asistenciales.
- **Madurez en la medición de indicadores:** La experiencia adquirida en la depuración y ajuste metodológico de indicadores abre la oportunidad de consolidar sistemas de información más robustos para la toma de decisiones estratégicas.

10 GESTION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Durante la vigencia 2025, la gestión gerencial de la Subred Sur Occidente E.S.E. orientó los Servicios Complementarios como soporte estratégico del modelo de atención, priorizando la sostenibilidad operativa, eficiencia en el uso de recursos públicos y continuidad asistencial. Se garantizaron niveles de producción acordes con la planeación institucional y la capacidad instalada, asegurando soporte técnico y oportunidad en los procesos misionales.

10.1 PRODUCCIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- Patología: 17.492 estudios realizados, con estabilidad mensual y adecuada respuesta a la demanda diagnóstica.
- Laboratorio Clínico: 2.197.654 exámenes procesados, reflejando fortalecimiento operativo y aumento de producción en el segundo semestre.
- Imagenología: 299.682 imágenes diagnósticas ejecutadas, asegurando soporte oportuno para decisiones clínicas.
- Unidad Renal: 31.994 sesiones de hemodiálisis, manteniendo continuidad terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica.
- Farmacia: 1.279.871 fórmulas entregadas; central de mezclas: 144.980 unidades procesadas (reempaque/reenvase 133.960, antibióticos 1.365, lotes 9.368, citostáticos 4, NPT 283). Se evidencia eficiencia en dispensación y control de inventarios.
- Nutrición: 22.366 pacientes valorados, con 1.039.859 dietas suministradas; Banco de Leche Humana benefició a 3.781 pacientes.

El Proceso de Gestión de Servicios Complementarios, está conformado por seis subprocesos, se puso como objetivo prestar servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico a los servicios misionales de manera oportuna, eficiente y confiable. Al realizar seguimiento al plan de acción anual, se obtuvo un cumplimiento global del 100 %.

Fórmulas médicas entregadas (PAA-08-01):

Cumplimiento del 98,12 % frente al 95 % del estándar institucional, con mejora sostenida respecto a 2024. Se fortalecieron procesos de seguimiento a proveedores, trazabilidad de pedidos y control contractual, garantizando la continuidad terapéutica.

Entrega de imágenes diagnósticas (PAA-08-03):

Tiempo promedio de 2 h 59 min, dentro del estándar de 5 horas, pese a un aumento del 41,3 % en la demanda.

Resultados de laboratorio urgencias y hospitalización (PAA-08-04 y PAA-08-05):

Promedios de 1 h 43 min y 1 h 36 min, cumpliendo los estándares de ≤ 2 horas, con incremento de demanda de 15 % y 21 %.

Resultados de laboratorio consulta externa (PAA-08-06): Promedio de 9 h 22 min frente a un estándar de 24 h, con crecimiento de la demanda del 13%.

Fístulas arteriovenosas en hemodiálisis (PAA-08-07):

Cumplimiento acumulado del 60,6 %, alcanzando el estándar institucional, con necesidad de fortalecer programación y seguimiento interdisciplinario.

El incremento de la producción diagnóstica en el segundo semestre evidencia capacidad de respuesta institucional frente a la demanda creciente, mientras que la estabilidad en servicios de alta complejidad permitió mitigar riesgos en la atención de pacientes crónicos y poblaciones priorizadas. En conjunto, los resultados consolidan los Servicios Complementarios como eje estratégico para la calidad, oportunidad y sostenibilidad del servicio de salud, garantizando eficiencia operativa, continuidad asistencial y cumplimiento de los estándares institucionales.

La Dirección de Servicios Complementarios de la Subred Sur Occidente E.S.E., integrada por Farmacia, Patología, Unidad Renal, Nutrición, Imagenología y Laboratorio Clínico, prestó soporte diagnóstico y terapéutico eficiente, garantizando continuidad asistencial y calidad en la atención. Durante 2025 se mantuvo la realización de necropsias con patólogo exclusivo, Banco de Leche Humana con incremento de 8,2 % en volumen, Unidad Renal con programas de humanización y transporte para pacientes, entrega oportuna de medicamentos y nutriciones especializadas, así como disponibilidad de servicios de imagenología y laboratorio clínico para consulta externa, urgencias y hospitalización, con procesos certificados en Buenas Prácticas y recertificación de la Central de Mezclas.

Se fortalecieron contratos de insumos y seguimiento farmacoterapéutico, optimizando recursos y asegurando eficiencia económica, generando un ahorro total de \$29,4 millones en la central de mezclas.

10.2 LOGROS ALCANZADOS

- Incremento de la producción diagnóstica en el segundo semestre, evidenciando capacidad de respuesta institucional frente a la demanda creciente.
- Estabilidad y continuidad en servicios de alta complejidad, mitigando riesgos en la atención de pacientes crónicos y poblaciones priorizadas.
- Optimización de procesos de seguimiento a proveedores, trazabilidad de pedidos y control contractual en farmacia.
- Cumplimiento de indicadores operativos claves, superando estándares institucionales en varios subprocesos.
- Fortalecimiento de programas de humanización, transporte y seguimiento en la Unidad Renal Nutrición y Banco de Leche Humana.
- Eficiencia económica en central de mezclas, logrando ahorro y mejor control de insumos críticos.

10.3 RETOS VIGENCIA 2026

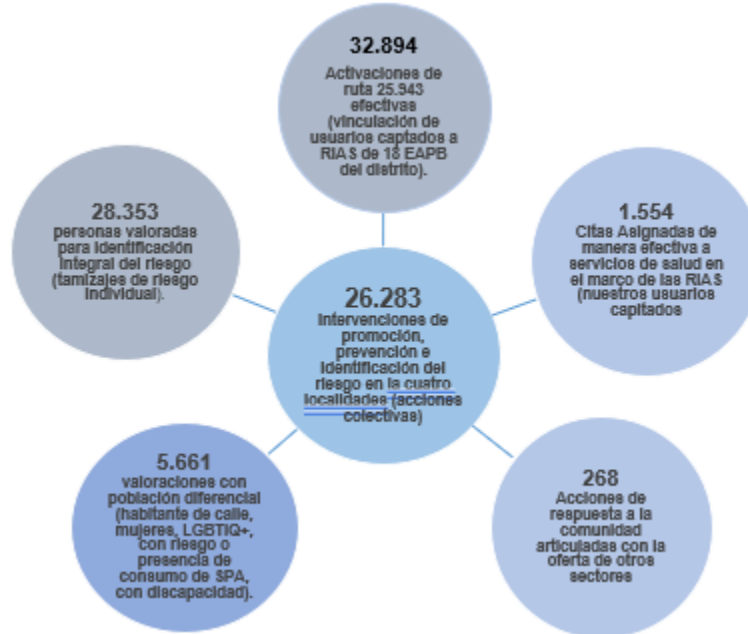
- Necesidad de fortalecer coordinación interdisciplinaria y seguimiento en procesos.

11 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

11.1 CONVENIO DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS GSP-PSPIC

En el marco del Modelo MÁS Bienestar, la Gestión Extramural fortalece el primer contacto del sistema de salud con personas, familias y comunidades mediante intervenciones en sus entornos cotidianos —hogar, educativo, laboral, institucional y comunitario—. A través de estas acciones se abordaron integralmente los determinantes sociales, priorizando promoción, prevención, gestión del riesgo y acceso efectivo a los servicios. Asimismo, mediante la caracterización territorial y el uso de metodologías mixtas, se adaptan las intervenciones a las necesidades reales de la población.

Imagen 1. Acciones ejecutadas por el Plan de salud pública de intervenciones colectivas resultados (PSPIC). Enero – diciembre 2025



Fuente: Aplicativos de gestión de la información SDS, bases nacionales SISCO, Sistema distrital de referencia y contrarreferencia SIRC y matrices de compromisos del equipo de gestión para las políticas.

En el periodo reportado, los Entornos Cuidadores realizaron 26.283 acciones colectivas de educación, promoción y prevención en salud pública. Se efectuaron tamizajes que permitieron canalizar 32.895 casos a EAPB y otros actores; de estos, 5.957 (18,11%) correspondieron a atenciones en la Subred. Asimismo, el cruce mensual con Gestión del Riesgo individual evidenció 25.832 casos (78,53%) efectivamente atendidos por otros actores del sistema.

- Fortalecimiento de intervenciones promocionales según perfiles de riesgo comunitario.
- Articulación Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) mediante mesas de trabajo para abordaje integral del riesgo.

- Seguimiento al agendamiento de consultas Plan de Beneficios en Salud (PBS) y activación de rutas intersectoriales.
- Monitoreo a canalizaciones del entorno hogar, alineado con indicadores PIC.
- Avance en la territorialización de Unidades Primarias Resolutivas (UPR) para garantizar continuidad del cuidado.
- Implementación de piloto de monitoreo para optimizar la articulación entre riesgo colectivo e individual.
- Mejorar la comunicación y organización administrativa tras la reestructuración contractual.
- Garantizar socialización oportuna de ajustes en lineamientos y documentos del convenio.
- Contemplar tiempos administrativos en las acciones a desarrollar por los perfiles que operan los lineamientos, para poder garantizar el Fortalecimiento técnico y administrativo de los mismos.

11.2 CONVENIOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

Desde los equipos de Más Bienestar se realizó identificación permanente del riesgo en salud, garantizando gestión efectiva y agendamiento extramural oportuno. Se priorizaron usuarios tipo 4, especialmente gestantes sin control prenatal, crónicos no adherentes y menores de cinco años con desnutrición aguda sin seguimiento, para asegurar acceso y continuidad en la atención.

Asimismo, se desarrollaron atenciones individuales a población diferencial (IRA, comunidades priorizadas, centros de socio cuidado, paga diarios, habitantes de calle y usuarios de Casas Más Bienestar), fortaleciendo la vinculación a las rutas de atención.

Se realizó identificación de riesgo y atención individual a población étnica (Afrodescendiente, Palenquera, Rom, Gitana y Muisca) con enfoque diferencial y pertinencia cultural, contribuyendo así a una atención en salud integral, equitativa y con pertinencia cultural.

Tabla 1. Caracterizaciones de la población por localidad y planes de cuidado instaurados. 2025

Localidad / Año	Hogares caracterizados	VSP Implementadas	Gestantes	Cronicos	Menores 5 años	Discapacidad
Bosa	40.321	4.088	976	19.105	120	542
2025	40.321	4.088	976	19.105	120	542
Kennedy	40.693	4.109	908	15.832	108	519
2025	40.693	4.109	908	15.832	108	519
Fontibón	5.517	1.102	141	3.244	25	153
2025	5.517	1.102	141	3.244	25	153
Puente Aranda	11.540	1.100	90	4.127	3	161
2025	11.540	1.100	90	4.127	3	161
TOTAL	98.071	10.399	2.115	42.308	256	1.375

FUENTE: APLICATIVO GTAPS 2024-2025-2026

Para el año 2025, se realizó la caracterización de 98.071 hogares para la Subred Sur Occidente, se implementaron 10.399 planes de cuidado familiares, se identificaron 2.115 gestantes, 42.308 crónicos, 256 menos de 5 años, y 1.375 personas con discapacidad.

Tabla 2. Agendamiento intramural. 2025

AGENDAMIENTO INTRAMURAL	
BOSA	2.725
2025	
FONTIBON	319
2025	
KENNEDY	1.285
2025	
PUENTE ARANDA	230
2025	
Total general	4.559

FUENTE: Aplicativo GTAPS. 2025

Para el 2025, se realizaron 4.559 agendamientos en la intramuralidad a usuarios identificados por los Equipos en las unidades de atención de la Subred, el agendamiento se priorizo para el ingreso a la Ruta de promoción y mantenimiento a usuarios inhaderentes.

Adicionalmente, se realizó gestión de agendamiento con EAPB con las cuales no se tienen contratos suscritos, con un total de 1.154 gestiones de citas médicas.

Tabla 3. Agendamiento otras EAPB. 2025.

OTRAS EPS	
Etiquetas de fila	Cuenta de LOCALIDAD
BOSA	707
2025	
FONTIBON	90
2025	
KENNEDY	303
2025	
PUENTE ARANDA	54
2025	
Total general	1154

FUENTE: Aplicativo GTAPS 2025

Tabla 4. Atenciones individuales por localidad y perfil profesional. 2025.

Localidad / Año	MEDICINA	ENFERMERIA	NUTRICION
BOSA	2015	51	1
2025	2015	51	1
KENNEDY	1801	197	7
2025	1801	197	7
FONTIBÓN	518	4	1
2025	518	4	1
PUENTE ARANDA	941	47	0
2025	941	47	0
TOTAL	5275	299	9

FUENTE: Aplicativo GTAPS 2024-2026

- Frente a las atenciones individuales, el profesional de medicina realizo un total de **5275**, perfil de enfermería **299** y **9** por profesional de nutrición.

11.2.1 Principales logros vigencia 2025

- Fortalecimiento en la identificación y atención oportuna de riesgos en salud en las cuatro localidades de la Subred.
- Implementación de planes de cuidado familiar y activación de rutas de riesgo (gestantes sin control, crónicos no adherentes, menores de 5 años, discapacidad, cáncer y enfermedades huérfanas).
- Cobertura del 100% de sectores catastrales con acciones de caracterización y abordaje en salud.
- Atención priorizada a población vulnerable (PPL en URI, habitantes de calle en jornadas diurnas y nocturnas, pagadarios y comunidades SDIS).
- Fortalecimiento del abordaje a comunidades étnicas.
- Articulación con las EAPB para garantizar autorizaciones y acceso a servicios.
- Fortalecimiento con líderes comunitarios frente a las acciones que realiza Equipos Mas Bienestar en tu Hogar

11.2.2 Retos para Vigencia 2026

- Consolidar la articulación con EAPB para garantizar atención integral a población en riesgo.
- Fortalecer la estrategia de prescripción social.
- Mantener y ampliar alianzas con líderes y comunidad.

11.3 EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA, PUENTE ARANDA Y FONTIBÓN, ENTERRITORIO y EQUIPO DE SALUD PARA JOVENES

En articulación con los Fondos de Desarrollo Local de Fontibón, Puente Aranda y Bosa, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, adelanto acciones técnicas y administrativas requeridas para la suscripción y ejecución de contratos y convenios interadministrativos, en el marco de los lineamientos institucionales y normativos aplicables.

De igual manera, se realizó la ejecución del convenio suscrito con Enterritorio, así como la gestión y recepción de los recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 1008, destinados al fortalecimiento del Equipo de Salud para Jóvenes.

Estos contratos y convenios se orientaron principalmente a la entrega de Dispositivos de Asistencia Personal (DAP) —ayudas técnicas no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud— dirigidos a personas con discapacidad permanente y a sus cuidadores, con el propósito de mejorar su calidad de vida, autonomía e inclusión social.

- Implementación de acciones alternativas en salud dirigidas a cuidadores y personas con discapacidad.
- Acciones para la disminución de factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Acciones de cuidado y protección para madres gestantes, así como para niños y niñas migrantes.
- Coinversión en la estrategia territorial de salud.
- Prevención del embarazo en adolescentes.
- Fortalecimiento de los saberes ancestrales.
- Fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva.

Estas acciones se enmarcan en el compromiso institucional de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población, bajo un enfoque diferencial, territorial e integral.

Indicadores

Entrega de Dispositivos de Asistencia Personal (DAP) —ayudas técnicas no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud— dirigidos a personas con discapacidad permanente y a sus cuidadores, con el propósito de mejorar su calidad de vida, autonomía e inclusión social.

Table 4. Entrega de Dispositivos de Asistencia Personal (DAP). 2025

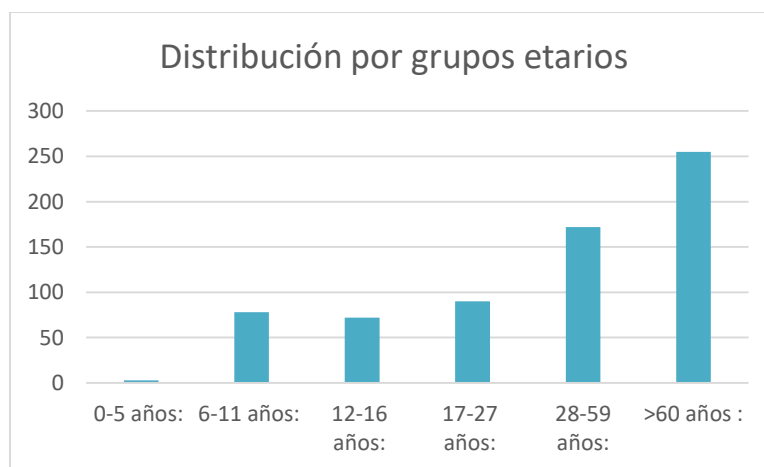
Convenio / Contrato			Total DAPS
Convenio 2024	interadministrativo	725-FDL Fóntibon	348
Convenio 2023	interadministrativo	429-FDL Fóntibon	267
Convenio 2024	Interadministrativo	764-	108

Fuente: Matriz entrega DAP. Fondos de desarrollo local. 2025

La distribución de los DAP por grupo etario evidencia una marcada concentración en la población mayor de 60 años (255 casos), seguida del grupo de 28 a 59 años (172 casos), lo que indica que la mayor proporción de dispositivos se concentra en personas adultas y adultas mayores.

En los grupos juveniles, los registros son inferiores en comparación con la población adulta: 17 a 27 años (90 casos), 6 a 11 años (78 casos) y 12 a 16 años (72 casos), lo que refleja una menor demanda relativa en estas edades. Por su parte, el grupo de 0 a 5 años presenta la menor frecuencia (3 casos), evidenciando una ocurrencia mínima en la primera infancia.

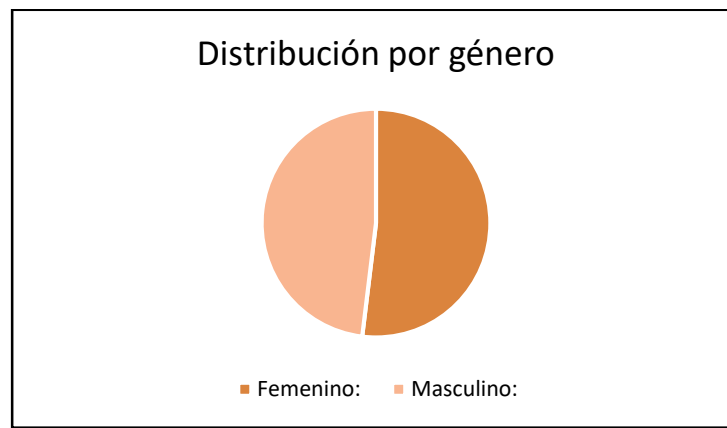
Grafica 1. Distribución de DAP por grupos etarios. 2025



Fuente: Informes finales de actividades de convenios / contratos con FDL.2025

De manera global, se identifica una tendencia creciente en la asignación de DAP conforme aumenta la edad, con un incremento más pronunciado a partir de los 28 años y particularmente en la población mayor de 60 años. En cuanto a la distribución por sexo, se observa una ligera predominancia del femenino en la mayoría de las categorías analizadas.

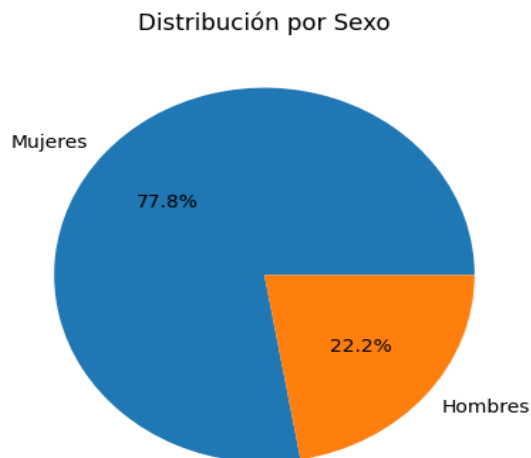
Grafica 2. Distribución de DAP por género. 2025



Fuente: Informes finales de actividades de convenios / contratos con FDL.2025

En el marco de los Contratos Interadministrativos 655-2024 FDL Bosa y el Convenio 725-2024 FDL Fontibón, se desarrollaron acciones alternativas en salud dirigidas a cuidadores, cuidadoras y personas con discapacidad, con una cobertura total de **881** personas. Se evidencia una participación mayoritaria de mujeres 77,7% (n=685), lo que refleja la feminización del rol de cuidado en el territorio y la necesidad de fortalecer estrategias de autocuidado y salud mental dirigidas a cuidadoras.

Grafica 3. Distribución de DAP por género. 2025



Fuente: Informes finales de actividades de convenios / contratos con FDL.2025

11.4 EN TERRITORIO

El Convenio 2230111, suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y la Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial – Enterritorio, inició el 30 de junio de 2023 y culminó el 30 de noviembre de 2025. Su propósito fue aunar esfuerzos técnicos, humanos, económicos y logísticos para implementar el modelo de prevención combinada del VIH con enfoque comunitario en población clave —hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans, trabajadoras sexuales y población migrante procedente de Venezuela— en la zona Sur Occidente de Bogotá D.C., en el marco del proyecto nacional “*Ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad*”.

Durante sus tres años de ejecución (2023-2025), el convenio fortaleció la atención comunitaria, incrementó el acceso al diagnóstico oportuno y amplió la entrega de

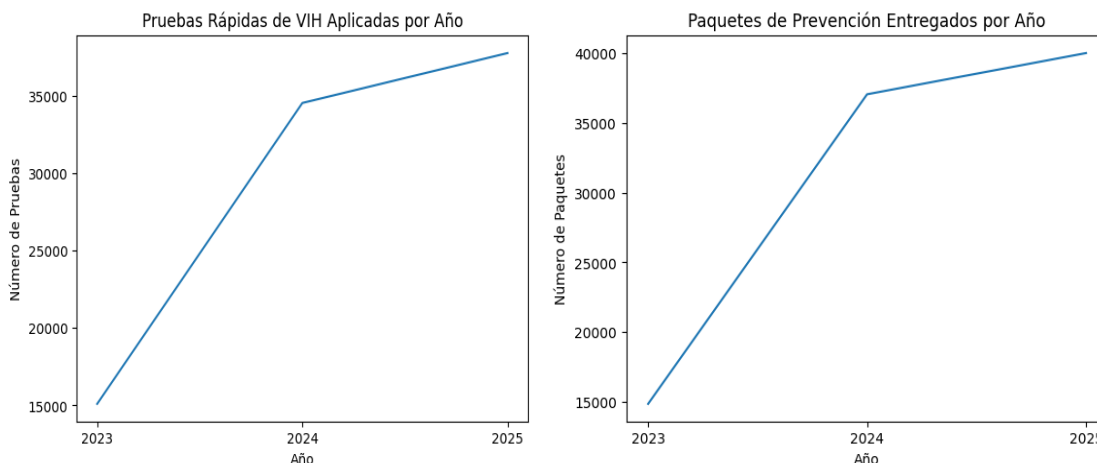
insumos de prevención, 87.424 pruebas rápidas de VIH aplicadas y 91.915 paquetes de prevención entregados. Entre los principales resultados se destacan:

Tabla. 6. Pruebas rápidas de VIH aplicadas y Paquetes de prevención entregados. 2025

Vigencia	Pruebas rápidas de VIH aplicadas	Paquetes de prevención entregados
2023	15.095	14.858
2024	34.551	37.051
2025	37.778	40.006

Fuente: Informes finales de actividades de convenios / contratos con FDL.2025

Grafica 4. Pruebas rápidas de VIH y Paquetes de prevención entregados. 2025



Fuente: Informes finales de actividades de convenios / contratos con FDL.2025

Estos logros fueron posibles gracias al trabajo de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales psicosociales, gestores pares, auxiliares de enfermería, un técnico de monitoreo y técnicos de inventarios, con el desarrollo de acciones territoriales, búsqueda activa, asesoría en salud sexual, tamizaje y entrega de insumos, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento de la respuesta comunitaria al VIH en la zona Sur Occidente de Bogotá.

11.5 PROGRAMA JOVENES EN PAZ - Resolución 1008 DE 2025

A partir de la asignación de recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la Subred Sur Occidente conformó un Equipo Interdisciplinario de Salud para Jóvenes, con el propósito de garantizar la implementación de acciones orientadas al aseguramiento y acceso efectivo a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el marco del Programa Jóvenes en Paz, se estableció una cobertura de 600 jóvenes entre los 14 y 28 años de edad, con el objetivo de asegurar que las personas beneficiarias puedan acceder oportunamente a los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Esta estrategia busca fortalecer el acceso efectivo a los servicios de salud, reducir brechas de aseguramiento y garantizar la atención integral de la población joven beneficiaria, contribuyendo a la garantía del derecho fundamental a la salud.

11.6 PRINCIPALES LOGROS

- Implementación de estrategias que permitan evaluar los procesos y las acciones desarrolladas.
- Formulación de indicadores que permiten estandarizar procesos de seguimiento y acompañamiento.

11.7 RETOS VIGENCIA 2026

Se han presentado tiempos prolongados en los procesos de contratación para la adquisición de dispositivos de ayuda personal, lo cual ha generado inquietudes por parte de la comunidad y líderes comunitarios, asociadas principalmente a los tiempos estimados para la entrega de los elementos.

12 GESTION FINANCIERA

12.1 GESTIÓN DE PRESUPUESTO

EJECUCION PRESUPUESTAL VIGENCIA DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025,

Para la vigencia 2025, el presupuesto definitivo ascendió a la suma de \$711.954 millones, de esta cifra, el presupuesto aprobado inicialmente fue por valor de \$545.051 millones, durante la vigencia se adicionaron \$166.904 millones, lo que corresponde al 23% de recursos adicionales comparado con el presupuesto definitivo al cierre de la vigencia 2025. Para la vigencia 2024, el presupuesto definitivo asciende a la suma de \$661.093 millones, de esta cifra, el presupuesto aprobado inicialmente fue por valor de \$464.959 millones, durante la vigencia se adicionaron \$196.134 millones, lo que corresponde al 30% de recursos adicionales; el presupuesto definitivo para la vigencia 2025 en comparación con la vigencia 2024, aumento en \$50.861 millones, lo cual corresponde a una diferencia del 1%.

- **INGRESOS**

Tabla 1 Ejecuciones ingresos 31 de diciembre 2025 Vs 2024
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre 31 de 2025		Diciembre 31 de 2024		% de recaudo vs. presupuesto		Variación %recaudo 2025/2024
	presupuesto definitivo	Recaudo	presupuesto definitivo	Recaudo	2024	2024	
Disponibilidad Inicial	37.775	37.775	51.714	51.714	100%	100%	-27%
Venta de Servicios de Salud Vigencia	517.905	410.331	454.594	371.546	79%	82%	10%
Cuentas por cobrar	65.655	64.663	65.285	63.835	98%	98%	1%
Aportes (No ventas) mas Convenios	79.452	75.537	84.950	78.279	95%	92%	-4%
Convenios para Inversión	10.568	38.972	3.950	3.950	369%	100%	887%
Ingresos de Capital	600	1.693	600	1.870	282%	312%	-9%
TOTAL	711.954	628.971	661.093	571.194	88%	86%	10%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de ingresos a 31 de diciembre de 2024-2025

A 31 de diciembre de 2025, la ejecución de ingresos registra un recaudo total por valor de \$628.971 millones, representado en un 88% del presupuesto de la vigencia, que comparado

con el recaudo efectuado en la vigencia 2024 por valor de \$571.194 siendo este 86% del presupuesto, presenta comparativamente un incremento del 10%.

El desagregado del recaudo para la vigencia 2025 se registran \$37.775 millones de disponibilidad inicial, con una reducción del 27%, frente al mismo ítem de la vigencia 2024; \$410.331 millones de venta de servicios, con un aumento del 10% comparado con la vigencia 2024; \$64.663 millones de cuentas por cobrar, recaudo que presenta un incremento del 1% al cierre de 2024; \$75.537 millones provenientes de convenios no ligados a la venta de servicios de salud, presenta una reducción del 4% comparado con la vigencia 2024.

• VENTA DE SERVICIOS DE SALUD VIGENCIA

Tabla 2 Recaudo venta de servicios vigencia a 31 de diciembre de 2025 Vs 2024

Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre 31 de 2024		Diciembre 31 de 2025		% de recaudo vs. presupuesto		Variación %recaudo 2025/2024
	presupuesto definitivo	Recaudo	presupuesto definitivo	Recaudo	2024	2025	
Vinculado FFDS	2.437	1.170	2.096	1.749	48%	83%	50%
Régimen Subsidiado, Subsidiado Evento y PGP	300.996	212.119	334.280	234.380	70%	70%	10%
Subsidiado Capitado	10.371	6.072	29.879	33.610	59%	112%	454%
Régimen Contributivo	34.402	20.365	50.953	46.964	59%	92%	131%
Plan de Intervenciones Colectivas PIC	75.147	67.923	63.434	65.947	90%	104%	-3%
Otros pagadores	29.534	16.198	24.566	21.404	55%	87%	32%
Población extranjera	10.423	7.660	12.696	6.277	73%	49%	-18%
Convenios sujetos a la venta de servicios	30.235	23.376	36.252	28.629	77%	79%	22%
TOTAL	493.545	354.883	554.157	438.959	72%	79%	24%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Ingresos a diciembre 31 de 2024-2025

Al cierre de la vigencia 2025, la gestión de recaudo por Venta de Servicios de Salud alcanzó los \$438.959 millones, lo que representa una ejecución del 79% frente al presupuesto definitivo de \$554.157 millones. Este resultado representa un incremento positivo al compararse con el 2024, donde el recaudo fue de \$354.883 millones (72% de ejecución), consolidando un aumento del 24% en el flujo de recursos.

El comportamiento de los diferentes rubros permite identificar los regímenes de mayor impacto así:

- Régimen Contributivo: Este rubro fue el de mayor crecimiento, con una variación positiva del 131%. Su recaudo pasó de \$20.365 millones en 2024 a \$46.964 millones en 2025, reflejando una gestión de cobro efectiva.
- Subsidiado Capitado: Superó la meta establecida alcanzando un 112% de ejecución frente a su presupuesto.
- Vinculados y Otros: El rubro Vinculado FFDS mejoró su eficiencia del 48% al 83% (un aumento del 50%). Por su parte, Otros Pagadores (APH, salud mental y particulares) creció un 32
- Régimen Subsidiado: El bloque de Subsidiado (Evento y PGP) mantiene su relevancia con un crecimiento del 10%.

A pesar del balance favorable, se identifica una oportunidad de mejora en el rubro de Población Extranjera. Este ítem presentó una disminución del 18% en su recaudo y una caída en su efectividad del 73% al 49%.

En términos generales, la Subred cierra el periodo 2025 con un indicador de gestión positivo. La transición del 72% al 79% en el porcentaje de recaudo total demuestra resultados tangibles, apalancado principalmente por el régimen contributivo y la recuperación de cartera de vinculados.

• CUENTAS POR COBRAR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 3 Recaudo cuentas por cobrar vigencia a 31 de diciembre 2025 Vs 2024
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre 31 de 2024		Diciembre 31 de 2025		% de recaudo vs. presupuesto		Variación %recaudo 2025/2024
	presupuesto definitivo	Recaudo	presupuesto definitivo	Recaudo	2024	2025	
Vinculado, PIC + población extranjera	24.650	25.551	15.252	4.725	104%	31%	-82%
Subsidiado	27.635	27.502	34.636	45.890	100%	132%	67%
Contributivo	7.000	8.730	8.907	12.629	125%	142%	45%
Otros pagadores	6.000	2.052	6.860	1.419	34%	21%	-31%
TOTAL	65.285	63.835	65.655	64.663	98%	98%	1%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Ingresos a 31 de diciembre de 2024-2025

El recaudo total de cartera correspondiente a los rubros de cuentas por cobrar se mantuvo en el mismo nivel de eficiencia, alcanzando un cumplimiento del 98% sobre el presupuesto definitivo en ambas vigencias. En términos monetarios, el recaudo pasó de \$63.835 millones en 2024 a \$64.663 millones en 2025, lo que representa una variación positiva del 1%. Esto indica una estabilidad la recuperación de cuentas de vigencias anteriores.

Régimen Subsidiado: Es el rubro de mayor impacto. Logrando un recaudo de \$45.890 millones, superando su presupuesto con un cumplimiento del 132%. Este concepto creció un 67% en comparación con el año anterior.

Régimen Contributivo: Mostró una gestión de cumplimiento del 142% respecto a su presupuesto de 2025. Registró un incremento del 45% en el recaudo total frente a la vigencia 2024.

Vinculado, PIC + Población Extranjera: Este grupo sufrió una caída importante del 82% en su recaudo. Mientras que en 2024 superó la meta (104%), en 2025 solamente alcanzó un 31% de cumplimiento. Presentando reducción de \$25.551 millones a \$4.725 millones.

Otros Pagadores: Continúa con una tendencia débil con una disminución del 31% en su recaudo. Su eficiencia bajó del 34% en 2024 a un 21% en 2025.

• GASTOS

Tabla 4 Presupuesto de Gastos ejecutado a 31 de diciembre de 2025 Vs 2024
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre de 2024		Diciembre de 2025		% de compromisos vs. presupuesto		Variación % compromisos 2025/2024
	presupuesto definitivo	compromisos	presupuesto definitivo	compromisos	2024	2025	
Talento Humano Personal Planta	122.263	122.243	144.808	142.159	100%	98%	16%
Talento Humano por OPS	229.408	226.617	238.032	236.792	99%	99%	4%
Gastos Generales	67.416	66.562	70.620	68.910	99%	98%	4%
Sentencias	1.182	819	1.750	411	69%	23%	-50%
Gastos de Operación	110.388	110.388	116.015	115.148	100%	99%	4%

Cuentas por pagar gastos corrientes	84.669	84.349	106.715	105.807	100%	99%	25%
Inversión Directa	13.584	11.112	13.634	5.889	82%	43%	-47%
Cuentas por pagar Inversión	25.717	25.368	15.924	15.924	99%	100%	-37%
Disponibilidad Final	6.470	0	4.456	0	0%	0%	0%
TOTAL	661.097	647.459	711.954	691.040	98%	97%	7%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Gastos a 31 de diciembre de 2023-2024

Para la vigencia 2025, la ejecución de compromisos ascendió a \$691.040 millones, lo que representa el 97% del presupuesto definitivo. Al comparar este resultado con el cierre de 2024, se observa un incremento del 7%, equivalente a \$43.581 millones.

- **Talento Humano**

Planta de Personal: Los compromisos alcanzaron un cumplimiento del 98% frente a su presupuesto definitivo de \$144.808 millones. Este rubro registró un aumento del 16% respecto a 2024. Este incremento se considera moderado en relación con el IPC, destacando que el crecimiento responde a los nuevos nombramientos realizados desde enero de 2025 en el marco de la política de dignificación laboral, acuerdos sindicales y el Plan de Desarrollo Distrital.

Talento Humano por OPS: Este concepto cerró con una ejecución del 99% y un incremento del 4% frente a la vigencia anterior. Estos recursos ampararon la contratación del personal asistencial (auxiliares de enfermería y apoyo), administrativo, personal para el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el desarrollo de convenios.

Gastos Generales y de Operación

Gastos Generales: Registraron una ejecución del 98% y una variación anual del 4%. Este incremento, ajustado al IPC, cubrió necesidades como servicios públicos, vigilancia, aseo, seguros y mantenimiento de la ESE.

Gastos de Operación (Comercialización): Rubros esenciales para la prestación del servicio incluyendo medicamentos, material médico-quirúrgico, alimentación, lavandería y servicios especializados presentaron un nivel de ejecución del 99% y un incremento del 4% respecto a 2024. Se destaca que, en estos insumos, el aumento se mantuvo moderado.

Cuentas por Pagar:

Gastos Corrientes: Las cuentas por pagar por este concepto presentaron un incremento del 25%, pasando de \$84.349 millones en 2024 a \$105.807 millones en 2025. Esto indica una acumulación de obligaciones de corto plazo.

Inversión: Por el contrario, las cuentas por pagar de inversión se redujeron en un 37%, cerrando en \$15.924 millones.

Inversión Directa:

El rubro de Inversión Directa muestra una caída en el Compromiso, mientras que en 2024 se comprometieron \$11.112 millones, en 2025 esta cifra descendió a \$5.889 millones, lo que representa una reducción del 47%. El nivel de ejecución frente al presupuesto definitivo cayó del 82% en 2024 a un 43% en 2025. Este bajo porcentaje señala que más de la mitad de los recursos destinados a proyectos de Inversión de la ESE no fueron comprometidos durante el cierre de la vigencia.

Tabla 5 Gastos de Inversión a 31 de diciembre de 2025 Vs. 2024
Información en millones de pesos

Concepto	diciembre de 2024		diciembre de 2025		% de compromisos vs. presupuesto		Variación % compromisos 2025/2024
	presupuesto definitivo	Compromisos	presupuesto definitivo	compromisos	2024	2025	
Infraestructura	5.148	4.853	10.189	5.041	94%	49%	4%
Dotación	8.263	6.249	3.445	847	76%	25%	-86%
honorarios	173	11	0	0	6%	0%	-100%
Total	13.584	11.112	13.634	5.889	82%	43%	-47%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Gastos a 31 de diciembre de 2024-2025

Al cierre de la vigencia 2025, la ejecución de Inversión Directa alcanzó un nivel de compromisos del 43% frente a su presupuesto definitivo de \$13.634 millones. Estos recursos corresponden a convenios suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) destinados a proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Al comparar estos resultados con la vigencia 2024, se observa una reducción del 47% en el valor total de los compromisos, pasando de \$11.112 millones a \$5.889 millones. Esta disminución en el ritmo de ejecución se explica principalmente por la dependencia de la vigencia de los convenios con el FFDS. Específicamente, el rubro de Dotación presentó una caída del 86% en sus compromisos, mientras que la ejecución en Infraestructura se situó en el 49% de su meta presupuestal al corte de diciembre.

12.2 SUBPROCESO DE FACTURACION

En la vigencia 2025 a corte 31 de diciembre la Subred Sur Occidente facturó \$567.656 millones de los cuales corresponde a venta de servicios \$559.426 millones que corresponde al 99% del total de la facturación y a convenios \$8.230 millones con participación del 1% del total de la facturación, en el mismo periodo en el año 2024 \$488.310 millones de los cuales corresponde a venta de servicios \$481.336 millones y a convenios \$6.974 millones, por lo tanto, en el año 2025 se presenta un aumento en la facturación del 16% al compararse con el mismo periodo del año anterior.

Cifras en millones de \$

TIPO	VIGENCIA 2024	VIGENCIA 2025	% VAR 2025 VS 2024	% PART 2025
SUBSIDIADO PGP Y PYD (hasta 2.019)	202.216	193.812	-4%	34%
SUBS EVENTO (Incluye PYD desde 2.020)	91.589	118.456	29%	21%
PIC	91.970	90.309	-2%	16%
FFDS	20.512	31.305	53%	6%
SOAT	1.474	1.924	31%	0%
CONTRIBUTIVO	37.962	71.153	87%	13%
SUBS CAPITACION	9.966	45.036	352%	8%
DEMÁS PAGADORES	24.359	6.152	-75%	1%
PARTICULARES - CUOTAS RECUPERACION	1.287	1.279	-1%	0%

TOTAL VENTA DE SERVICIOS	481.336	559.426	16%	99%
OTROS INGRESOS (CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIAL)	6.974	8.230	18%	1%
TOTAL FACTURACIÓN	488.310	567.656	16%	100%

Fuente: Informe de facturación generada 2022-2025 a Diciembre

En la vigencia 2025 se observa una variación positiva del 16% con respecto al mismo periodo del año 2024, el régimen que registra el mayor crecimiento frente a la vigencia anterior es Subsidiado Capitalización, con un incremento del 352%. En segundo lugar, el Contributivo presenta un crecimiento del 87%, por el fortalecimiento de los servicios principalmente en los hospitales de Kennedy y Bosa, así como el impacto epidemiológico en la población pediátrica en el Hospital Tintal, la continuidad en el seguimiento para mejorar los indicadores de eficiencia hospitalaria, el programa de hospitalización domiciliaria para aumentar coberturas en los servicios y la rotación de cama, es de anotar que la facturación de los servicios son con puerta de entrada de urgencias y servicios de cirugía y UCI entre otros. El pagador que sigue es el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), con una variación positiva del 53% es de anotar que en este pagador se encuentra la atención de PNA, extranjeros irregulares, APH lo cual difiere del 2024 donde este concepto se registró en Otros, por su parte, el SOAT muestra en 2025 un aumento del 31% frente a 2024; destacando que en enero de 2025 se facturó el valor correspondiente a diciembre de 2024, lo cual incide en este resultado, en relación con los convenios, se obtuvo un incremento del 18%, mientras que el Subsidiado Evento presentó un crecimiento del 29% frente al valor facturado en el periodo del 2024, producto de los servicios de urgencias y derivada de la misma, con un mayor impacto en el mes de abril dado el cierre de la clínica Roma - Colsubsidio y del cierre de servicios de Gineco-Obstetricia y Neonatología de la Clínica de Occidente, situación que impacta también en el Régimen Contributivo.

En contraste, los regímenes que registran variación negativa son: Demás Pagadores, con una disminución del 75%; Subsidiado PGP se evidencia una disminución del 4% en la tipología de contratación, pasando a un modelo de capitalización. Asimismo, el incremento registrado fue inferior al presentado en 2024 en términos de tarifa, lo que impacta directamente el comportamiento de los ingresos frente al año anterior; y el PIC presenta

disminución de un 2% frente a lo contratado y facturado en el 2.024, teniendo en cuenta los lineamientos de la SDS.

12.2.1 Plan de ventas vs facturación vigencia 2025

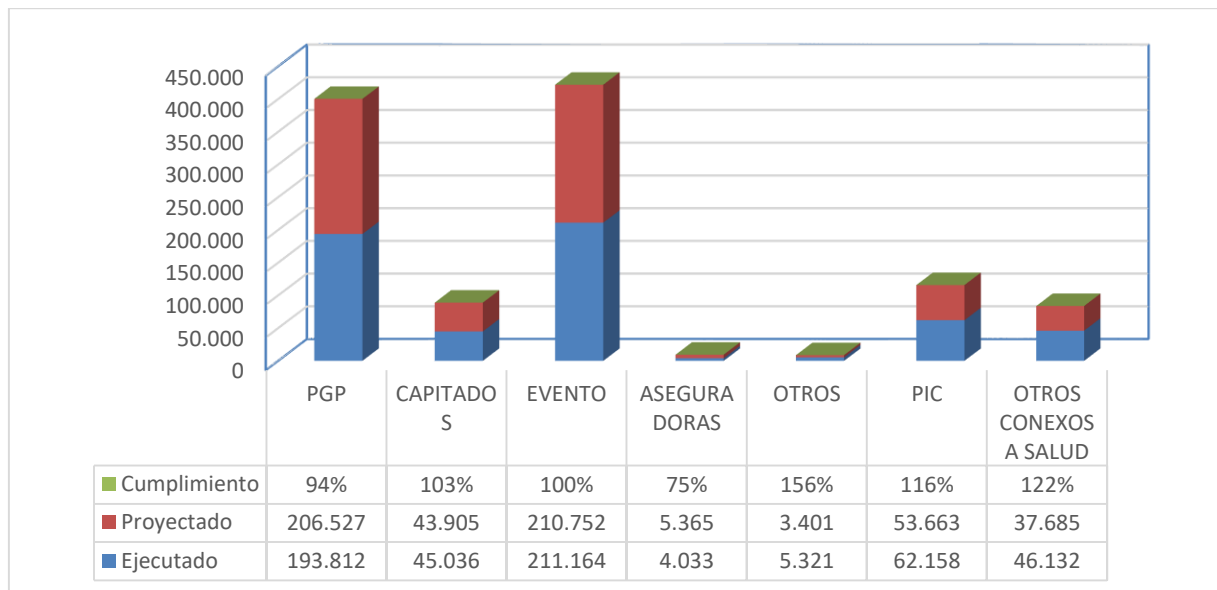
Durante el año 2025 se alcanzó una facturación total de \$567.656 millones, superando la meta establecida en el Plan de Ventas, la cual corresponde a \$561.297 millones, teniendo en cuenta la información registrada en la meta proyectada en factibilidad. Esto representa un cumplimiento del 101,1% del objetivo proyectado. Al analizar los resultados por tipo de régimen, se observa el siguiente comportamiento:

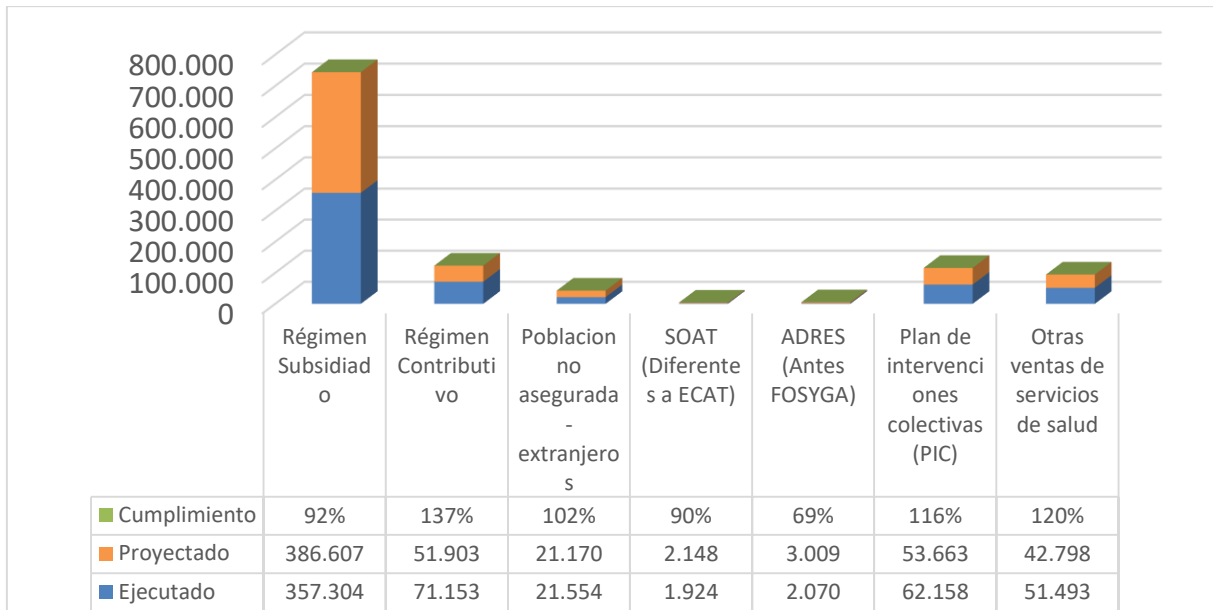
FFDS PIC: 116%, PGP: 94%, Capitados: 103%, Evento: 100%, Aseguradoras: 75% Otros: 156% y Otros Conexos a Salud 122% del cumplimiento.

Estos resultados evidencian un desempeño sobresaliente en algunos segmentos, especialmente en otros pagadores, seguidos de otros conexos a salud y FFDS PIC, mientras que las aseguradoras presentan oportunidades de mejora.

Los datos descritos se reflejan claramente en la gráfica presentada a continuación.

Cifras en millones de \$





Los principales aspectos que se identifican y que impactan en el cumplimiento de lo proyectado en el plan de ventas, son los siguientes:

- La facturación PIC acumulada presenta un cumplimiento del 116% frente a lo proyectado de la vigencia basado en la proyección realizada en el documento de factibilidad 2025.
- Así como el Régimen Contributivo presenta un cumplimiento del 137% frente a lo proyectado. Es importante aclarar que se supera la meta a pesar de la afectación de las tarifas que se encuentran pactadas bajo modalidad UVT-% para entidades con acuerdo de voluntades. En el caso de atenciones de urgencias a entidades sin contrato, la parametrización se realiza acorde a la normatividad que cambió para la vigencia 2025 a Tarifario UVB, conforme a la Circular 025 de 2024 emanada del Ministro de Salud y Protección Social.
- El Régimen Subsidiado registra un cumplimiento del 92%, explicado por la disminución en la modalidad PGP porque de una parte, el incremento inicial fue menor notablemente frente al de la vigencia 2024 y, de otra parte, este contrato disminuyó las tipologías y por ende el valor del techo mes a partir de septiembre de 2025, sin embargo se mantiene el cumplimiento con la contratación bajo modalidad de capitalización con Capital Salud, así como con Sanitas, Coosalud y Famisanar para población subsidiada, no obstante, aunque por esta vía podría limitarse el crecimiento de

la facturación por evento, hubo un notable crecimiento en la facturación de la Nueva EPS y Famisanar.

- **Radicación**

De la facturación total alcanzada en la vigencia 2025, acorde con los parámetros de norma, se alcanza una radicación de \$563.415 millones, discriminados en \$555.186 millones por venta de servicios y \$8.230 millones por convenios.

Estos montos representan el 99,3% del total facturado, conforme se detalla a continuación:

Cifras en millones de \$

RÉGIMEN	FACTURADO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025	RADICADO ENTIDAD Y NC AL 31 DE ENERO DE 2026	RADICADO /FACTURADO
SUBSIDIADO -PGP	193.812	192.425	99%
SUBSIDIADO – EVENTO	118.456	117.543	99,2%
SUBSIDIADO -CAPITACION	45.036	45.036	100%
PIC	90.309	90.309	100%
FFDS	31.305	30.564	98%
SOAT	1.924	1.869	97%
CONTRIBUTIVO	71.153	70.489	99%
DEMÁS PAGADORES	6.152	5.672	92%
PART Y RECUP	1.279	1.279	100%
Total Venta de servicios	559.426	555.186	99,2%
OTROS INGRESOS (CONVENIOS DOCENTE ASISTENCIAL)	8.230	8.230	100%
Total	567.656	563.415	99,3%

Fuente: Informe de facturación generada 2025 a 31 de diciembre, informe de facturación radicada y conciliada a 31 enero 2026 y conciliaciones de facturación radicada 2025 entre facturación y cartera.

Se destaca que, durante esta vigencia, todos los pagadores lograron un cumplimiento en la radicación comprendido entre el 97% y el 100%, lo que refleja un desempeño uniforme y eficiente en los procesos de facturación.

Por otro lado, la facturación pendiente por radicar se concentra en Adres por falta del requisito llamado “carta tope” que presenta importantes complejidades en su obtención y de EPS Familiar de Colombia por plataforma inhabilitada a falta de tener contrato la Subred, lo que llevó a la radicación mediante el mecanismo de derecho de petición del cual no fue posible contar con un número de radicación obligando a buscar otro mecanismo como la radicación mediante correo certificado sin lograr obtener aún el reporte de radicación. Otras entidades, con menor impacto, generaron fechas de cierre en plataformas de radicación por cambio de vigencia.

Se destaca que en la vigencia 2025 se dio inicio a la radicación electrónica lo que ocasionó incontables contratiempos que limitaron la oportunidad en la radicación, contratiempos tales como: dificultad para lograr la validación de los RIPS JSON, actualizaciones del mecanismo de validación API DOCKER del Ministerio que a su vez llevó a varias actualizaciones del Software Dinámica Gerencial, logrando incluso validación en el mes de diciembre de facturas de prestación de servicios del I semestre, no obstante, a pesar de las dificultades presentadas se logró la radicación del 99% de la facturación generada.

12.3 GESTION DE TESORERÍA

El Subproceso de Tesorería presenta el estado de la gestión de recaudo, manejo de cuentas bancarias y acciones de control implementadas durante la vigencia 2025, orientadas a garantizar la adecuada administración y custodia de los recursos institucionales.

- **Gestión del Recaudo**

La Subred Sur Occidente cuenta con 31 puntos de atención en los cuales se realiza recaudo por concepto de copagos.

Acciones de control implementadas:

- Actualización de la circular de autocontrol para apertura y cierre de caja.
 - Verificación diaria del recaudo registrado en el sistema frente al reporte bancario bajo el concepto “Abono por Centro de Efectivo”, garantizando el ingreso total de los recursos al banco.
 - Realización de arqueos semanales en cada punto de recaudo.
 - Ejecución de arqueos sorpresivos para identificar sobrantes y faltantes.
 - Reporte de novedades al líder de Facturación y a la Dirección de Servicios Ambulatorios.
 - Capacitación permanente al personal facturador sobre manejo y destinación de recursos.
-
- **Auditoría y Fortalecimiento del Control Interno**

Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno realizó auditoría interna basada en riesgos al subproceso de Tesorería.

Resultados principales:

- Actualización del 100% de los procedimientos del área.
 - Fortalecimiento del sistema de control interno.
 - Ajuste de procesos conforme al mapa de riesgos institucional.
-
- **Manejo de Cuentas Bancarias**

Al cierre de 2025, la entidad cuenta con 60 cuentas bancarias activas, distribuidas así:

- 56 cuentas de uso restringido para ejecución de convenios interadministrativos.
- 3 cuentas para recursos propios (incluye cuenta corriente de caja menor).

Saldos consolidados al cierre 2025

Clasificación	No. Cuentas	Saldo (\$)
Dotación	11	41.613.601.396,30
En liquidación	1	357.633.521,27
Fortalecimiento	41	21.119.996.162,01
PIC	3	7.572.994.432,82
Recursos disponibles	4	7.884.329.657,53
Total	60	78.548.514.682,62

Fuente información: Boletín de tesorería - Libro auxiliar de bancos- Extractos bancarios

- **Programación y Ejecución de Pagos**

De acuerdo con la proyección de recaudo, se programaron pagos por Gastos de personal, Bienes y servicios, Impuestos, Servicios públicos y Sentencias judiciales. Se generan reportes diarios de ingresos y egresos, permitiendo control permanente sobre caja y bancos.

- **Cumplimiento Normativo**

En cumplimiento de las disposiciones de la Contaduría General de la Nación (CGN):

- Se aplican acciones permanentes del mapa de riesgos.
- Se realiza registro y conciliación del 100% de los saldos de cajas y bancos.

Los procesos y procedimientos se encuentran actualizados, aprobados y publicados en el aplicativo de Almera.

12.4 GESTIÓN DE CONTABILIDAD

Durante la vigencia 2025, el Subproceso de Gestión Contable desarrolló acciones estratégicas orientadas a garantizar la integridad, coherencia y trazabilidad de la información financiera, así:

Elaboración y presentación de Estados Financieros

Se realizó la preparación y presentación de los Estados Financieros del cierre de la vigencia 2024 y los estados financieros del I, II y III trimestre del año 2025, los cuales fueron

218 de 326

reportados oportunamente a la Contaduría General de la Nación y a la Dirección Distrital de Contabilidad, conforme a los plazos establecidos en la normatividad vigente, garantizando el cumplimiento de los principios de transparencia, publicidad y confiabilidad de la información financiera institucional.

Se destaca que los Estados Financieros de cierre de vigencia comprenden los siguientes documentos:

- Estado de Situación Financiera Comparativo.
- Estado de Resultados Integral Comparativo.
- Estado de Cambios en el Patrimonio.
- Estado de Flujo de Efectivo.
- Notas a los Estados Financieros.
- Certificación de los estados financieros expedida por la Representante Legal y la Contadora de la Entidad.

Cierre Contable y Oportunidad en Reportes

Se dio cumplimiento al cronograma de cierres contables mensuales, asegurando:

- Registro oportuno de los hechos económicos.
- Conciliaciones bancarias.
- Conciliaciones con las áreas generadoras de información (Jurídica, Control Interno Disciplinario, Talento Humano, Tesorería, Cuentas por Pagar, Inventario, Activos, Facturación, Glosas y Cartera).
- Depuración y análisis permanente de cuentas.
- Consolidación y validación de la información financiera proveniente de las diferentes áreas, garantizando la razonabilidad de los resultados de cada periodo.
- Generación de balances de prueba.
- Elaboración de estados financieros mensuales.
- Envío de información mensual a Revisoría Fiscal.

Se mantuvo la oportunidad en la presentación de reportes regulatorios ante los entes de control y vigilancia.

Gestión de Conciliaciones Interdependencias

En el marco del aseguramiento de la razonabilidad de los Estados Financieros, el Subproceso de Gestión Contable realizó durante la vigencia 2025 la conciliación mensual y periódica con las diferentes dependencias de la entidad, entre ellas Jurídica, Control Interno Disciplinario, Talento Humano, Tesorería, Cuentas por Pagar, Inventarios, Activos Fijos, Facturación, Glosas y Cartera. Esta gestión constituye una actividad misional del proceso contable, orientada a garantizar que la información registrada refleje de manera fiel las operaciones económicas, financieras y administrativas de la Subred.

Incidencia en los Estados Financieros

- Se verificó la consistencia entre los saldos contables y los reportes operativos generados por cada dependencia.
- Se depuraron oportunamente partidas conciliatorias, evitando acumulaciones que afecten la confiabilidad de la información.
- Se aseguró el adecuado reconocimiento, medición, clasificación y revelación de los hechos económicos.
- Se fortalecieron los controles asociados a cuentas con impacto material en los estados financieros.
- Se mitigaron riesgos de error o incorrección material.

La articulación con las diferentes dependencias permitió consolidar información financiera íntegra, consistente y verificable, fortaleciendo el Sistema de Control Interno Contable y constituyéndose en un mecanismo fundamental para el aseguramiento de la calidad de la información financiera. Lo anterior, al integrar los resultados operativos de las distintas áreas en una base contable única y confiable, contribuye a la transparencia institucional y a la adecuada toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

Control Interno Contable

Así mismo, en cumplimiento de la Resolución 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación, la Oficina de Control Interno, durante la vigencia 2025, efectuó la evaluación del Sistema de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2024, obteniendo una calificación de **4.90**, lo que refleja un alto nivel de efectividad y madurez del proceso contable. En desarrollo de este componente, el Subproceso de Gestión Contable continuó fortaleciendo los controles asociados al reconocimiento, medición y revelación de la información financiera, con el propósito de mantener la confiabilidad y razonabilidad de la información reportada.

La evaluación correspondiente a la vigencia 2025, se encuentra en proceso de consolidación, una vez culminada la evaluación del Control Interno Contable, será reportada oficialmente a través de la plataforma dispuesta por la Contaduría General de la Nación.

Otras acciones ejecutadas durante la vigencia 2025

En cumplimiento de las funciones asignadas al Subproceso de Gestión Contable durante la vigencia 2025 se desarrollaron actividades complementarias que fortalecen la gestión financiera institucional y garantizan el cumplimiento normativo, tales como:

- ***Evaluaciones Financieras:***

Se realizaron las evaluaciones financieras para procesos contractuales, aplicando criterios técnicos y lineamientos institucionales, con el fin de verificar la capacidad financiera de los oferentes, mitigar riesgos financieros para la entidad y garantizar coherencia con los criterios de evaluación definidos.

- ***Liquidación de Indexaciones:***

Se realizaron las indexaciones derivadas de procesos las liquidaciones remitidas el área de Talento Humano de los procesos judiciales en contra de la entidad, los cuales tiene fallo desfavorable y ejecutoriado, asegurando la actualización de valores conforme a la

normatividad vigente, el adecuado reconocimiento contable de obligaciones y la razonabilidad de los pasivos reales registrados en los Estados Financieros de la Entidad.

12.5 GESTIÓN DE CARTERA Y CUENTAS MEDICAS

A 31 de diciembre de 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., registra una cartera radicada por venta de servicios de salud por valor de \$247.069.871.213, distribuidos por régimen y edades de la siguiente manera:

EDADES	CARTERA POR CONCEPTOS Y EDADES CON CORTE DICIEMBRE 2025								
	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	PPNA BTA	OTROS SS	PPNA	PIC	DIF a SS	TOTAL	%
0-60	31.399	16.317	3.852	1.630	-	-	9.934	63.131	26%
61-90	8.244	5.618	875	928	-	-	40	15.704	6%
91-180	22.193	9.805	3.281	1.877	-	1.869	43	39.068	16%
181-360	13.518	6.984	5.172	1.712	-	3.690	-	31.075	13%
> A 360	14.155	6.146	23.377	17.225	1.868	2.555	-	65.326	26%
Giro abono Fact Sin Identificar	-19.631	-11.341		-626	-	-	-	-31.599	-13%
SUBTOTALES EN GESTIÓN	69.877	33.530	36.557	22.745	1.868	8.114	10.016	182.705	74%
Liquidadas	51.977	12.388						64.365	26%
TOTAL	121.854	45.917	36.557	22.745	1.868	8.114	10.016	247.070	100%
%	49%	19%	15%	9%	1%	3%	4%	100%	0%

Valores en millones

Fuente información: Estado cartera por edades diciembre 2025

La cartera total se encuentra distribuida principalmente en el Régimen Subsidiado con \$121.853.867.748 correspondientes al 49%, seguido del régimen contributivo con un valor de \$45.917.153.778, y el PPNA BTA con una participación del 15%, se evidencia una alta concentración en el régimen Subsidiado (incluyendo lo correspondiente a entidades liquidadas de este régimen), el cual representa cerca de la mitad del total de la cartera institucional.

En cuanto a la distribución por edades, se observa que el 68% de la cartera total sin incluir liquidadas se concentra en, de 0 a 60 días (26%), mayor a 360 días (26%) y de 91 a 180 días (16%), siendo los grupos más representativos.

La cartera entre 0 y 90 días representa el 32% del total, lo que evidencia una proporción significativa de cartera reciente en proceso normal de gestión. Por otra parte, la cartera relacionada a una antigüedad mayor a 360 días se representa con una participación del 26%:

En relación con el estado total de la cartera, se interpreta que:

- El 74% (\$182.705.163.658) se encuentra en gestión de cobro.
- El 26% (\$64.364.707.555) corresponde a cartera de entidades liquidadas.

Respecto a las entidades liquidadas, el total asciende a \$64.364.707.555, cuyos procesos continúan hasta la pérdida de existencia legal. Una vez finalizada dicha etapa, los saldos que no sean recuperables serán incluidos dentro del plan de depuración de cartera para la vigencia 2026, conforme a la normativa aplicable.

Adicionalmente, se registra un valor de -\$32.647.963.620 correspondiente a giros y abonos por identificar, equivalente al -13,2%, los cuales se encuentran en proceso de conciliación y aplicación contable, dentro de los pagos por aplicar esta el valor de -\$1.048.917.858 que corresponden a los pagos por aplicar de las entidades liquidadas.

Por otra parte, se cuenta con cartera correspondiente a entidades en vigilancia e intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, por un valor de \$59.293.810.249. Se espera que las medidas adoptadas por el ente regulador no solo contribuyan al fortalecimiento financiero y administrativo de dichas entidades, sino que también permitan avanzar de manera efectiva en la recuperación de los saldos adeudados, con el fin de mejorar el flujo de recursos de la Subred y garantizar la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

Valores en millones

REGIMEN	NIT	NOMBRE TERCERO	TOTAL CARTERA
Contributivo	805001157	S.O.S. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	6
Subsidiado	805001157	S.O.S. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	3
Contributivo	824001398	DUSAKAWI EPS-I ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA	3
Subsidiado	824001398	DUSAKAWI EPS-I ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA	78
Capitación	830003564	FAMISANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A S	327
Contributivo	830003564	FAMISANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A S	10.263
Subsidiado	830003564	FAMISANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A S	9.807
Contributivo	891856000	CAPRESOCA E.P.S.	113
Subsidiado	891856000	CAPRESOCA E.P.S.	630
Contributivo	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	10.304
Subsidiado	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	12.758
Contributivo	900226715	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA	961
Subsidiado	900226715	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA	8.975
Contributivo	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. - SAVIA SALUD EPS	11
Subsidiado	900604350	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. - SAVIA SALUD EPS	1.685
Contributivo	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	276
Subsidiado	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	2.330
Contributivo	901021565	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	3
Subsidiado	901021565	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	762
TOTAL CARTERA NETA ENTIDADES INTERVENIDAS			59.294

Fuente información: Estado cartera por edades diciembre 2025

Al realizar la comparación del saldo de cartera neta frente al resultado obtenido en la vigencia 2024, se registra el siguiente resultado:

Valores en millones

REGIMEN	dic-24	dic-25	VARIACION \$	% VARIACION
Subsidiado evento	97.857	121.097	23.240	24%
Contributivo	47.896	45.917	-1.979	-4%
FFDS	36.659	44.670	8.011	22%
SOAT - ECAT	8.523	9.241	718	8%
Capitación	2.193	757	-1.436	-65%
Entes Territoriales	2.030	1.868	-162	-8%
Demás Pagadores	16.019	23.520	7.501	47%
TOTAL CARTERA NETA	211.177	247.070	35.893	17%
Valor Deteriorado	147.824	115.222	-32.602	-22%
TOTAL CARTERA CON DETERIORO	63.353	131.848	68.495	108%

Fuente información: Estado cartera por edades diciembre 2025

Al cierre de diciembre de 2025, la Subred registró una cartera neta de \$247.069.871.213, lo que representa un incremento de \$35.893.033.061 millones (17%) frente a 2024, con crecimiento destacado en los regímenes de Subsidiado Evento, FFDS y demás pagadores. Paralelamente, el valor deteriorado disminuyó un 22%, evidenciando avances en la recuperación y depuración de saldos de difícil cobro. Como resultado, el total de cartera con deterioro aumentó a \$131.848.141.727 millones (108%), reflejando un mayor volumen de cartera gestionada y registrada. En términos generales, la Subred logró incrementar sus saldos por cobrar mientras mejora la calidad de la cartera, fortaleciendo la gestión financiera y el control de riesgos asociados a la recuperación de recursos.

FFDS: Con corte al periodo analizado, la cartera correspondiente al FFDS asciende a \$44.670.466.270, representando el 18% del total general de la cartera institucional.

Valores en millones

REGIMEN	CARTERA 0 A 30 DIAS	CARTERA 31 A 60 DIAS	CARTERA 61 A 90 DIAS	CARTERA 91 A 180 DIAS	CARTERA 181 A 360 DIAS	CARTERA MAYOR 360	PAGOS SIN SOPORTE	TOTAL CARTERA	%
FFDS-VINCULADOS	116	370	56	535	1.069	17.184	-	19.330	43%
FFDS-EXTRANJEROS	648	2.436	693	2.382	3.349	5.595	-	15.101	34%
FFDS-SALUD PÚBLICA	-	-	-	1.869	3.690	2.555	-	8.114	18%
FFDS_EXTRAMURAL	190	69	116	344	709	-	-	1.429	3%
FFDS-DESPLAZADOS	-	-	-	-	-	262	-	262	1%
FFDS-ESCOLARIDAD	-	-	-	-	-	257	-	257	1%
FFDS-GRATUIDAD	10	12	9	20	45	79	-	176	0%
Total general	964	2.888	875	5.150	8.862	25.932		44.670	100%
%	2%	6%	2%	12%	20%	58%	0%	100%	

Fuente información: Estado cartera por edades diciembre 2025

La mayor participación se concentra en el régimen FFDS–Vinculados, con un saldo de \$19.330.406.669 (43%), seguido de FFDS–Extranjeros con \$15.101.301.318 (34%), y Salud Pública con \$8.113.808.645 (18%).

Los demás conceptos presentan una participación menor dentro del total, así:

- FFDS–Extramural: \$1.429.408.155 (3%)
- FFDS–Desplazados: \$262.489.281 (1%)
- FFDS–Escolaridad: \$257.305.978 (1%)
- FFDS–Gratuidad: \$175.746.224 (0%)

En cuanto a la composición por rangos de edad, se evidencia una alta concentración en cartera de difícil cobro, mayor a 360 días asciende a \$25.932.263.760, equivalente al 58% del total, siendo el rango más representativo. La cartera entre 181 y 360 días suma \$8.861.927.230 (20%). La cartera entre 91 y 180 días corresponde a \$5.149.877.990 (12%). Los rangos de 0 a 90 días representan en conjunto el 10% restante, distribuidos así:

- 0–30 días: \$963.750.673 (2%)
- 31–60 días: \$2.888.113.131 (6%)
- 61–90 días: \$874.695.710 (2%)

Se registra un valor menor en pagos sin soporte por \$162.224, el cual se encuentra en proceso de conciliación y depuración contable.

La alta participación de la cartera mayor a 360 días obedece principalmente a procesos de liquidación de contratos, concentrados en saldos de glosas no aceptadas, reservas de glosa y auditorías pendientes para el cierre de periodos y definición de saldos a favor, lo que impacta directamente los tiempos de recuperación de los recursos y el flujo financiero institucional.

CAPITAL SALUD: La cartera se encuentra distribuida en tres principales modalidades de contratación: Evento, Promoción y Prevención (PYD) y Pago Global Prospectivo (PGP), cuya composición por edades evidencia el siguiente comportamiento:

Valores en millones

REGIMEN	CARTERA 0 A 30 DIAS	CARTERA 31 A 60 DIAS	CARTERA 61 A 90 DIAS	CARTERA 91 A 180 DIAS	CARTERA 181 A 360 DIAS	CARTERA MAYOR 360	PAGOS SIN SOPORTE	TOTAL CARTERA	%
Subsidiado	2.593	2.052	1.598	3.867	1.555	1.130	-7.328	5.467	52%
Subsidiado_PGP	4.066	2.518	221	2.758	154	116	-6.117	3.716	36%
Subsidiado_PYD	103	-	-	971	3	-	-286	791	8%
Capitación	638	4	-	3	-	-	-321	324	3%
Contributivo_PGP	814	-	-	-	43	112	-835	134	1%
Contributivo_PYD	6	-	-	167	-	-	-138	36	0%
Total general	8.220	4.573	1.819	7.767	1.755	1.358	-15.024	10.468	100%
%	79%	44%	17%	74%	17%	13%	-144%	100%	

Fuente información: Estado cartera por edades diciembre 2025

Con corte al periodo analizado, el total general de la cartera asciende a \$10.468.081.170, lo cual representa un 4% del total de la Cartera.

La mayor participación corresponde al régimen Subsidiado – Evento, con un saldo de \$5.467.419.542 (52%), seguido de Subsidiado – PGP, con \$3.716.306.035 (36%). En conjunto, estas dos modalidades concentran el 88% del valor de la cartera con la EPS en mención.

Por su parte:

- Subsidiado – PYD registra \$790.901.419 (8%).
- Capacitación presenta un saldo de \$323.889.615 (3%) inicio de contrato en el mes de septiembre de 2025.
- Contributivo – PGP asciende a \$133.946.964 (1%).
- Contributivo – PYD representa un valor no significativo dentro del total (0%).

En cuanto a la concentración por rangos de antigüedad:

- La cartera entre 0 y 30 días asciende a \$8.219.885.085, representando el 79% del total, lo que evidencia una alta proporción de cartera reciente.
- El rango de 91 a 180 días suma \$7.766.598.061 (74%), con concentración principalmente en el régimen Subsidiado.
- La cartera entre 31 y 60 días corresponde al 44%, mientras que los rangos de 61 a 90 días y 181 a 360 días representan cada uno el 17%.
- La cartera mayor a 360 días equivale al 13%, con un saldo de \$1.358.224.024.

Se evidencian además valores registrados como pagos sin soporte, los cuales impactan el comportamiento porcentual y se encuentran en proceso de depuración y conciliación contable.

Gestion de Recaudo

Con corte a 31 de diciembre de 2025, la Subred presenta un recaudo acumulado por valor de \$628.971.030.024, frente a una proyección presupuestal total de \$711.954.496.916, lo que representa un 88% de ejecución presupuestal:

Valores en millones

REGIMEN	PROYECCION PRESUPUESTAL 2025	CIERRE EJECUCION RECAUDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025	%
SUB. – PGP	200.911	168.265	84%
SUB. – EVENTO	133.369	66.115	50%
SUB. – CAPITACION	29.879	33.610	112%
PIC	63.434	65.947	104%
FFDS	14.792	8.026	54%
CONTRIBUTIVO	50.953	46.964	92%
SOAT – ECAT	3.031	564	19%
DEMÁS PAGADORES	7.079	6.162	87%
SUBTOTAL VIGENCIA	503.449	395.653	79%
CUENTA POR COBRAR	76.428	86.194	113%
SUBTOTALES	579.877	481.847	83%
OTROS CONVENIOS	50.708	40.598	80%
TOTAL INGRESOS	630.585	522.445	83%
OTROS DIF VSS	81.370	106.526	131%
TOTAL	711.954	628.971	88%

Fuente de información: Ejecución presupuestal de ingresos corte diciembre 2025

El recaudo de la Vigencia /2025) representa una ejecución del 79% (\$395.652.764.756 frente a un valor proyectado de \$503.449.122.225). Al incorporar los valores ingresados por concepto de Cuenta por Cobrar, que registró un recaudo de \$86.193.929.063 (113% de ejecución), el cumplimiento asciende al 83% sobre el subtotal del valor proyectado de \$579.876.907.041. Teniendo en cuenta la suma de Otros Convenios, el total de ingresos alcanza \$522.444.709.752 (83%).

Finalmente, al incluir el valor de Otros Diferentes a VSS, que presentan una ejecución del 131%, se consolida el recaudo total en \$628.971.030.024, equivalente al 88% del presupuesto definitivo.

Los regímenes con mayor nivel de ejecución fueron:

- Capitalización: 112%
- PIC: 104%
- Contributivo: 92%
- Subsidiado – PGP: 84%
- Demás Pagadores: 87%
- Otros Diferentes a VSS: 131%

En términos generales, se evidencia buen comportamiento de pago en la ejecución del recaudo, especialmente en los componentes de Capitalización, PIC y recuperación de cartera (Cuenta por Cobrar), lo cual contribuyó a fortalecer el flujo de recursos de la entidad. No obstante, persisten oportunidades de mejora en el recaudo del régimen Subsidiado por Evento, FFDS y SOAT-ECAT.

Al realizar el comparativo del recaudo entre las vigencias 2024 y 2025, se evidencia un incremento significativo en los ingresos totales de la Subred. El total de ingresos pasaron de \$571.193.783.557 en la vigencia 2024 a \$628.971.030.024 en la vigencia 2025, lo que representa una variación de \$57.777.246.468 y un crecimiento del 10%:

Valores en millones

REGIMEN	2024	2025	VARIACIÓN	% VARIACIÓN
SUB. – PGP	177.961	168.265	-9.696	95%
SUB. – EVENTO	61.117	66.115	4.998	108%
SUB. – CAPITALACION	5.378	33.610	28.232	625%
PIC	75.289	65.947	-9.342	88%
FFDS	11.490	8.026	-3.464	70%
CONTRIBUTIVO	21.896	46.964	25.067	214%
SOAT – ECAT	709	564	-145	80%
DEMÁS PAGADORES	8.799	6.162	-2.637	70%
SUBTOTAL VIGENCIA	362.639	395.653	33.013	109%
CUENTA POR COBRAR	64.668	86.194	21.526	133%
SUBTOTALES	427.308	481.847	54.539	113%
OTROS CONVENIOS	35.492	40.598	5.106	114%
TOTAL INGRESOS	462.800	522.445	59.645	113%
OTROS DIFERENTES SS	108.394	106.526	-1.868	98%
TOTAL INGRESOS	571.194	628.971	57.777	110%

Fuente de información: Ejecución presupuestal de ingresos vigencias diciembre 2024 a 2025

- El valor de la Vigencia (2025) aumentó en \$33.013.470.309 (9%), pasando de \$362.639.294.447 a \$395.652.764.756.
- La Cuenta por Cobrar presentó un incremento por la suma de \$21.525.655.569 (33%), reflejando una gestión efectiva en la recuperación de cartera.
- Los Subtotales consolidados se incrementaron en un valor de \$54.539.125.878 (13%).

- Otros Convenios registraron un aumento de \$5.106.066.649 (14%).
- El componente de Otros Diferentes presentó disminución del 2%, equivalente a -\$1.867.946.059.

En cuanto al comportamiento por régimen, los incrementos más representativos se presentaron en el régimen subsidiado – capitación con un aumento de \$28.232.109.998, seguido por el régimen contributivo con un aumento de \$25.067.094.014 y el subsidiado evento con un aumento de \$4.998.459.905.

En términos generales, el comportamiento del recaudo refleja una mejora sostenida en la gestión financiera, con un crecimiento importante impulsado principalmente por el régimen Contributivo, Capitación y la recuperación de cartera. Lo anterior derivado de la gestión de cobro de acuerdo con el Manual Gestión del Ingreso a través de las siguientes acciones:

- Respuesta a las objeciones reportadas por los diferentes pagadores.
- Mesas de trabajo a través del Ministerio de la Protección Social según lo estipulado en la Circular 030 de 2013.
- Actividades de gestión de cobro logrando conciliaciones contables y médicas para la recuperación de saldos pendiente por pagar.

12.6 GESTIÓN DE CUENTAS POR PAGAR

El subproceso cuentas por pagar garantiza que todas las obligaciones que contraiga la Subred por concepto de adquisición de bienes, servicios u otros, sean oportunamente causadas y registradas en el sistema de información contable, dentro del periodo correspondiente, teniendo en cuenta la aplicación de la normatividad contable, tributaria nacional y distrital, al igual, que las condiciones establecidas en los diferentes contratos de adquisición de bienes y servicios. A 31 de diciembre de 2025 el saldo de las cuentas por pagar asciende a la suma de \$ 109.723.683.672 como se detalla a continuación:

CUENTAS POR PAGAR
CORTE A DICIEMBRE DE 2025
CIFRAS EN MILLONES DE PESOS

NOMBRE DE CUENTA	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	>360 DIAS	TOTAL	PART
Servicios	10.108	193	231	257	39	129	10.957	10%
Bienes	14.617	12.632	12.302	30.034	22.124	448	92.157	84%
Otros Acreedores (FFDS)	0	0	0	0	0	4.498	4.498	4%
Honorarios	49	47	47	25	15	401	582	1%
Otros proveedores	137	957	69	294	51	22	1.530	1%
TOTAL	24.910	13.829	12.649	30.610	22.229	5.496	109.724	100%
PARTICIPACION	23%	13%	12%	28%	20%	5%	100%	

Fuente información: Estado cuentas por pagar por edades diciembre 2025 – Cifras en millones de pesos

Como se observa en la tabla anterior, la mayor participación de cuentas por pagar corresponde al FFDS con la suma de \$4.498 millones, por concepto de saldos obtenidos en los procesos de liquidación de contratos de vinculados suscritos con los antiguos hospitales que conforman la Subred, correspondientes a contratos de la vigencia 2016 y anteriores, situación que igualmente afecta las cuentas por pagar mayores a 360 días y que no son objeto de depuración teniendo en cuenta que son cuentas por pagar debidamente constituidas mediante acta de cruce de información a diciembre 31 de 2018 y actas de liquidación de contratos interadministrativos, suscritos entre la Subred Suroccidente y el Fondo Financiero Distrital de Salud; fueron registradas en resolución y firmadas el 20 de Junio y el 12 de diciembre de 2019 y con estas fueron reconocidas las obligaciones en cuentas por pagar.

Actualmente la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E., se encuentra en proceso de llegar a un acuerdo con el Fondo Financiero Distrital de Salud, con el fin de proceder con el pago del saldo existente.

Igualmente, se observa que el 84% de las cuentas por pagar corresponden a adquisición de bienes y el 10% para adquisición de servicios.

A continuación, se presenta el informe de movimientos de cuentas por pagar de la vigencia 2025:

GESTION VIGENCIA 2025				
MES	SALDO MES ANTERIOR	CAUSACION	GIROS	SALDO FINAL
31/01/2025	94.515	34.320	21.549	107.286
28/02/2025	107.286	32.971	43.098	97.158
31/03/2025	97.158	33.995	31.112	100.041
30/04/2025	100.041	26.610	25.973	100.678
31/05/2025	100.678	29.392	26.406	103.663
30/06/2025	103.663	35.100	24.947	113.816
31/07/2025	113.816	38.346	35.578	116.584
31/08/2025	116.584	36.386	31.509	121.461
30/09/2025	121.461	37.353	28.418	130.397
31/10/2025	130.397	35.806	32.778	133.425
30/11/2025	133.425	35.760	34.398	134.787
31/12/2025	134.787	37.252	62.316	109.724
COMPRAS TOTALES				413.291
PROMEDIO DE CUENTAS POR PAGAR				114.085

La Subred propende por realizar el pago de sus obligaciones a proveedores de acuerdo con la forma de pago establecida en los contratos de adquisición de bienes y servicios y según la fecha de radicación de las facturas.

En cumplimiento a lo señalado en la Resolución 193 de 2016 de la CGN periódicamente se realizan circularizaciones a los diferentes proveedores, al igual, que se adelantan procesos de conciliación de forma presencial.

Si en la conciliación existen diferencias, se procede a solicitar los soportes y/o a gestionar las respectivas verificaciones y posterior solución, con el fin de llegar a saldos coincidentes entre las partes y posteriormente firmar la conciliación con el proveedor.

Así mismo, se realizan procesos de conciliación entre los saldos de cuentas por pagar y contabilidad, los cuales no presentan diferencias.

Las certificaciones de las facturas de los contratos se encuentran al día a diciembre 31 de 2025 en un 98%, y como resultado dentro del trámite y el proceso diligente estas facturas son autorizadas para pago.

12.7 GESTION DE COSTOS

Durante la vigencia 2025, el Subproceso de Costos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., dio cumplimiento a la Resolución DDC 000001 del 18 de mayo de 2023 y desarrolló informes y análisis financieros orientados a fortalecer la sostenibilidad institucional.

Se elaboraron informes y análisis para:

- Unidades de Negocio
- Centros de Atención
- Servicios y Especialidades
- Elementos del costo y recursos
- Margen de contribución por tipo de contrato
- Estudios específicos por procesos, servicios y convenios

El objetivo central fue fortalecer la eficiencia en costos y la toma de decisiones financieras estratégicas.

12.7.1 Análisis Comparativo Estado de Resultados Enero – Diciembre 2025 vs 2024

Ingresos Operacionales

Los ingresos operacionales crecieron 12,4% (\$65.610 millones), pasando de \$528.121 millones en 2024 a \$593.731 millones en 2025. Se destacan:

- Ventas de servicios otros: +54,5% (\$106.636 millones)
- Salud Pública: -11,9%
- Ventas PGP: -8,2%
- Convenios: -34,5%

El crecimiento total estuvo impulsado principalmente por el incremento en tarifas y el aumento en producción de servicios.

Costos de Operación

El costo operacional presentó un crecimiento del 7,0% (\$34.038 millones) frente a la vigencia 2024.

Este aumento se asocia principalmente a:

- Mayor capacidad instalada en la sede Hospital de Bosa El Recreo.
- Incremento en costos de talento humano (planta y OPS).
- Mayor consumo de insumos hospitalarios, relacionado con el aumento en producción en los Servicios de:
 - Urgencias
 - Hospitalización
 - Cirugías
 - Consulta externa

Particularmente en contratos bajo modalidad prospectiva (PGP y capitación) con Capital Salud y Famisanar.

Utilidad Bruta

- Crecimiento del **70,2% (\$31.571 millones)**.
- Margen bruto pasó de **8,5% a 12,9%**.

Esto evidencia un mejor control del costo directo frente al crecimiento de los ingresos.

Gastos Operacionales

Los gastos operacionales se mantuvieron estables, con una leve reducción del 0,1% (-\$115 millones).

Aunque hubo incremento en algunos rubros asociados a mayor capacidad instalada (facturación, autorizaciones, soporte operativo), se logró compensar con:

- Disminución en depreciaciones, amortizaciones y provisiones (-33,4%).

Resultado Operacional

La pérdida operacional se redujo en 55,8% (\$31.687 millones), pasando de -\$56.762 millones en 2024 a -\$25.076 millones en 2025.

Este resultado obedece a:

- Crecimiento en venta de servicios.
- Control del costo y gasto.
- Mejora en eficiencia operativa.

Este resultado refleja una mejora significativa en la sostenibilidad financiera institucional.

Durante la vigencia 2025, se dio Cumplimiento Resolución DDC 000001 de 2023, elaboraron y entregaron Informes Trimestrales I, II, III y IV, Informe semestral (I y II trimestre), Informes por USS trimestrales, Informes Financieros de Convenios, Informes de Austeridad (remitidos a Control Interno y SDS), Seguimiento mensual a costos y gastos por USS, Apoyo técnico en construcción de notas técnicas para las EPS Capital Salud, Famisanar y Nueva EPS. Se brindó apoyo técnico para definición de valores de contratación en servicios como Cardiología, Hemodinamia (angiografía y endovascular), Radiología intervencionista y Gastroenterología. Se realizó seguimiento financiero a Convenios (25 convenios – corte diciembre 2025), y reporte a la Secretaría Distrital de Salud (DAEPDSS), incluyendo convenios en las modalidades de Acreditación, Ruta Salud, Atención en Casa, Ambulancias APH, Salud Pública PIC, UEL-FDL (6), Docencia, Etnias, Discapacidad, Gestión Documental PASIVID, Campo Verde, entre otros. Los informes fueron remitidos conforme a los lineamientos y cortes definidos por la SDS, quien realiza auditoría y seguimiento permanente.

La vigencia 2025 evidencia:

- Crecimiento en ingresos del 12,4%.
- Incremento controlado del costo (7,0%).
- Reducción de la pérdida operacional en 55,8%.

- Fortalecimiento técnico del subproceso como herramienta estratégica de sostenibilidad financiera.

El Subproceso de Costos se consolida como un eje fundamental en la toma de decisiones financieras, la negociación contractual y el control del gasto institucional, contribuyendo de manera directa a la mejora de los resultados financieros de la Subred.

12.8 LOGROS ALCANZADOS

CONTABILIDAD

- Consolidación de información financiera íntegra, verificable y confiable.
- Cumplimiento del 100% de los cierres contables mensuales y consolidación anual.
- Ejecución al 100% de conciliaciones interdependencias, garantizando razonabilidad de los estados financieros.
- Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Contable y de los mecanismos de mitigación de riesgos.
- Transparencia y disponibilidad de la información para la Alta Dirección y entes de control.

FACTURACIÓN

- Se realizó el control y gestión mensual de la facturación generada frente a la radicada, logrando un cumplimiento del 99,3% en el indicador, lo que permitió mantener saldos pendientes de vigencias anteriores en solo un 0,7%.
- Se logró finalizar la vigencia con radicación magnética del 100%, apoyando la política de cero papel y se mantuvo un control exhaustivo de los soportes para mitigar riesgos de objeción en la facturación.
- Se implementaron tableros de control para monitorear ingresos abiertos, facturación electrónica y egresos pendientes de facturación.
- Se fortalecieron los puntos de control en las diferentes sedes, mejorando la calidad de la facturación, la gestión de soportes y la oportunidad en la revisión y entrega de cuentas.
- Se participó activamente en la mesa ambulatoria y hospitalaria para acciones de acreditación, fortaleciendo la articulación de las promesas de valor en la atención administrativa de servicios ambulatorios y egresos de urgencias y hospitalarios.

- Se fortalecieron las competencias y estrategias para la asignación de citas y facturación de los servicios ambulatorios, contribuyendo a la reducción de filas y tiempos de espera.
- Se mejoró la articulación del subproceso de facturación con los procesos misionales, incrementando la producción y venta de servicios, así como la calidad del soporte clínico.
- Se realizaron ajustes a las variables de la herramienta SharePoint para el control de egresos, facilitando la asignación de liquidación y auditoría de cuentas hasta el cierre del ingreso.
- Se llevaron a cabo jornadas de capacitación, socialización de instructivos y la feria de facturación virtual, para mantener actualizadas las competencias y habilidades del equipo de facturación.
- Se realizó un seguimiento, gestión y control permanente a los ingresos abiertos, asegurando la facturación oportuna de los servicios prestados.

CARTERA

- Ejecución del 88% de recaudo total frente al valor proyectado en ejecución presupuestal de ingresos.
- Incremento del recaudo frente a la vigencia anterior en \$57.777.246.468, esto gracias a la gestión de cobro adelantada por el área, a pesar de la situación económica de las entidades y del sector en general.
- Disminución en los saldos de abonos pendientes por aplicar a través del trabajo un trabajo de depuración.

CUENTAS POR PAGAR

Se realizó un control y gestión estricto a los supervisores de los contratos en las facturas y al cierre de diciembre 31 de 2025, encuentran al día en un 98%.

- Se mejoró el control de las facturas de servicios respecto de los valores cobrados verificando oportunidades de mejora en el registro contable de las provisiones.
- Se mantuvo el trabajo articulado que permite realizar los pagos de contratos de prestación de servicios personales con la mejor oportunidad, de acuerdo con el flujo de caja de la Subred.

- Se estableció la no recepción de cuentas por cobrar OPS en físico, con excepción de los contratistas que son retirados o se retiran y no tiene acceso al Suresoc para su radicación, mejorando los controles documentales de la entidad.

12.9 RETOS VIGENCIA 2026

CONTABILIDAD

- Actualizar y documentar los procedimientos contables existentes para garantizar uniformidad, trazabilidad y cumplimiento normativo.
- Fortalecer los procedimientos de registro y control de información contable derivada de conciliaciones, garantizando trazabilidad y confiabilidad de los estados financieros.
- Mejorar los tiempos de los diferentes procesos de conciliación.

FACTURACIÓN

- Implementar y estandarizar el procedimiento de autorizaciones, facturación de servicios y radicación, en cumplimiento de la Resolución 2275 del 2023, Implementar el RIPS como soporte de la FEV para mejorar la calidad de la información, el control y la transparencia en el sector salud, la correcta radicación de facturas y la mitigación de objeciones.
- Actualizar y reorganizar los procedimientos para fortalecer el cargue de servicios, asegurando mayor precisión en la liquidación y mejorando la calidad del dato en los RIPS.
- Fortalecer la Central de Auditoría en Línea mediante la vinculación de personal profesional auditor, articulado con la auditoría concurrente.
- Implementar y estandarizar estrategias de actualización del subproceso de facturación, alineadas con la normatividad vigente para su aplicación en la vigencia 2025.
- Continuar con la actualización del sistema de información y la estabilización de la interoperabilidad del módulo de facturación con los módulos asistenciales, administrativos y financieros, garantizando el cumplimiento normativo.
- Reforzar los requisitos y controles del módulo de historia clínica, asegurando que la representación gráfica de los formatos se constituya en soporte válido para la presentación y radicación de la factura, mitigando glosas iniciales por soportes.

- Dar continuidad al programa de capacitación permanente del equipo de facturación, fortaleciendo competencias, reduciendo glosas y devoluciones, y optimizando el flujo de recursos.
- Implementar un módulo de capacitación virtual que facilite la formación continua del personal.
- Adecuar un espacio físico para centralizar el procedimiento de auditoría en línea, radicación de facturas e informes para garantizar mayor control y traza del proceso de facturación.
- Mejorar la conectividad y sistematizar herramientas ofimáticas para optimizar los procesos de auditoría en línea y radicación de facturas.

Durante la vigencia 2025, la Dirección Financiera de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., desarrolló las actividades propias de sus subprocesos de Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, Facturación, Cartera, Cuentas por Pagar y Costos, orientadas al fortalecimiento de la gestión financiera institucional, aplicando los controles definidos que permiten mitigar riesgos financieros, asegurar la integridad del recaudo y mantener control efectivo sobre los recursos institucionales.

Las acciones adelantadas se ejecutaron conforme a la normatividad vigente, los lineamientos distritales aplicables y la disponibilidad efectiva de recursos, teniendo en cuenta que el comportamiento del flujo de caja estuvo condicionado, entre otros factores, por los recaudos provenientes de terceros y los giros del sistema de salud.

En este contexto, la Dirección Financiera realizó seguimiento permanente a la ejecución presupuestal, el registro contable, la programación de pagos y el manejo de las obligaciones, priorizando los gastos esenciales para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de las limitaciones derivadas de la situación financiera del sector.

13 GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO

La Dirección Administrativa lidera la identificación, planificación, articulación y seguimiento de las necesidades institucionales relacionadas con Mantenimiento de infraestructura y equipos industriales, Activos fijos y seguros, Servicios generales y logística, Almacén y suministros, Gestión tecnológica biomédica, Gestión ambiental y Gestión documental, archivo y correspondencia.

Desde su rol estratégico y operativo, la Dirección Administrativa implementa acciones orientadas a garantizar la disponibilidad, funcionalidad, seguridad y sostenibilidad de los recursos físicos, tecnológicos y logísticos institucionales, en cumplimiento de los lineamientos internos, la normatividad vigente y los objetivos estratégicos organizacionales.

A través de mecanismos de planeación, control y mejora continua, se desarrollaron iniciativas dirigidas a fortalecer el desempeño institucional, optimizar el uso eficiente de los recursos y asegurar condiciones adecuadas para la prestación segura, oportuna y eficiente de los servicios.

A continuación, se presenta de forma ejecutiva la gestión adelantada durante la vigencia 2025 por cada uno de los subprocesos y procesos que hacen parte de la Dirección Administrativa, incluyendo los resultados asociados al eje transversal de Responsabilidad Social.

13.1 SUBPROCESO MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS INDUSTRIALES

Desde el subproceso de mantenimiento de infraestructura y equipos industriales, se ejecuta el mantenimiento preventivo y correctivo general, así como, las adecuaciones requeridas en las diferentes áreas y servicios, de igual forma, se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos industriales a través de los cuales se brinda apoyo con el fin de garantizar la prestación de servicios asistenciales y administrativos conforme a la

normatividad vigente, y con condiciones de ambiente físico seguro y humanizado para usuarios y colaboradores.

Durante la vigencia el subproceso midió su gestión principalmente a través del siguiente indicador: Cumplimiento Del Plan De Mantenimiento Preventivo De La Infraestructura y Dotación Hospitalaria, durante la vigencia 2025, en relación con el mantenimiento de la infraestructura se obtuvo un cumplimiento del 98,9%, superando la meta establecida del 95%. Se ejecutaron 716 actividades de mantenimiento frente a 704 programadas, evidenciando una gestión efectiva del plan preventivo, apoyada en el fortalecimiento de la gestión contractual, el suministro oportuno de insumos y el seguimiento mensual a la ejecución.

Las actividades incluyeron principalmente: resane y pintura de muros y techos, mantenimiento y cambio de cielorrasos, adecuaciones locativas, mantenimiento de redes eléctricas, hidráulicas y sanitarias, instalación de pisos vinílicos, mejoramiento de iluminación, adecuación de consultorios, oficinas, entre otros espacios de las unidades:

- **Hospital Pediátrico El Tintal:** Intervenciones en hospitalización pisos 2 y 3 y áreas comunes: resane, pintura general y mantenimiento de cielorrasos. - Consulta externa epidemiología: resane y pintura de muros y techos.
- **Sede Administrativa Asdingo:** Mantenimiento preventivo general de toda la sede mediante resane y pintura general.
- **Centro de Salud Abastos:** Mantenimiento y pintura general en áreas comunes, pasillos y patio, incluyendo barnizado de fachada.
- **Centro de Salud Trinidad Galán:** Resane y pintura general de muros y techos en toda la sede.
- **Sede Bosa Centro:** Intervenciones áreas comunes resane y pintura de muros y techos.
- **Hospital Fontibón:** Intervenciones en la UTAC y hospitalización pisos 2 y 3 construcción de mediacaña sanitaria, resane, pintura y mantenimiento general.
- **Centro de Salud Catalina:** Resane y pintura integral de la sede.

- **Hospital Occidente de Kennedy:** Se realizaron más de 12 intervenciones en áreas como: Coordinación de enfermería: instalación de piso vinílico, adecuación de oficinas, red eléctrica y cielorrasos. - Hospitalización piso 6 y varias habitaciones: adecuaciones integrales (pisos, cielorrasos en yeso, redes eléctricas e hidrosanitarias, puertas y cerraduras). - Bienestar funcionarios: instalación de cubierta en policarbonato, adecuación de baños, redes eléctricas e hidráulicas. - Telemetría 1 y 3, trabajo social, facturación, egresos hospitalarios, farmacia 3 piso: adecuaciones locativas completas y mantenimiento técnico.
- **Unidad de Salud 29:** Construcción de consultorio de salud visual mediante división en vidrio aluminio.
- **Centro de Salud Olarte:** Adecuación integral de consultorio de odontología para nueva unidad odontológica.
- **Hospital Occidente de Kennedy – Torre de Urgencias:** Mantenimiento en la Oficina líder de urgencias, pasillos y salas ERA/EDA: resane, pintura y adecuación de puestos de trabajo.
- **Centro de Salud Carvajal:** Pintura, acabados generales y cambio de luminarias en toda la sede.

En relación con los equipos industriales, se alcanzó un nivel de cumplimiento del 96,17 % en el mantenimiento preventivo, superando la meta establecida del 95 %. Durante el período evaluado se ejecutaron 4.506 actividades de mantenimiento de un total de 4.685 programadas, lo que evidencia una gestión eficaz del plan de mantenimiento preventivo. Este resultado fue posible gracias al fortalecimiento de la gestión contractual, el suministro oportuno de insumos y el seguimiento mensual y sistemático a la ejecución de las actividades programadas

13.2 SUBPROCESO ACTIVOS FIJOS

Durante la vigencia 2025, el Subproceso de Activos Fijos desarrolló acciones orientadas al control, administración, aseguramiento y depuración del inventario de bienes institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, garantizando el cumplimiento normativo, la transparencia y la sostenibilidad del patrimonio público.

❖ Principales Actividades Ejecutadas:

- Registro e ingreso de bienes: Se realizó el registro, codificación y asignación de responsables de 1.512 bienes muebles de mayor y menor cuantía, incluyendo equipos biomédicos, mobiliario, equipos administrativos y tecnológicos, asegurando su correcta incorporación en el sistema de información.
- Toma física de inventarios: Se ejecutó la toma física total en el 100 % de las sedes de la Subred, verificando la existencia, ubicación, estado físico y responsable de 52.159 activos fijos en servicio. Esta actividad permitió identificar inconsistencias, actualizar datos y fortalecer el control interno.
- Procesos de baja de activos fijos: Se adelantaron cinco (5) procesos formales de baja que incluyeron parque automotor, bienes muebles en desuso, mobiliario obsoleto, equipos médico-científicos fuera de servicio y ventiladores Siriusmed, con actos administrativos aprobados y disposición final conforme a la normativa vigente.
- Gestión de almacenamiento temporal: Se organizaron, clasificaron y controlaron los bienes con concepto de baja en cuatro (4) espacios habilitados (San Andresito, Santa Rita, Alcalá Muzú y Bosa Consulta Externa), garantizando custodia, trazabilidad y condiciones adecuadas.
- Administración de predios y espacios físicos: A la fecha, la Subred cuenta con el siguiente esquema de tenencia y uso de predios 13 predios propios, 9 en tenencia, 27 en comodato con DADEP, 2 ubicados en terminal terrestre y aéreo y 2 en arrendamiento. Adicionalmente, se realizó la devolución de los predios Cabañas y Visión Colombia.
- Programa de seguros: Se garantizó el aseguramiento integral del 100 % de los bienes institucionales mediante póliza vigente con Seguros del Estado S.A., con cobertura durante toda la vigencia 2025, reduciendo riesgos patrimoniales y financieros.
- Mesa de ayuda de activos fijos: Se gestionaron 1.043 solicitudes relacionadas con traslados, asignaciones, novedades, inventarios y bajas, alcanzando una tasa de atención efectiva del 94 %. Un total de 60 solicitudes fueron redireccionadas a otros subprocesos.
- Gestión documental y normativa: Se revisaron tres (3) procedimientos del subproceso, se actualizaron dos (2) procedimientos institucionales (14-04-PR-0011 y 14-

04-PR-0013) y se elaboró el instructivo para la asignación de responsables de activos, fortaleciendo el control documental.

- Articulación interinstitucional: Se trabajó de manera coordinada con áreas administrativas, asistenciales, jurídicas y financieras para garantizar la coherencia entre inventarios físicos, contables y contractuales.

13.3 SUBPROCESO SERVICIOS GENERALES (ASEO, VIGILANCIA Y LAVANDERIA)

Durante la vigencia 2025 el subproceso desarrolló actividades de supervisión contractual, control operativo y evaluación del desempeño de los servicios tercerizados de aseo, vigilancia y lavandería, mediante herramientas de autocontrol institucional y evaluación continua.

Los resultados presentados corresponden al consolidado de listas de chequeo aplicadas durante la vigencia 2025 para evaluar el cumplimiento de indicadores contractuales y a encuestas de satisfacción que miden la percepción del cliente interno frente a cumplimiento, oportunidad y calidad del servicio.

❖ SERVICIO DE VIGILANCIA:

Actividades desarrolladas

- Aplicación de listas de chequeo cod. 14-07-FO-0038.
- Evaluación periódica de adherencia a controles de seguridad.
- Capacitaciones en consignas de puesto, manual de vigilancia y seguridad del paciente.
- Seguimiento al mantenimiento y renovación de medios tecnológicos.
- Recuperación sistema CCTV Zona Franca: 20 cámaras (restablecimiento de monitoreo).
- Instalación 81 cámaras nuevas en Hospital Kennedy, mejorando cobertura y resolución.

Resultados Listas de Chequeo:

Se realizó la aplicación de 824 listas distribuidas en las diferentes localidades en donde se encuentran ubicadas las unidades de prestación de servicios de la Subred. A través de estas listas se verifica el cumplimiento contractual del servicio. Kennedy: 439; Bosa: 226; Fontibón: 112; Puente Aranda: 47. Estos datos hacen referencia al número de evaluaciones ejecutadas para medir los siguientes componentes:

- Adherencia a controles de seguridad: Este componente evalúa el cumplimiento de consignas operativas, protocolos institucionales y medidas de seguridad implementadas en cada sede, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 95.13%. El volumen de evaluaciones realizadas refleja seguimiento constante; sin embargo, la necesidad de reforzar procesos formativos indica que el cumplimiento operativo requiere acompañamiento permanente.
- Nivel de conocimiento del personal: Evalúa el dominio del personal frente a procedimientos, lineamientos institucionales y plataforma estratégica, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 90.25%. Aunque el servicio mantiene operación funcional, el conocimiento técnico del personal requiere fortalecimiento mediante capacitación continua para garantizar adherencia homogénea a los estándares.
- Cumplimiento de procedimientos: Este componente mide la ejecución de actividades según protocolos establecidos, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 94.64%. El cambio en disponibilidad de dispensadores impactó el indicador, lo cual demuestra dependencia de recursos físicos para la adherencia del proceso.
- Disponibilidad de insumos y talento humano: Evalúa la suficiencia operativa para garantizar el servicio. para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 99.10%. El seguimiento permanente permitió detectar ajustes necesarios sin generar impacto crítico en continuidad del servicio.

Se realizó la aplicación de 1.105 listas distribuidas en las diferentes localidades en donde se encuentran ubicadas las unidades de prestación de servicios de la Subred. A través de estas listas se verifica la satisfacción. Kennedy: 569; Bosa: 311; Fontibón: 153; Puente Aranda: 72. Estos datos hacen referencia al número de evaluaciones ejecutadas para medir los siguientes componentes:

La medición de satisfacción del servicio de vigilancia evidencia un desempeño general favorable, destacándose el componente de Calidad con un resultado de 79,95%, lo que refleja una percepción positiva del cliente interno frente al desempeño del personal, la aplicación de protocolos de seguridad y la prestación técnica del servicio.

El componente de Oportunidad alcanzó un 75,37%, indicando un nivel adecuado de satisfacción relacionado con los tiempos de respuesta ante requerimientos y la disponibilidad del servicio; no obstante, se identifican oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la capacidad de reacción frente a situaciones operativas específicas.

Por su parte, el componente de Cumplimiento, con un resultado de 74,92%, evidencia un nivel aceptable de percepción respecto al desarrollo de las funciones asignadas y la ejecución de consignas, sugiriendo la necesidad de reforzar el seguimiento operativo y la estandarización de procesos para mejorar la alineación con las expectativas del cliente interno.

Los resultados muestran un servicio con desempeño estable, con fortalezas en la calidad técnica y oportunidades de mejora enfocadas en la oportunidad y el cumplimiento operativo, orientando las acciones hacia el fortalecimiento del control supervisado y la mejora continua del servicio.

❖ SERVICIO DE ASEO:

Actividades desarrolladas

- Implementación de protocolos institucionales actualizados.
- Articulación con áreas de infecciones, seguridad del paciente y gestión ambiental.
- Actualización de formatos técnicos (ej. listas de chequeo, controles mensuales, control de cortinas).
- Capacitaciones mensuales enfocadas en bioseguridad y técnicas operativas.
- Brigadas de recuperación de pisos.
- Seguimiento diario mediante verificación de kardex e inventarios

Resultados Listas de Chequeo:

Se realizó la aplicación de 1.282 listas distribuidas en las diferentes localidades en donde se encuentran ubicadas las unidades de prestación de servicios de la Subred. A través de estas listas se verifica el cumplimiento contractual del servicio. Kennedy: 604; Bosa: 402; Fontibón: 188; Puente Aranda: 88. Estos datos hacen referencia al número de evaluaciones ejecutadas para medir los siguientes componentes:

- **Adherencia a normas de bioseguridad:** Este componente evalúa el cumplimiento protocolos institucionales orientados a la seguridad operativa, prevención de riesgos y protección del entorno hospitalario, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 89.06%. El volumen de evaluaciones realizadas refleja seguimiento constante; sin embargo, las estrategias formativas fueron necesarias para reforzar autoprotección y cumplimiento normativo.
- **Nivel de conocimiento:** Este componente busca asegurar que el talento humano tenga las competencias necesarias para ejecutar correctamente sus funciones frente a procedimientos institucionales, protocolos específicos del servicio, lineamientos de seguridad del paciente, normas de calidad y procesos internos, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 98.14%. La formación continua se utilizó como herramienta para mejorar adherencia operativa.
- **Cumplimiento de procedimientos:** Este componente verifica la correcta ejecución de actividades conforme a protocolos establecidos relacionados con técnicas correctas de limpieza y desinfección, rutinas de aseo según programación, aplicación de protocolos por tipo de área (crítica, semicrítica y no crítica), para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 90.71%. Las mejoras se orientaron a habilidades técnicas del personal.
- **Disponibilidad de insumos y talento humano:** Analiza la capacidad operativa del servicio en términos de recursos incluyendo disponibilidad de personal para cubrir turnos, dotación suficiente de insumos y equipos, continuidad del servicio sin interrupciones, respuesta oportuna ante necesidades operativas, para lo cual se obtuvo un

cumplimiento de 90.74%. Este componente fue el principal factor que impactó el desempeño general del servicio.

Se realizó la aplicación de 1.472 listas distribuidas en las diferentes localidades en donde se encuentran ubicadas las unidades de prestación de servicios de la Subred. A través de estas listas se verifica la satisfacción. Kennedy: 752; Bosa: 410; Fontibón: 219; Puente Aranda: 91. Estos datos hacen referencia al número de evaluaciones ejecutadas para medir cada uno de los componentes.

La medición de satisfacción del servicio de aseo refleja un desempeño general favorable, con resultados equilibrados entre los componentes evaluados. El componente de Calidad alcanzó un resultado de 78,08%, evidenciando una percepción positiva del cliente interno frente a las condiciones de limpieza, desinfección y cumplimiento de estándares técnicos en las áreas intervenidas. El componente de Oportunidad obtuvo un 76,55%, indicando un nivel adecuado de satisfacción respecto a los tiempos de respuesta y la atención a requerimientos operativos, aunque se identifican oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la eficiencia en la programación y ejecución de actividades. Por su parte, el componente de Cumplimiento, con un resultado de 74,48%, refleja un nivel aceptable de percepción frente al desarrollo de las actividades programadas, sugiriendo la necesidad de reforzar el seguimiento operativo y la estandarización de procesos para mejorar la alineación con las expectativas del cliente interno.

Los resultados evidencian un servicio con desempeño estable y adecuado, con fortalezas en la calidad técnica del aseo y oportunidades de mejora centradas en la optimización de la oportunidad y el cumplimiento operativo, orientando las acciones hacia el fortalecimiento del control operativo y la mejora continua del servicio.

❖ SERVICIO DE LAVANDERÍA:

Actividades desarrolladas

- Seguimiento contractual mediante listas de chequeo.
- Actualización de formatos de control de inventario, pesaje y entrega.

- Implementación de controles para trazabilidad de prendas.
- Gestión de reposición e inyección de ropa hospitalaria.
- Ajuste de logística de entregas

Resultados listas de chequeo

Se realizó la aplicación de 498 listas distribuidas en las diferentes localidades en donde se encuentran ubicadas las unidades de prestación de servicios de la Subred. A través de estas listas se verifica el cumplimiento contractual del servicio. Kennedy: 255; Bosa: 117; Fontibón: 115; Puente Aranda: 11. Estos datos hacen referencia al número de evaluaciones ejecutadas para medir los siguientes componentes:

- Evaluación de adherencia a elementos de protección personal y de bioseguridad: Este componente se enfoca en medir el nivel de cumplimiento relacionado con la aplicación de protocolos de bioseguridad en manipulación de ropa hospitalaria, separación adecuada de ropa limpia y contaminada, uso correcto de EPP durante clasificación y procesamiento, control de riesgos biológicos, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 97.12%
- Evaluación de conocimiento: Este componente al igual que en los demás servicios, busca asegurar que el talento humano tenga las competencias necesarias para ejecutar correctamente sus funciones frente a procedimientos institucionales, protocolos específicos del servicio, lineamientos de seguridad del paciente, normas de calidad y procesos internos, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 98.93%. La formación continua se utilizó como herramienta para mejorar adherencia operativa.
- Evaluación de adherencia a procedimientos: A través de este criterio se evalúa la correcta ejecución de actividades conforme a protocolos establecidos en relación con clasificación adecuada de ropa hospitalaria, cumplimiento del proceso de lavado, secado y almacenamiento, control de calidad en entrega de ropa limpia, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 88.94%
- Evaluación de adherencia a procesos de buena atención: Corresponde al seguimiento del cumplimiento de estándares relacionados con la calidad del servicio pres-

tado desde el proceso de lavandería, enfocados en garantizar una atención eficiente, segura y alineada con los principios institucionales de humanización y satisfacción del cliente interno, para lo cual se obtuvo un cumplimiento de 88.41%.

Se realizó la aplicación de 521 listas distribuidas en las diferentes localidades en donde se encuentran ubicadas las unidades de prestación de servicios de la Subred. A través de estas listas se verifica la satisfacción. Kennedy: 255; Bosa: 130; Fontibón: 125; Puente Aranda: 11.

La medición de satisfacción del servicio de lavandería evidencia un desempeño general favorable, con resultados diferenciados por componente evaluado. El componente de Calidad presentó el mayor nivel de satisfacción con un resultado de 80.11%, lo cual indica una percepción positiva del cliente interno frente a las condiciones de la ropa hospitalaria entregada, incluyendo aspectos relacionados con higiene, presentación y cumplimiento de estándares técnicos del proceso. Por su parte, el componente de Oportunidad alcanzó un resultado de 75.83%, reflejando un nivel de aceptación moderado respecto a los tiempos de respuesta, entrega y disponibilidad del servicio. Este resultado sugiere oportunidades de mejora asociadas a la logística operativa y a la continuidad en el suministro oportuno de prendas hospitalarias. El componente de Cumplimiento, con un resultado de 74.02%, evidencia un nivel de satisfacción aceptable, aunque inferior a los demás indicadores evaluados, lo cual puede estar relacionado con percepciones del cliente interno frente al cumplimiento integral de requerimientos y expectativas del servicio.

En términos generales, los resultados muestran una valoración positiva del servicio; sin embargo, se identifican oportunidades de fortalecimiento orientadas a mejorar la oportunidad en la prestación y el cumplimiento operativo, con el fin de incrementar la percepción de satisfacción y optimizar la experiencia del usuario interno.

13.4 SUBPROCESO ALMACÉN Y SUMINISTROS

El subproceso de Almacén y Suministros constituye un proceso transversal de apoyo adscrito a la Dirección Administrativa, responsable de la recepción, custodia, control y distribución de insumos, dispositivos médico-quirúrgicos y suministros institucionales, garantizando el abastecimiento oportuno para la operación asistencial y administrativa.

La gestión se desarrolló conforme a la Resolución 0001 de 2019 y demás actos administrativos vigentes, estructurándose en tres pilares estratégicos:

- Abastecimiento: planeación de requerimientos, gestión contractual y recepción técnica de insumos.
- Distribución: almacenamiento organizado, preparación de pedidos y despachos oportunos con trazabilidad.
- Supervisión: control de inventarios, seguimiento de indicadores y mejora continua para la toma de decisiones.

Durante la vigencia 2025 el subproceso evidenció altos niveles de desempeño operativo a los cuales se les realizó seguimiento a través de los siguientes indicadores:

❖ Cumplimiento en entregas vs solicitudes: 99,98%

Total despachos: 18.697

Total solicitudes: 18.700

Al realizar la comparación con vigencias anteriores, se evidencia una mejora progresiva sostenida hasta alcanzar niveles cercanos al 100%, consolidando la confiabilidad del proceso.

❖ Cancelación de cirugías por faltante de insumos: 0,01%

Cirugías canceladas: 7

Total cirugías: 55.361

Los resultados reflejan control efectivo del abastecimiento y mitigación del riesgo asistencial.

❖ Estrategias e iniciativas implementadas

Gestión de inventarios y control de existencias

- Monitoreo permanente del consumo mediante análisis histórico.
- Definición de máximos y mínimos para evitar sobrestock y faltantes.
- Planeación de abastecimiento basada en proyección de demanda.
- Seguimiento contractual para garantizar entregas oportunas.
- Distribución equitativa con cobertura total a las unidades.
- Priorización de insumos críticos y uso eficiente del presupuesto.

Centralización del Almacén General

Durante 2025 se implementó la centralización del almacén en la unidad Kennedy como nodo logístico principal, logrando:

- Control unificado de existencias.
- Mejora en tiempos de respuesta.
- Reducción de costos logísticos.
- Estandarización de rotación bajo criterio PEPS (primero en vencer, primero en salir).
- Mayor trazabilidad y planeación estratégica del consumo

13.5 SUBPROCESO GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

El subproceso de Gestión de la Tecnología Biomédica es responsable de la administración integral del mantenimiento, gestión del riesgo tecnológico y tecnovigilancia de los equipos biomédicos de la Subred Sur Occidente, garantizando su disponibilidad, seguridad y funcionamiento adecuado durante la atención en salud. Así mismo, lidera la implementación del programa institucional de tecnovigilancia orientado a la identificación, análisis y gestión de eventos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos.

❖ Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo

Durante la vigencia 2025 se alcanzó un cumplimiento del 99% del plan de mantenimiento preventivo programado. Se ejecutaron 23.196 mantenimientos preventivos en las diferentes

sedes y servicios de la subred frente a 23.469 programados. El 1% restante estuvo asociado principalmente a limitaciones operativas relacionadas con la disponibilidad de equipos en servicios críticos o entornos asistenciales que impedían su intervención en el tiempo programado.

Entre las estrategias implementadas se destacó:

- Rotación del personal operativo para apoyar sedes con alta demanda.
- Fortalecimiento del trabajo colaborativo para superar picos operativos.

❖ Cumplimiento en respuesta a mantenimiento correctivo

El indicador de respuesta a solicitudes correctivas alcanzó un cumplimiento del 99,5%.

- Solicitudes recibidas: 2.050
- Solicitudes gestionadas oportunamente: 2.040
- Solicitudes fuera del tiempo esperado: 10

Las desviaciones estuvieron relacionadas con tiempos de importación de repuestos especializados y procesos contractuales en curso.

Se implementaron mejoras como:

- Reportes correctivos de fuente técnica desde el segundo semestre.
- Optimización del uso de caja menor para respuestas rápidas.
- Proyección de contratos para necesidades recurrentes.

❖ Porcentaje de inatenciones por fallas de equipos biomédicos

El porcentaje de inatenciones fue del 0,023%, manteniéndose por debajo de la meta institucional del 0,15%.

- Citas asignadas: 1.798.614
- Citas canceladas por fallas: 410

Las cancelaciones se concentraron en equipos especializados (fonoaudiología, imagenología, ecografía y odontología). Las acciones de respuesta incluyeron:

- Atención correctiva el mismo día.
- Activación de planes de contingencia.
- Reubicación de equipos o usuarios cuando fue necesario.

❖ Programa de capacitación en uso adecuado de tecnología

Se capacitaron 7.829 colaboradores, alcanzando un cumplimiento del 95% frente a la meta de 8.050 participantes.

Las actividades incluyeron:

- Reentrenamientos.
- Inducción institucional.
- Capacitación por incorporación de nuevas tecnologías.
- Estrategia institucional “Encuentros de aprendizaje continuo”.

❖ Programa de tecnovigilancia

Durante la vigencia 2025 se reportaron:

- 14.480 casos en el aplicativo institucional.
- 294 casos relacionados con tecnovigilancia (equipos y dispositivos médicos).
- 100% de gestión de los casos reportados.

Se fortaleció la cultura del reporte mediante el aplicativo institucional Almera y estrategias de trabajo de campo para mejorar la calidad de las investigaciones y prevenir eventos.

❖ Semana del uso adecuado de la tecnología

Se desarrolló una jornada institucional de sensibilización y capacitación con participación de proveedores estratégicos, alcanzando 586 colaboradores abordados. Se fortaleció el conocimiento del ciclo de gestión tecnológica y los mecanismos de reporte institucional.

6. PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

El Subproceso de Gestión Documental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. tiene como propósito garantizar la adecuada administración, organización, conservación, preservación y acceso a la información institucional, en cumplimiento de la normatividad archivística vigente y como soporte transversal a los procesos misionales y administrativos de la entidad.

Durante la vigencia 2025, el subproceso orientó su gestión al fortalecimiento de los instrumentos archivísticos, la implementación del Sistema de Gestión de Documentos

Electrónicos de Archivo (SGDEA), la ejecución del Sistema Integrado de Conservación (SIC), el cumplimiento del Programa de Gestión Documental (PGD) y la mejora continua en los servicios de correspondencia, préstamo y consulta documental.

❖ **EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS (PINAR)**

Durante la vigencia 2025, el Subproceso de Gestión Documental desarrolló las actividades definidas en el Plan Institucional de Archivos (PINAR), orientadas al fortalecimiento de la función archivística, la preservación de la memoria institucional y el cumplimiento de la normatividad emitida por el Archivo General de la Nación y el Archivo de Bogotá.

Las acciones ejecutadas se enfocaron en la actualización de instrumentos archivísticos, la implementación de sistemas de información, la organización y conservación de los fondos documentales, y el fortalecimiento de las capacidades institucionales mediante acompañamientos técnicos y procesos de capacitación.

- **Proyecto 1. Actualización de instrumentos archivísticos**

Diagnóstico Integral de Archivos: Se actualizó el diagnóstico con el fin de evaluar el estado de la función archivística en aspectos de administración, organización, conservación, preservación y acceso. El ejercicio evidenció avances en la organización de los archivos de gestión, así como oportunidades de mejora relacionadas con la actualización de Tablas de Retención Documental, la ejecución de transferencias documentales primarias y la preservación de documentos electrónicos.

Programa de Gestión Documental (PGD): Se elaboró y aprobó el PGD el 28 de agosto de 2025 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. El programa fue publicado en la página web institucional y se constituyó en el instrumento orientador de la gestión documental de la entidad.

Inventarios de archivos de gestión: Mediante solicitud realizada el 3 de marzo de 2025, se requirió a todas las dependencias la actualización de los inventarios documentales con corte al 31 de diciembre de 2025. Al cierre de la vigencia, se identificó la no entrega de 8 inventarios documentales, lo cual limitó el avance en la consolidación y control de la información.

Inventario del Archivo Central: Se realizó la unificación y actualización del inventario del Archivo Central, a partir de la verificación física de las cajas recibidas en las transferencias documentales primarias, garantizando la trazabilidad y el acceso eficiente a la información.

- Proyecto 2. Actualización de documentos del subproceso de gestión documental, archivo y correspondencia

Durante la vigencia se revisaron los procedimientos, manuales, guías, programas, protocolos y formatos del subproceso, identificándose desactualización frente a la normatividad vigente. Como resultado, se remitieron para ajuste y actualización más de 20 documentos, entre ellos el Manual de Gestión Documental, el Manual de Correspondencia, programas específicos del PGD, procedimientos operativos y formatos de control, con el fin de mejorar la administración de la información institucional.

- Proyecto 3. Centralización de fondos documentales en el Archivo Central

Se identificó la insuficiencia de la infraestructura actual del Archivo Central para albergar el volumen de documentos producidos y acumulados por la entidad. En este contexto, se formuló la solicitud de bienes y servicios para la contratación de una bodega de archivo con un área mínima de 6.000 m² y capacidad para 130.000 cajas referencia X-200, cumpliendo las condiciones técnicas exigidas por el Archivo General de la Nación y el Archivo de Bogotá.

- Proyecto 4. Elaboración, aprobación y convalidación de Tablas de Valoración Documental (TVD)

Hospital del Sur E.S.E.: Las Tablas de Valoración Documental fueron aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 17 de diciembre de 2024 y convalidadas por el Consejo Distrital de Archivos el 20 de junio de 2025.

Hospital Fontibón E.S.E. y Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.: Durante la vigencia 2025 se adelantaron actividades de revisión, ajuste y socialización de las observaciones emitidas por el Consejo Distrital de Archivos. El proceso se vio afectado por la suspensión y posterior terminación del contrato No. 4761 de 2022 por incumplimiento del contratista COLVATEL, razón por la cual la entidad definió e implementó un plan de trabajo interno para continuar con las correcciones conforme a la normatividad archivística vigente.

- Proyecto 5. Implementación de Tablas de Retención Documental (TRD)

Acompañamientos técnicos: Se realizaron 317 acompañamientos a dependencias, procesos y subprocesos, orientados a la correcta aplicación de las TRD, la organización de expedientes y la adopción de buenas prácticas archivísticas.

Transferencias documentales primarias: En cumplimiento del Plan de Transferencias Documentales Primarias 2025, se ejecutaron 14 transferencias al Archivo Central, equivalentes a 119,25 metros lineales, correspondientes a 477 cajas referencia X-200.

- Proyecto 6. Implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA)

Durante la vigencia 2025 se acompañó la implementación y puesta en producción del SGDEA Ágil Salud Documental. El sistema permitió la recepción, creación, aprobación, firma y distribución de documentos electrónicos, así como la conformación de expedientes electrónicos conforme a los procesos de gestión documental.

La ventanilla única de correspondencia gestionó 120.841 radicados, distribuidos así: - Comunicaciones de entrada: 68.742 - Comunicaciones de salida: 45.969 - Comunicaciones internas: 6.934

Adicionalmente, se avanzó en la parametrización de servicios como la firma de resoluciones digitales, el préstamo y consulta de expedientes del Archivo Central, las transferencias documentales primarias y el control de la mensajería interna y externa.

- Proyecto 7. Implementación del Sistema Integrado de Conservación (SIC)

Se dio continuidad a la implementación del Sistema Integrado de Conservación, aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, mediante la ejecución del Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo. Durante la vigencia se desarrollaron actividades de capacitación, inspección de instalaciones, saneamiento ambiental, monitoreo de condiciones ambientales y formulación de lineamientos para la preservación de documentos físicos y electrónicos.

- Proyecto 8. Sensibilización y capacitaciones en gestión documental

En la vigencia 2025 se realizaron 33 sesiones de capacitación, logrando sensibilizar a 1.781 funcionarios y contratistas en temas relacionados con fundamentos de gestión documental, TRD, transferencias documentales, conservación, preservación digital y uso del sistema Ágil Salud Documental.

❖ **CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL (PGD)**

- Préstamo y consulta documental

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025 se atendieron 531 solicitudes de préstamo y consulta documental en el Archivo Central. Las respuestas se brindaron de manera digital, garantizando el acceso oportuno a la información y mitigando riesgos de deterioro o pérdida de los expedientes. El subproceso alcanzó un cumplimiento del 100 % del indicador.

13.6 PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL

Durante la vigencia 2025 se ejecutaron 152 actividades ambientales de 152 programadas, alcanzando un cumplimiento del 100 %, superando la meta institucional del 95 %.

En la vigencia 2025, el Subproceso de Gestión Ambiental desarrolló actividades orientadas al uso eficiente de recursos, gestión integral de residuos, cumplimiento normativo ambiental y fortalecimiento de la cultura ambiental institucional, impactando a colaboradores, contratistas y usuarios.

❖ **Principales Actividades Ejecutadas:**

- Capacitación ambiental en uso eficiente del agua, energía y manejo de residuos: 2.555 colaboradores y tercerizados abordados.
- Atención y seguimiento del 100 % de fugas de agua reportadas: 277 fugas atendidas.
- Campaña anual de uso eficiente y ahorro de agua: 1 campaña ejecutada, con 804 colaboradores, 156 usuarios abordados.

- Instalación de dispositivos ahorradores de agua: 127 dispositivos instalados (100 % de la meta anual).
- Auditoría a gestor de residuos peligrosos Ecoentorno: 1 auditoría realizada (12 de julio de 2025).
- Ahorro en consumo de agua: reducción de 2.244 m³ (de 81.468 m³ en 2024 a 79.224 m³ en 2025), equivalente al 3 %.
- Ahorro en consumo de energía eléctrica: reducción del 3 % (de 2.932.079 kW en 2024 a 2.844.213 kW en 2025).
- Gestión integral de residuos: 290.909 kg de residuos no aprovechables (32,5 %), 516.290 kg de residuos peligrosos (57,5 %) y 90.236 kg de residuos aprovechables (10 %), cumpliendo el 100 % de las metas.
- Aplicación de listas de vigías de segregación: 48 listas aplicadas de 48 programadas.
- Aplicación de listas de adherencia ambiental: 726 listas aplicadas (483 PGIRH con 96,5 % de adherencia y 243 PIGA con 87 %), logrando adherencia global del 92 %.
- Evaluación ambiental de proveedores: 10 proveedores evaluados.
- Semana Ambiental 2025: 1 evento institucional realizado (3 al 6 de junio), con 999 colaboradores, 197 usuarios abordados.
- Certificación en el Programa de Gestión Ambiental Empresarial (GAE): 4 sedes certificadas en 2025.
- Reporte de residuos de construcción y demolición (RCD): 1 reporte oficial radicado (2025ER283976).
- Reducción de plásticos de un solo uso: 72 % de reducción frente a la línea base.
- Actividades de cosecha institucional: 3 jornadas realizadas, con recolección de 40 kg de productos.
- Campaña de fortalecimiento en gestión de residuos: 1 campaña ejecutada (14 al 24 de octubre), con 967 colaboradores y 180 usuarios.
- Caracterización de vertimientos: 30 sedes caracterizadas durante la vigencia.
- Entrega de RAEE: 2.929 kg recolectados y gestionados a costo cero.

13.7 EJE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Durante la vigencia 2025, el eje de Responsabilidad Social se desarrolló en cumplimiento del estándar 79, consolidándose como un componente estratégico institucional alineado con el vector de sostenibilidad, los indicadores ESG (ambiental, social y gobernanza) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La gestión se estructuró en tres pilares estratégicos:

- Pilar Social
- Pilar Ambiental
- Pilar de Gobernanza

El enfoque estuvo orientado a generar impacto positivo en la comunidad, fortalecer la humanización de los servicios, promover la sostenibilidad ambiental y garantizar prácticas institucionales responsables y transparentes.

Como parte de la implementación se realizó socialización institucional del eje mediante capacitaciones presenciales, curso de responsabilidad social y piezas comunicativas, logrando cobertura de 2.040 personas y una apropiación del 90%.

Informe eje de responsabilidad

❖ PILAR SOCIAL

- Implementación de la estrategia Hemoferia, con participación de 13 usuarios, comercialización de 55 productos y ventas por \$1.470.000, promoviendo inclusión económica y bienestar social.
- Desarrollo de la estrategia Huellas de Amor, beneficiando 183 pacientes pediátricos mediante intervenciones asistidas con caninos.
- Ejecución del programa de humanización Hora del cuento y pautas de crianza, impactando 695 pacientes y vinculando 28 colaboradores a BiblioRed.
- Consolidación del programa de voluntariado con:
 - ✓ 3.175 objetos donados
 - ✓ 1.239 pacientes beneficiados
 - ✓ Participación de 13 aliados estratégicos externos.

- Gestión efectiva de pacientes en abandono:
 - ✓ Identificación de 39 casos
 - ✓ Reubicación de 36 pacientes
 - ✓ Costo asociado estimado: \$704.334.083.
- Fortalecimiento del Aula Hospitalaria:
 - ✓ 748 niños de larga estancia
 - ✓ 3.840 niños de corta estancia
 - ✓ Donación de 536 útiles escolares.
- ❖ PILAR AMBIENTAL
- Implementación de huertas hospitalarias y programa Tiempos de Cosecha:
 - ✓ Participación de 73 personas
 - ✓ Producción de 178 kg
 - ✓ 39 productos sembrados
 - ✓ Reducción estimada de 117,3 kgCO₂e.
- Programa Tapas para la Vida:
 - ✓ Recolección de 840,28 kg
 - ✓ Beneficio para 30 niños
 - ✓ Reducción de 46,2 kgCO₂e.
- Estrategia de movilidad sostenible:
 - ✓ Participación de 341 ciclistas
 - ✓ 4.089 viajes realizados
 - ✓ Reducción de 1.240 kgCO₂e.
- Gestión de reciclaje institucional:
 - ✓ 113 toneladas recicladas (10% de residuos generados)
 - ✓ Beneficio económico de \$54.579.600
 - ✓ Reducción de 6.221 kgCO₂e.
- Implementación de Guía Verde de Contratación:
 - ✓ Priorización de 87 objetos contractuales
 - ✓ 28% impacto moderado y 71% impacto alto.
 - ✓ Identificación de 31 cláusulas ambientales y 5 sociales.
- Mantenimiento de certificación en 7 sedes como Hospitales Verdes y Saludables.

❖ **PILAR DE GOBERNANZA**

- Inclusión social:
 - ✓ 67% de ingresos laborales asociados a población priorizada (1.853 personas).
 - ✓ Costo institucional estimado: \$7.882.789.448.
- Bonificación para hijos de funcionarios con discapacidad:
 - ✓ 15 bonos entregados
 - ✓ Valor total: \$1.775.000.
- Centro de Gestión de Emociones:
 - ✓ 905 colaboradores beneficiados.
- Vinculación de 292 estudiantes SENA en áreas asistenciales y administrativas.
- Inclusión laboral en servicios tercerizados:
 - ✓ 719 personas vinculadas.
 - ✓ 62% servicios generales, 35% vigilancia, 3% lavandería.

13.8 PRINCIPALES LOGROS

- Se ejecutaron 5.222 actividades de mantenimiento en infraestructura y equipos industriales durante la vigencia 2025, alcanzando un cumplimiento del 98,9 % en el plan de mantenimiento de infraestructura (716 actividades ejecutadas de 704 programadas) y del 96,17 % en equipos industriales (4.506 intervenciones de 4.685 programadas), superando las metas institucionales del 95 %. Estas acciones incluyeron intervenciones en áreas asistenciales críticas como hospitalización, urgencias, UCI, consultorios y servicios de apoyo, fortaleciendo la seguridad del paciente, el cumplimiento normativo y la continuidad operativa mediante una planeación técnica rigurosa, fortalecimiento contractual y seguimiento sistemático a la ejecución.
- Se logró la ejecución del 100 % de la toma física de activos fijos en todas las sedes de la Subred Sur Occidente E.S.E., verificando la existencia, ubicación, estado físico y responsable de 52.159 activos fijos en servicio, lo que permitió depurar inconsistencias históricas, actualizar la información patrimonial y fortalecer el sistema de control interno.

- Se adelantaron cinco (5) procesos formales de baja de activos fijos, correspondientes a parque automotor, bienes muebles en desuso, mobiliario obsoleto, equipos médico-científicos fuera de servicio y ventiladores Siriusmed, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente, la emisión de actos administrativos y la disposición final adecuada.
- Se gestionó y formalizó la devolución de los predios Cabañas y Visión Colombia al Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público (DADEP), en el marco de la terminación de los contratos de comodato, garantizando el cumplimiento de los procedimientos administrativos y contractuales, la entrega en condiciones verificadas mediante actas formales, la actualización de los registros patrimoniales y la depuración del inventario institucional de bienes inmuebles, fortaleciendo la transparencia y el control jurídico-administrativo sobre los activos bajo tenencia de la Subred.
- En el servicio de lavandería se logró fortalecer la disponibilidad y especialización del inventario hospitalario mediante la implementación de kits de inmovilización pediátrica, diseño y entrega de batas pediátricas, implementación piloto de batas anti-fluido para UCI y dotación de uniformes en tallas especiales (3XL y 4XL). Adicionalmente, se realizó la baja y reposición de aproximadamente 350 kg de ropa hospitalaria, así como la inyección de prendas estratégicas (sábanas, cobijas y paquetes quirúrgicos), contribuyendo a mejorar la continuidad operativa. Se destaca la dotación del servicio de gastroenterología del Hospital Bosa, la entrega de 49 camas hospitalarias y la dotación de la sede Boston en el marco del proyecto Casa Más Bienestar.
- En el servicio de vigilancia se fortaleció significativamente la infraestructura tecnológica mediante la recuperación del sistema CCTV de Zona Franca (20 cámaras), la reparación de equipos en diversas sedes (Kennedy, Fontibón, Pablo VI, Porvenir y lote San Bernardino), la renovación del sistema CCTV del Hospital Kennedy con la instalación de 81 cámaras y la implementación de monitoreo en el Centro de Salud 29. Estas acciones permitieron mejorar la cobertura de seguridad, el control de accesos y la capacidad de monitoreo institucional.

- Para el servicio de aseo se implementó un seguimiento operativo intensivo mediante visitas diarias y se fortaleció el control de recorridos a través de herramientas tecnológicas en plataforma Almera, permitiendo mejorar el monitoreo en tiempo real y la trazabilidad de la ejecución de actividades.
- Se consolidó un modelo técnico de gestión integral de inventarios, basado en análisis histórico de consumos, definición de máximos y mínimos y aplicación de rotación dinámica PEPS, alcanzando un 99,98 % de cumplimiento en entregas (18.697 despachos de 18.700 solicitudes) y manteniendo la cancelación de cirugías por faltantes en 0,01% (7 de 55.361 procedimientos), lo que evidencia control efectivo del abastecimiento y mitigación del riesgo asistencial.
- Se optimizó la eficiencia financiera y operativa del proceso, mediante compras alineadas con la demanda real institucional, priorización de insumos críticos y centralización del almacén en la unidad Kennedy como nodo logístico principal, logrando mayor trazabilidad, reducción de costos logísticos y estandarización del control de existencias, sin afectar la calidad ni la continuidad del servicio.
- Se fortaleció la trazabilidad administrativa y financiera del subproceso, a través de la conciliación permanente con el área contable en inventarios, préstamos, réciprocas y activos, así como la digitalización de movimientos operativos, contables y de facturación mediante herramientas colaborativas en línea, facilitando el análisis gerencial y la toma de decisiones basada en información confiable y oportuna.
- Se gestionó una inversión en tecnología biomédica por valor de \$993.102.848 a través de convenios docencia–servicio, que permitió la adquisición e incorporación de 255 equipos biomédicos al inventario institucional, fortaleciendo la capacidad resolutoria de los servicios, la renovación tecnológica, el cumplimiento de estándares de habilitación y la mejora en la calidad y seguridad de la atención en salud.
- Se lideró la habilitación del Centro de Salud Mexicana, garantizando el cumplimiento integral del estándar de dotación de tecnología biomédica, mediante la planificación, adquisición, instalación, verificación técnica y puesta en funcionamiento de los equipos requeridos, conforme a la normatividad vigente y criterios de habilitación.
- Se obtuvo concepto favorable en la visita previa de habilitación del servicio de Hemodinamia del Hospital Occidente de Kennedy, resultado de la gestión técnica en

la verificación de condiciones de infraestructura, instalación y validación de tecnología biomédica, asegurando el cumplimiento de requisitos normativos y estándares de calidad.

- Se participó activamente en la apertura del Centro de Salud 29 y en la implementación de nuevos servicios especializados, mediante la articulación interinstitucional para la recepción, alistamiento, inventario, configuración y puesta en marcha de la dotación tecnológica y equipos biomédicos necesarios para la operación asistencial.
- Implementación sistemática en la recepción de nuevas tecnologías mediante articulación entre biomédica, almacén y activos fijos.
- Apoyo en la implementación del modelo SER mediante recepción de dotación entregada por la Secretaría Distrital de Salud.
- Sustentación y convalidación de las Tablas de Valoración Documental de los antiguos Hospitales de Bosa II Nivel E.S.E. y Hospital del Sur E.S.E. ante el Consejo Distrital de Archivos.
- Avance sostenido en la implementación del Sistema Integrado de Conservación (SIC), en cumplimiento del Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación.
- Parametrización de funcionalidades clave del SGDEA Ágil Salud, incluyendo: elaboración y firma de resoluciones digitales, préstamo y consulta de expedientes, transferencias documentales primarias, control de mensajería interna y externa, y creación de expedientes electrónicos en la Oficina Jurídica, Dirección de Talento Humano y Oficina de Control Interno.
- Elaboración, aprobación y ejecución del Plan y cronograma de transferencias documentales primarias, con 14 transferencias efectivas al Archivo Central.
- Cumplimiento del 100 % del plan de capacitaciones en gestión documental para la vigencia 2025, mediante 33 sesiones que permitieron sensibilizar a 1.781 funcionarios y contratistas.
- Gestión integral de 120.841 documentos radicados a través de la ventanilla única de correspondencia.
- El Subproceso de Gestión Ambiental evidenció una gestión sólida, técnica y estratégica, alcanzando el 100 % de cumplimiento del plan programado (152 actividades ejecutadas), con resultados verificables en reducción del 3 % en el consumo de agua y energía, disminución del 72 % en plásticos de un solo uso, gestión integral

del 100 % de las metas de residuos, adherencia ambiental global del 92 %, certificación de sedes como Hospitales Verdes y Saludables y cumplimiento normativo ante las autoridades ambientales, consolidando una cultura institucional orientada a la sostenibilidad y la mitigación del impacto ambiental.

- Integración del eje de Responsabilidad Social al direccionamiento estratégico institucional, alineado con estándares ESG, ODS y criterios de acreditación.

14 GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

La Dirección de Contratación hace parte de los procesos de apoyo de la Subgerencia Corporativa y tiene a su cargo la gestión integral de los procesos contractuales en sus etapas precontractual, contractual y post contractual. Dichos procesos se adelantan de manera completamente electrónica a través de las plataformas administradas por Colombia Compra Eficiente, lo que garantiza el cumplimiento del principio de publicidad, transparencia y selección objetiva, al permitir la divulgación del cien por ciento (100%) de la información contractual sin requerir actuaciones adicionales de difusión. Los resultados de la gestión de la Dirección de Contratación de la vigencia 2025 se resume de la siguiente forma:

RESULTADOS

GESTIÓN DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN 01 DE JUNIO DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 Para la vigencia 2025 se plantearon cinco (5) indicadores definidos dentro del Plan de Acción Anual de la siguiente manera:

- PAA-25-18-01. Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E. El cumplimiento del indicador en la vigencia 2025 fue del 100%.
- PAA-25-18-02. Apropiación del Conocimiento Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E. El cumplimiento del indicador en la vigencia 2025 fue del 100%.
- PAA-25-18-03. Publicación procesos contractuales Subred Sur Occidente ESE. El cumplimiento del indicador en la vigencia 2025 fue del 100%.

- PGG-25-18-04. Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos Subred Sur Occidente ESE. El cumplimiento del indicador en la vigencia 2025 fue del 100%.
- PAA-25-18-05. Liquidación de contratos de Bienes y Servicios Subred Sur Occidente ESE. El cumplimiento del indicador en la vigencia 2025 fue del 100%. Las evidencias del cumplimiento del indicador se encuentran debidamente publicadas en el aplicativo Almera de la Subred.

14.1 SUBPROCESO PRECONTRACTUAL

En la vigencia 2025, se recibieron trescientas setenta y ocho (378) solicitudes de bienes y servicios que fueron publicadas debidamente en la plataforma SECOP. Los procesos de la entidad podrán ser consultados en el siguiente link: <https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE>

14.2 SUBPROCESO CONTRACTUAL

En la vigencia 2025 se suscribieron ciento cuarenta y ocho (148) contratos principales de bienes y servicios y mil ochocientos noventa y tres (1.893) modificaciones contractuales (adición y/o prórroga); cincuenta y ocho (58) modificaciones (cesiones, renegociación por menor valor y Otro Sí modificadorio) y ochenta y siete (87) novedades (suspensión, terminación y reanudación). Además, en la vigencia se realizó el 100% de la aprobación de pólizas dentro de los términos establecidos de acuerdo con la expedición y cargue en la plataforma SECOP de las mismas. Se debe aclarar que se refiere a pólizas bajo el entendido de ser un contrato de seguro ligado al contrato principal, por tanto, no se incluyen las modificaciones que surjan de las pólizas en razón a adiciones y/o prórrogas. En cuanto a contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión suscribieron siete mil cuatrocientos once (7.411) contratos principales. En el mismo periodo, se gestionaron siete mil seiscientos diez (7.610) novedades contractuales, principalmente relacionadas con terminaciones bilaterales, terminaciones anticipadas, suspensiones y reanudaciones. Así mismo, se realizaron ocho (8) cesiones contractuales.

14.3 SUBPROCESO POST CONTRACTUAL

Durante la vigencia 2025, la Dirección de Contratación adelantó la depuración de matrices contractuales de vigencias anteriores, logrando el cumplimiento total del indicador de liquidación propuesto. En la vigencia se suscribieron ciento catorce (114) actas de liquidación Bilateral; se firmó la Resolución 550 de 2025, “Por medio de la cual se liberan los saldos presupuestales comprometidos y no ejecutados de los contratos de bienes y servicios celebrados en la vigencia 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”, donde se relacionan doscientos (253) contratos de las vigencias mencionadas cuyo término legal para efectuar la liquidación contractual precluyó. Por lo tanto, dicha liquidación no se realizó dentro de los términos previstos y la entidad perdió competencia para efectuarla; ochenta (80) actas de liquidación bilateral suscritas en la vigencia 2024, cuya gestión de terminación y cierre contractual en SECOP II se realizó en la vigencia 2025. De prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión se suscribieron sesenta y seis (66) actas de liquidación bilaterales. De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se reintegraron valores al presupuesto de la Subred por concepto de recursos comprometidos no ejecutados de aproximadamente dos mil ochocientos noventa y cuatro millones novecientos ochenta y cuatro mil seiscientos cuarenta y un pesos (\$2.894.984.641).

14.4 OTRAS GESTIONES

CAPACITACIONES SOBRE EL EJERCICIO DE LA SUPERVISIÓN

Durante la vigencia 2025, se realizaron diecisiete (17) capacitaciones sobre diferentes temas relacionados con el ejercicio de la supervisión entre los cuales se pueden resaltar: Proceso Gestión de Contratación; subproceso OPS; Manual de Supervisión; responsabilidades de los supervisores; terminología que se debe usar en OPS; riesgos y cotizaciones de riesgos laborales; normatividad para el pago de riesgos laborales; obligaciones generales en cotización y pago de riesgos laborales; reporte y atención de los accidentes de trabajo; generalidades del SECOP II; buenas Prácticas para la construcción de la correcta justificación de las modificaciones contractuales Con ello se consigue mitigar el riesgo de daño antijurídico como consecuencia del inadecuado ejercicio de la supervisión.

CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Durante el último trimestre de 2025 se matricularon veintiséis (26) acciones de mejoramiento derivadas de auditorías realizadas por la Contraloría Distrital y la Oficina de Control Interno. De estas, cinco (5) fueron cumplidas dentro de la vigencia, y las restantes continúan en ejecución conforme a los plazos establecidos. Las evidencias correspondientes se encuentran debidamente registradas en el aplicativo Almera

CUMPLIMIENTO EN LA MITIGACIÓN DEL RIESGO

Durante la vigencia 2025 se realizaron doce (12) seguimientos a riesgos sin que se haya materializado ninguna eventualidad allí descrita. Las evidencias mensuales están debidamente publicadas en el aplicativo Almera. La Dirección de Contratación cuenta con tres (3) posibles riesgos, dos (2) de corrupción y uno (1) fiscal.

14.5 PRINCIPALES LOGROS

Se actualizó el Manual de Supervisión e Interventoría, Resolución 449 de 2025, “Por medio de la cual se deroga la Resolución 681 de 2023 y sus modificaciones y se adopta el Manual de Supervisión e Interventoría de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E”.

Se realizaron reintegros de recursos presupuestales, tanto de vigencias anteriores como vigencia actual, que aportan a la depuración de la información presupuestal de la entidad y permite realizar uso eficiente del presupuesto.

Se continuó y se garantizó la contratación electrónica a través de la plataforma SECOP, lo cual permite eficiencia en la publicidad de los procesos de contratación. Esta actividad permite el cumplimiento a los principios de transparencia y selección objetiva de todos los procesos contractuales que la Subred adelanta. De igual manera, la implementación de la contratación electrónica ha logrado contribuir a la Política Distrital de “cero papeles”.

Se cumplió de manera oportuna y satisfactoria con la presentación de los informes requeridos por los entes de control y demás instancias de vigilancia, sin que se generaran observaciones con incidencia sancionatoria para la Entidad.

Se incorporaron requisitos ponderables en los procesos de selección, en concordancia con la normatividad vigente, orientados a fortalecer la calidad de las evaluaciones y la toma de decisiones contractuales.

Se elaboró y adoptó la guía para la estructuración de estudios de mercado, como instrumento de apoyo para las áreas solicitantes y para la adecuada planeación de los procesos contractuales.

Se implementaron y desarrollaron procesos de contratación a través de la modalidad de acuerdos comerciales, orientados a optimizar las condiciones de contratación, generar eficiencias operativas y fortalecer la capacidad de respuesta institucional frente a las necesidades misionales.

Se implementó de manera progresiva la aplicación de criterios diferenciales previstos en la normatividad vigente, tales como los contemplados en la Ley 816 de 2003 y el Decreto 1860 de 2021, con el fin de incentivar la participación de MiPymes, emprendimientos liderados por mujeres y demás actores diferenciales, fortaleciendo así la competencia y la selección objetiva.

15 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Con el propósito de cumplir con la política y objetivo del proceso de Gestión Integral del Talento Humano durante la vigencia 2025 se dio cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 612 de 2018 de formulación y ejecución de los planes institucionales y estratégicos de Talento Humano con medición a través de los indicadores del proceso PAA 2025 y de los planes respectivos, con la evidencia de seguimiento y resultado en el aplicativo ALMERA institucional.

El Plan Estratégico de Gestión del Talento Humano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. dio cumplimiento a las metas institucionales de la entidad alineadas al Plan de Desarrollo Distrital 2025-2028 a través de los siguientes objetivos y metas estratégicas con cumplimiento del 100% de las acciones programadas para la vigencia y de los indicadores del plan estratégico que se reportan en la tabla 1 *Resultado Indicadores del Plan de Acción Anual PAA del 2025*

Objetivo estratégico 4: potencializar el talento humano y la cultura organizacional para avanzar con las estrategias definidas en el plan territorial de salud.

Meta Estratégica No 16. A 2028 lograr el 100% de la estrategia de formalización laboral en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Meta Estratégica No 17: A 2028 cumplir el 100% del plan institucional de capacitación, para el fortalecimiento de las habilidades y competencias de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Meta Estratégica No 18: A 2028 cumplir con el 100% del plan de trabajo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Los planes fueron ejecutados a través de los cuatro subprocesos de la Dirección de Talento Humano a saber:

- 1.Administración del Talento Humano - proceso de selección y administración de la Remuneración respectivamente
- 2.Formación y Desarrollo del Talento Humano
- 3.Calidad de Vida del Trabajador -Seguridad y Salud en el Trabajador y Bienestar social e incentivos
- 4.Evaluación del Desempeño

Con relación a la autoevaluación de la Matriz de la Gestión Estratégica de Talento Humano GETH vigencia 2025, se obtiene una calificación del 98.1.% con un incremento de 3.1% más respecto del año inmediatamente anterior donde se obtuvo un resultado del 95% el cual de acuerdo a los niveles definidos en la Guía de Gestión Estratégica del Talento Humano (GETH) para el Sector Público Colombiano la entidad se encuentra en el nivel de Consolidación: • *Nivel de excelencia que Implica que la implementación de GETH se ha asentado como una buena práctica. Se tiene un nivel*

óptimo en cuanto a la implementación de la política de GETH y, adicionalmente, cuenta con buenas prácticas que podrían ser replicadas por otras entidades públicas. En esta fase la GETH ya hace parte de la cultura organizacional. Obtener una calificación de 81/100 a 100/100 permitirá a la entidad ubicarse en este nivel.

Frente a los resultados por componentes se alcanzó un cumplimiento general del 98.1 %. presentando los siguientes resultados que refleja un incremento significativo en los componentes de planeación, ingreso y desarrollo respectivamente, que reflejan la gestión implementada por el proceso.

COMPONENTE	2024	2025
PLANEACION	98.2%	100%
INGRESO	78.5%	93.3%
DESARROLLO	97.1%	98.5%
RETIRO	96.67%	96.7%

Tabla No 2 Fuente: Matriz Autodiagnóstico GETH 2024- 2025

Como resultado de la gestión realizada en 2025 se presentan los resultados por subproceso y planes de la Dirección de Gestión de Talento Humano que evidencian el cumplimiento de la gestión realizada en el marco de las metas estratégicas de la entidad, retos y planes estratégicos del proceso.

RESULTADO INDICADORES DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL PAA DEL 2025

CLASE	INDICADOR	META	FORMULA INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION Y REPORTE	PLAN ARTICULADO	RESULTADOS 2025	OBJETIVOS ARTICULADOS DEL PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	POLITICA DE TALENTO HUMANO
-------	-----------	------	-------------------	----------------------------------	-----------------	-----------------	--	----------------------------

EFICIENCIA	Porcentaje de Rotación de Personal evaluado de acuerdo a los ingresos y retiros de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante la vigencia correspondiente PAA-25-04-03	5.0 %	Ingresos - retiros de personal en el período / Sumatoria del total de trabajadores al inicio y al final del mismo período / 2)*100	TRIMESTRAL	PLAN ESTRATÉGICO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO - PROCESO DE SELECCIÓN	100%	Medir el comportamiento de los ingresos y retiros del personal (planta y OPS) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en el trimestre.	
EFICACIA	Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. PAA-25-04-04	100 %	Número de actividades de bienestar realizadas en el período / total de actividades programadas en el período) *100	TRIMESTRAL	PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	100%	Mantener y fortalecer las condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida laboral, clima y desempeño de los colaboradores, docentes y estudiantes, generando espacios de reconocimiento (incentivos) y esparcimiento que	*Indicador de Política de Talento Humano POL 01-01- OD-0015 *Gestión de necesidades identificadas (talento humano cliente interno) Subred Sur Occidente ESE: POL 01-

							fortalezcan el desarrollo integral del Talento Humano de la entidad.	01-OD-15
EFICIENCIA	Oportunidad del Proceso Selección de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. PAA-25-04-05	20 días	Sumatoria del tiempo transcurrido entre la radiación del requerimiento y la entrega a contratación / Total de requerimientos de procesos de selección gestionados	MENSUAL	PLAN ESTRATEGICO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO - PROCESO DE SELECCIÓN	100%	Realizar de forma oportuna la selección de personal idóneo y competente para la adecuada Prestación de los servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	
EFICACIA	Cumplimiento de ejecución de los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	95%	Número de acciones ejecutadas en el periodo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo / Número de acciones programadas en el periodo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo*100	TRIMESTRAL	PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%	Promover el cuidado de la salud y la seguridad de los colaboradores, docentes y estudiantes a través de las estrategias y medidas que permitan identificar, evaluar y controlar los peligros y factores riesgo presentes	

	PAA-25-04-06						en el Trabajo	
EFICACIA	Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo con la priorización de la medición obtenida de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE. PAA-25-04-07	90%	Número de actividades realizadas del plan de cultura organizacional / (Número de actividades planeadas en el plan de cultura organizacional) *100)	SEMESTRAL	PLAN ESTRATEGICO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO	100%	Fortalecer los comportamientos de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE alineados con la Plataforma Estratégica y Metas Institucionales.	
EFICACIA	Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo en el marco de la estrategia de formalización laboral definida por la	100 %	Número de acciones desarrolladas del plan de trabajo por vigencia para la estrategia de formalización laboral / Número de acciones	SEMESTRAL	PLAN ANUAL DE VACANTES Y PREVISION DE RECURSOS, PLAN DE DESARROLLO	100%	A 2028 lograr el 100% de la estrategia de formalización laboral en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

	Subred Integrada de Servicios de PAAI- 25-04-01		programadas*100					
EFICACIA	1. Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación-PIC PAAI- 25-04-02	100 %	(Número de actividades ejecutadas del PIC en el periodo / Total de actividades planeadas en el mismo periodo) *100)	TRIMESTRAL	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION	100%	·Fortalecer y medir las competencias de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE a través del Plan Institucional de Capacitación, orientado al mejoramiento institucional	Indicador de Política de Talento Humano POL 01-01- OD-0015 (1)

Fuente: Aplicativo Almera 2025

15.1 Administración del Talento Humano

Durante la vigencia el subproceso de administración de talento humano realiza cierre de la vigencia con los siguientes logros:

Formalización Laboral: A cierre 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en cumplimiento de su compromiso con la formalización laboral, los acuerdos laborales suscritos con las organizaciones sindicales realizaron la provisión total de cincuenta y ocho (58) vacantes definitivas. Para el primer semestre se realizó

la provisión total de cincuenta y cuatro (54) vacantes y (4) adicionales para el segundo semestre con un cumplimiento del 100% de la meta anual programada (30) empleos en vacancia definitiva a proveer.

Respecto al reto planteado para 2025: Avanzar en la Gestión para la Modificación y actualización del Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales la entidad adelantó dentro de la fase de planeación del concurso de méritos en articulación con la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC), como parte de la estrategia de formalización laboral y fortalecimiento del empleo público basado en el mérito, realizó el análisis técnico de revisión de las necesidades de personal vinculadas durante las últimas dos (2) vigencias, donde se evidenció la existencia de cargos que no han sido provistos o que han perdido pertinencia frente a la dinámica operativa actual de la Subred, así como la necesidad de incorporar nuevos perfiles que respondan a las demandas del servicio y a los lineamientos sectoriales vigentes, como resultado se logra que la Junta Directiva de la Subred autorice y apruebe mediante el Acuerdo 053 de 2025, el inicio del trámite de modernización y reforma de la planta de personal, orientado a la creación, modificación y supresión de empleos, con el fin de asegurar que los perfiles y competencias del talento humano se encuentren alineados con las necesidades reales del servicio y los objetivos estratégicos de la Entidad. Estas acciones se complementan con medidas de provisión transitoria, encargo y seguimiento a la Oferta Pública de Empleos de Carrera (OPEC), garantizando la continuidad del servicio mientras se desarrollan los procesos meritocráticos

Conflicto de Intereses y Declaración de Bienes y Rentas. Durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. garantizó el adecuado cumplimiento de los procesos asociados al conflicto de intereses y a la declaración de bienes y rentas del personal de planta. La gestión adelantada por la Dirección de Gestión del Talento Humano permitió asegurar la cobertura total del diligenciamiento, la identificación oportuna de posibles situaciones de conflicto y la adopción de las acciones correspondientes, contribuyendo al fortalecimiento de la transparencia, la ética pública y el control institucional. (1.003 funcionarios realizaron y radicaron el formulario de

bienes y rentas de manera oportuna. Los 42 funcionarios restantes corresponden a empleos de período fijo (SSO), respecto de los cuales no es obligatoria la presentación de dicho formulario, de conformidad con la normatividad aplicable)

Teletrabajo. Se avanzó durante la vigencia 2025 con la vinculación de la política de teletrabajo contando con treinta y tres (33) servidores públicos vinculados bajo la modalidad de teletrabajo, quienes desarrollan sus funciones en diferentes cargos y dependencias, garantizando la continuidad y calidad del servicio institucional veinticuatro (24) servidores pertenecen al nivel profesional, mientras que nueve (9) servidores corresponden al nivel asistencial, lo cual refleja una implementación focalizada y acorde con la naturaleza de los empleos susceptibles de teletrabajo.

Convención Colectiva de Trabajo suscrita con SINDESS: Se alcanzó un 88 % de cumplimiento, encontrándose pendientes dos (2) puntos, los cuales continúan en proceso de gestión conforme a las capacidades institucionales y la normatividad aplicable.

Convención Colectiva de Trabajo suscrita con SINTRASALUD, SINDISTRITALES y la Agremiación de Conductores del Distrito Capital: Se logró un 98 % de cumplimiento, con un (1) punto pendiente, en seguimiento y gestión para su cierre.

Acuerdos Laborales 2020–2024: En el marco del seguimiento a los acuerdos laborales singulares suscritos en vigencias anteriores, se realizó un control integral de los compromisos adquiridos, logrando el siguiente resultado:

El cumplimiento de estos acuerdos ha permitido potenciar la estrategia de formalización laboral, particularmente a través de la provisión de vacantes, contribuyendo a la estabilidad laboral y al fortalecimiento del empleo público en la Subred.

Horario flexible Mediante la Resolución N.º 2025-000932 del 2 de diciembre de 2025, se estableció el horario de trabajo institucional, incorporando esquemas de horario flexible y definiendo los requisitos para su aplicación. Esta medida busca potenciar las

habilidades y competencias de los servidores públicos desde un enfoque humanístico, inclusivo y orientado a la conciliación de la vida laboral, personal y familiar, sin afectar la continuidad y calidad del servicio

Selección de Personal

Durante la vigencia 2025, el proceso de selección continuó desarrollándose de manera articulada con cada Dirección Técnica, con el propósito de atender oportunamente las diferentes necesidades de talento humano de la entidad. En este periodo se logró dar respuesta a un total de **3.099 solicitudes**, gestionadas con un tiempo promedio de **19,9 días**, indicador que se encuentra dentro de las metas institucionales establecidas.

El tiempo de respuesta es medido desde la radicación formal de la solicitud en la Dirección de Talento Humano hasta el cierre del proceso, el cual se concreta con la radicación debida para la generación del contrato en la Dirección de Contratación. Cada proceso de selección ejecutado contempla una verificación rigurosa del cumplimiento normativo y la aplicación estricta de los lineamientos institucionales vigentes, garantizando transparencia y trazabilidad.

En 2025 se implementó una herramienta tecnológica para la creación y aprobación de solicitudes de talento humano, lo que ha fortalecido significativamente el control y seguimiento del proceso. Esta herramienta permite monitorear en tiempo real el estado de cada solicitud y su respectiva gestión, optimizando los tiempos y mejorando la trazabilidad.

Adicionalmente, la automatización de las aprobaciones eliminó la necesidad de desplazamientos físicos para la recolección de firmas, ya que el aplicativo gestiona las autorizaciones de manera secuencial y automática. A medida que cada solicitud supera una etapa de aprobación, esta se direcciona al siguiente responsable, generando un flujo de trabajo lineal, ágil y transparente.

Durante la vigencia 2025 también se realizó la actualización de la guía de selección, destacándose la consolidación de los procesos de selección en articulación directa con las áreas técnicas. Este fortalecimiento permitió que, especialmente en los procesos

asistenciales, las entrevistas se realizarán directamente en los servicios y sedes donde los aspirantes prestarán sus servicios.

Las entrevistas son desarrolladas de manera conjunta por un profesional en psicología de la Dirección de Talento Humano y el referente técnico del servicio asistencial o su delegado, según el perfil requerido. Para estandarizar esta actividad se diseñó el formato “Entrevista en Conjunto”, el cual permite registrar de manera estructurada aspectos clave como:

- Experiencia laboral específica
- Formación académica
- Datos sociodemográficos
- Evaluación de competencias comportamentales
- Evaluación de competencias técnicas

Esta metodología ha permitido fortalecer la objetividad y precisión en la selección del talento humano, al integrar una evaluación integral que contempla tanto las competencias técnicas como los aspectos comportamentales, contribuyendo así a una vinculación más alineada con las necesidades institucionales.

Administración de la Remuneración

Desde este proceso se gestionan las actividades de Liquidación de nómina y seguridad social, Cesantías, Certificaciones de Información para Bono Pensional, Cobro de Incapacidades, Apoyo en Liquidación de Sentencias Judiciales de Contrato Realidad, entre otras.

Situación de la planta de personal a diciembre de 2025

La planta de personal de la Subred se compone de 1.665 empleos, de los cuales, a 31 de diciembre de 2025, se encuentran provistos 1.015 empleos y 650 vacantes; a continuación, se relaciona la composición de la planta por nivel jerárquico:

NIVEL	No. DE EMPLEOS	%
ASESOR	5	0,30%
ASISTENCIAL	853	51,23%
DIRECTIVO	19	1,14%
PROFESIONAL	673	40,42%
TECNICO	115	6,91%

TOTAL	1665	100,00%
-------	------	---------

Fuente: Administración de la Remuneración 2025

Incapacidades

Durante la vigencia 2025 se radicaron 1.103 incapacidades, emitidas por concepto de enfermedad general, licencias de maternidad, licencias de paternidad, enfermedad laboral y accidentes de trabajo.

Del total de las incapacidades se constató que:

- *539 incapacidades fueron menores de 3 días, las cuales de acuerdo con el Parágrafo 1° del Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual fue modificado mediante Decreto 2943 del 17 de diciembre de 2013, estarán a cargo de la Entidad.
- *550 incapacidades mayores de 2 días o emitidas por concepto de accidentes de trabajo o enfermedad laboral

RAD. MENOR 3DIAS ENE - DIC 2025	RAD. MAYOR 3 DIAS ENE - DIC 2025	TOTAL, RADICADAS ENE - DIC 2025
539	564	1103

Fuente: Administración de la Remuneración 2025

De acuerdo con el siguiente cuadro, se puede evidenciar que al 31 de diciembre de 2025 el recaudo total de la vigencia era de \$805.335.922, de los cuales \$214.008.272 corresponde al saldo por recaudar de la vigencia 2024 y \$591.327.650 corresponden a las incapacidades radicadas durante la vigencia 2025. En el transcurso del año 2025, las EPS y/o ARL han pagado \$644.793.557, es decir el 80.07% de la deuda, quedando un saldo pendiente por recaudar \$160.542.365, correspondiente al 19.93%.

TOTAL, INCAPACIDADES RECEPCIONADAS EN VIGENCIA 2025	SALDO POR RECAUDAR A DICIEMBRE 2024	VALOR POR RECAUDAR DE LA VIGENCIA 2025	TOTAL, POR RECAUDAR A 31 DE DICIEMBRE 2025	VALOR PAGADO A DICIEMBRE 2025	SALDO PENDIENTE POR COBRAR A 31 DE DICIEMBRE DE 2025	% PAGADAS	% PENDIENTES POR PAGAR
1103	214.008.272	591.327.650	805.335.922	\$ 644.793.557	\$ 160.542.365	80,07%	19,93%

Fuente: Administración de la Remuneración 2025

COMPARATIVO PORCENTAJE RECAUDADO Vs PORCENTAJE PENDIENTE POR RECAUDAR A DICIEMBRE DE 2025		
Porcentaje de Recaudado	80,07%	\$644.793.557
Porcentaje Pendiente por Recaudar	19,93%	\$160.542.365
TOTAL	100%	\$805.335.922

Fuente; Administración de la Remuneración 2025

El saldo por recaudar, corresponde a las incapacidades que fueron entregadas por los funcionarios en el transcurso de diciembre de 2025 y que aún no se han radicado en las EPS o ARL o que se acaban de radicar, razón por la cual se encuentran en proceso de pago.

Durante la vigencia 2025 se han realizado conciliaciones con las áreas de Contabilidad y Cartera de la Subred, para que haya un mejor control con el registro y recaudo de las solicitudes de reconocimiento económico que se presentan ante las EPS y ARL.

Se garantizó el cumplimiento al 100% de las obligaciones laborales habituales de los Servidores Públicos de la Subred, en las fechas establecidas, quedando a paz y salvo a 31 de diciembre de 2025.

15.2 Calidad de vida del colaborador -SG-SST- Bienestar

Durante la vigencia 2025, se mantiene la implementación del SG-SST a través del desarrollo de 14 programas y 2 planes para la operatividad del SG-SST con un cumplimiento del 97,5% de actividades programadas, cumpliendo la meta anual establecida del 95%. Adicionalmente el Plan Anual de trabajo del SG-SST – 2025, presentó un cumplimiento del 100% de las actividades programadas durante esta vigencia.

Igualmente, se dio un cumplimiento de las Políticas del SG-SST: Política de prevención consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas (SPA) (Ver en Plataforma Almera 01-01-OD-0012). (Medición Anual). Meta de 80% Cumplimiento 2025: 100% de la meta planteada. Política Seguridad Vial (Ver en Plataforma Almera 01-01-OD-0013) (Medición Anual) Meta del 80% .

Cumplimiento 2025: 100% de la meta planteada. Política Seguridad y Salud en el Trabajo (Ver en Plataforma Almera) 01-01-OD-0014. Cumplimiento 2025 = 100%.

Se realizó asesoría, acompañamiento y seguimiento a los mecanismos de integración quienes verifican y apoyan la gestión de actividades propias: COPASST. Conformado mediante Resolución 871 de diciembre de 2024 con sesiones mensuales, presidido por jefe Oficina de Calidad y secretario Cecilia Lugo el cual tuvo un cumplimiento del plan de acción 2025 del 100%. Para el mes de noviembre se llevó a cabo el procedimiento para elección de los representantes del comité para la vigencia 2025-2026. Comité de Seguridad Vial: Conformado por la Resolución 0851 del 20 de diciembre de 2023, presidido por el Subgerente Corporativo y secretario el Director Administrativo, con un cumplimiento en su plan de acción del 100% para la vigencia 2025. El Comité Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres (CHGRD) formulo y ejecuto su plan de acción para la vigencia 2025 presidido por la gerente y secretario el líder del SG-SST, Logrando un cumplimiento del 100% de lo proyectado.

Se realizaron acorde con la normatividad vigencia los indicadores con los siguientes resultados:

- Frecuencia de accidentalidad: $(204/6631)$ = Durante la vigencia 2025, por cada cien colaboradores se presentaron 3.08 accidentes laborales.
- Severidad de Accidentalidad: $(535/6631)$ = Durante la vigencia 2025, por cada cien trabajadores se dejaron de laborar 8.06 días por accidente laboral.
- Proporción de accidentes de trabajo mortales: $0/6631$. En el año 2025, el 0% de accidentes de trabajo fueron mortales. No se presentaron accidentes mortales.
- Prevalencia de la enfermedad laboral: $27/6631 \times 1000$. Para la vigencia 2025, la Subred Sur Occidente tuvo una prevalencia de 0.4% (27 enfermedades laborales), la disminución se debió al retiro por pensión de varios colaboradores que tenían enfermedad laboral calificada. En comparación a la vigencia anterior tuvo una disminución del 20% (34 vs 27)
- Incidencia de la Enfermedad Laboral no COVID: $3/6631 \times 1000$. 0.04% Para la vigencia 2025, fueron calificadas 3 nuevas enfermedades como de origen laboral. Las enfermedades están asociadas a enfermedades osteo-musculares de miembros superiores.

También la Semana de la Seguridad y Salud en el Trabajo “Desde el autocuidado, construye entornos laborales seguros y saludables” se desarrolló de manera exitosa, logrando una alta participación de 3.888 colaboradores en las actividades programadas, un 17.96% (592 colaboradores más) más que el año inmediatamente anterior. Las jornadas permitieron sensibilizar y concientizar a los participantes sobre la importancia del autocuidado, para construir entornos laborales seguros y saludables. Así mismo, Las actividades realizadas fortalecieron la cultura organizacional en torno a la prevención, el cuidado integral y la promoción de estilos de vida saludables.

La accidentalidad en la vigencia 2025, en primer lugar, se encuentran los ocurridos por peligro biológico con una participación del 36% (73 AT); continúan los ocurridos por peligro locativo con un 22% (45 AT); Agresión por paciente tiene una participación del 12% (25 AT); los ocurridos por peligro biomecánico y mecánico aporta el 9% (18 AT) c/u; accidentes ocurridos por peligro de tránsito aportan el 5% (11 AT) c/u; los

accidentes de trabajo ocurridos por peligro deportivo y/o recreativo y biológico animal 2% (5 AT) c/u; los ocurridos por peligro químico aportan el 1% (3 AT); por último, se encuentran los accidentes ocurridos por peligro público con un 0,5% (1 AT) de participación. Los accidentes por peligro biológico tuvieron un aumento del 62% (28 AT) con respecto al año inmediatamente anterior. La principal causa de estos accidentes sucedió por movimiento brusco del paciente, al momento de realizar la toma de laboratorios o alguna intervención asistencial (19 AT), continúan los ocurridos al reencapuchar (18 AT), elementos cortopunzantes mal segregados en el espacio de trabajo (10 AT), al desechar cortopunzantes (9 AT), salpicadura en ojos por uso inadecuado del EPP (10 AT).

Los accidentes por peligro locativo, también presentaron un aumento del 5% (2 AT). La principal causa de éstos fue por las caídas a nivel (21 AT), que se da por las condiciones del piso (irregularidades) y la no observación de las condiciones del piso por donde se transita. Siguen las caídas a diferente nivel (10 AT) que se da en el tránsito en escaleras a una velocidad inadecuada, siguen los ocurridos por las caídas de objetos (5 AT) que se da por un inadecuado almacenamiento de insumos y elementos de trabajo.

Con el objetivo del seguimiento periódico del estado de salud de los colaboradores se desarrolló de manera continua el Programa de Exámenes Médicos Ocupacionales, en atención a los requerimientos del servicio y a las etapas del ciclo laboral (ingreso, periódico, post-incapacidad, reintegro y egreso), logrando la realización de 531 exámenes médicos ocupacionales. Del total anual, se registraron 111 exámenes de ingreso el 21%, 259 periódicos el 49%, 81 de egreso el 15%, 23 de post-incapacidad el 4%, 26 exámenes de rayos X el 5% y 31 exámenes aplazados el 6%, evidenciando un énfasis tanto en la valoración inicial de aptitud laboral como En conjunto, estas acciones demuestran una gestión sostenida y organizada del programa, orientada a la prevención, el control del riesgo y el cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo durante la vigencia 2025.

En el marco de las Acciones de promoción y prevención en salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, se realizaron 419 tamizajes de riesgo

cardiovascular a trabajadores y colaboradores, distribuidos a lo largo del año en diferentes sedes institucionales permitiendo la identificación temprana de factores de riesgo cardiovascular. Se llevaron a cabo 14 mesas laborales para seguimiento de trabajadores con recomendaciones médicas emitidas por EPS, ARL, IPS, Medicina ocupacional Subred Sur Occidente, en las cuales se efectuó el análisis integral de 103 casos correspondientes a trabajadores de diferentes dependencias y perfiles ocupacionales.

15.3 Bienestar Social e Incentivos

Para el cierre de la vigencia 2025, se evidencia que el Plan de Bienestar Social e Incentivos alcanzó un cumplimiento del 100 %, ejecutando la totalidad de las 19 actividades programadas para el año, dando cumplimiento a la meta establecida para el indicador. La planeación, seguimiento y ejecución de las actividades permitieron garantizar su desarrollo conforme al cronograma definido, sin presentar rezagos al cierre de la vigencia. Adicional a ello se registró un total de 20.755 participaciones en las diferentes actividades de bienestar social e incentivos desarrolladas. En cuanto a la cobertura, se mantuvo un promedio del 96 % en las actividades que aplican medición, superando de manera consistente la meta institucional del 80 %. Es importante resaltar que la mayoría de las actividades contempladas en el plan son de carácter voluntario y participativo, y en muchos casos no requieren inscripción previa ni cuentan con una población objetivo fija; por lo anterior, la cobertura se analiza con base en la ejecución efectiva de las acciones y la asistencia general registrada.

Por su parte en cuanto a resultados por eje del plan se puede evidenciar, la gestión se desarrolló a través de seis ejes estratégicos:

- Salud, Vida y Familia (5.291 participaciones): Conmemoración fechas especiales, acciones de cuidado de la Salud Mental y el fortalecimiento del bienestar físico, emocional y familiar
- Tejiendo Redes Solidarias (498 participaciones): fortalecimiento del trabajo colaborativo y entornos saludables, a través de foros, EAC y conmemoración fechas especiales.

- Experiencias Digitales (210 participaciones): bingo virtual y búsqueda Activa de aplicaciones de autocuidado y bienestar emocional.
- Transformación Cultural e Integridad (984 participaciones): fortalecimiento de valores institucionales y ética pública, atreves de comportamientos de la cultura subred, semana de transformación cultural y caja de herramientas de integridad
- Clima Organizacional (1.351 participaciones): acciones de medición e intervención del ambiente laboral, asociadas a situaciones de clima informadas por colaboradores y/o líderes e identificadas en la medición bianual.
- Reconocimiento e Incentivos (1.523 participaciones): estrategias de motivación y fortalecimiento del sentido de pertenencia. Equipos Golden plus anual, chequera de salario emocional entre otras actividades.

La implementación del plan contribuyó al fortalecimiento del bienestar integral, la cultura organizacional y el compromiso institucional del talento humano.

15.4 Formación y Desarrollo del Talento Humano

Para el cierre de la vigencia 2025, el Plan Institucional de Capacitación evidencia un cumplimiento del 100 %, al ejecutar la totalidad de las 39 actividades programadas, dando alcance pleno a la meta establecida para el indicador correspondiente. La adecuada planeación, el seguimiento permanente y la ejecución oportuna de las actividades permitieron garantizar su desarrollo conforme al cronograma definido, sin presentar inconvenientes al cierre de la vigencia.

Adicionalmente, durante la vigencia se registraron un total de 10.747 participaciones en los diferentes procesos de formación desarrollados, lo que refleja un alto nivel de acceso y participación del talento humano. En términos de cobertura, se alcanzó un promedio del 97,7 %, superando la meta institucional establecida del 90 %.

Es importante señalar que gran parte de los procesos de formación implementados tienen un carácter voluntario y participativo y, en muchos casos, no requieren inscripción previa ni cuentan con una población objetivo definida. En este contexto, el análisis de cobertura se realiza con base en la ejecución efectiva de las actividades y en los registros de asistencia general consolidados y cargados en la plataforma Almera.

En cuanto al resultados por eje del plan se puede evidenciar, la gestión se desarrolló a través de seis ejes estratégicos:

- Eje 1: Paz Total, Memoria y DDHH: Para las cuatro (4) temáticas establecidas se realizaron un total de siete (7) actividades.
- Eje 2: Territorio, Vida y Ambiente: Para las tres (3) temáticas establecidas se realizaron un total de tres 3 actividades.
- Eje 3: Mujeres Inclusión y Diversidad: Para las cuatro (4) temáticas establecidas se realizaron un total de diecinueve (19) actividades.
- Eje 4: Transformación Digital y Cibercultura: Para las seis (6) temáticas establecidas se realizaron un total de diecisiete 17 actividades.
- Eje 5: Probidad, Ética e Identidad de lo Público: Para las cinco (5) temáticas establecidas se realizaron un total de cuarenta y ocho 48 actividades.
- Eje 6: Habilidades y Competencias: Para las catorce (14) temáticas establecidas se realizaron un total de Ciento ochenta y seis 186 actividades.
- Formación de Directivos Públicos: Para las dos temáticas establecidas se realizaron un total de 4 actividades.

La implementación del Plan contribuyó al fortalecimiento y desarrollo de los conocimientos de los colaboradores en las diferentes dimensiones del aprendizaje, favoreciendo la apropiación de competencias y aportando al fortalecimiento de la cultura organizacional y el sentido de pertenencia institucional.

15.5 Evaluación del Desempeño

Con relación con los funcionarios vinculados mediante carrera administrativa, la evaluación correspondiente al período comprendido entre el 1 de febrero y el 31 de julio de 2025 fue realizada al 100% para un total de 392 funcionarios, a través del aplicativo EDL APP de la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC).

De igual manera, los Gerentes Públicos, conformados por un total de 17 directivos, suscribieron los compromisos gerenciales para la vigencia 2025 y fueron evaluados durante el primer semestre del año, correspondiente al período de enero a junio de la presente vigencia. Los resultados obtenidos ubicaron su desempeño en el nivel satisfactorio, con calificaciones entre el 90% y el 100%, evidenciando un adecuado cumplimiento de los compromisos establecidos.

En cuanto a los empleados vinculados en provisionalidad, para la vigencia comprendida entre el 1 de febrero de 2025 y el 31 de enero de 2026, se realizó la primera evaluación correspondiente al primer semestre del período del 1 de febrero al 31 de julio de 2025. Para efectos de este proceso, el número de colaboradores evaluados en condición de provisionalidad asciende a 559.

Valoración de Competencias – OPS

Durante la vigencia 2025 se implementó la Guía de Valoración de Competencias para el personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios (OPS), consolidándose como una herramienta estructurada y estandarizada para el seguimiento y evaluación de competencias comportamentales.

Esta guía permite realizar una valoración sistemática desde el enfoque de competencias comportamentales y transversales de la Subred, facilitando la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora en los colaboradores vinculados bajo esta modalidad. Adicionalmente, los resultados derivados de esta valoración se convierten en una base técnica para la formulación y ajuste del Plan Institucional de Capacitación de la Subred, orientando las acciones formativas hacia el fortalecimiento de las competencias comportamentales requeridas para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

15.6 LOGROS DE LA VIGENCIA

- Se cumplió con la liquidación y pago del 100% de las solicitudes de cesantías parciales y definitivas de los Servidores Públicos de la Subred, dentro de los términos establecidos en la Ley.

- A corte diciembre de 2025 se logró recuperar un 80,07% del pago de las incapacidades causadas por las EPS y ARL, quedando únicamente por recaudar lo causado durante el mes de diciembre, gestión que se ha revisado y validado con las áreas de Cartera y Contabilidad.
- Se ha garantizado en un 100% el cumplimiento de actualización de la información de pasivos pensionales ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el FONCEP, en el aplicativo PASIVOCOL, con corte a diciembre de 2025.
- Apoyo y participación de la gerencia, colaboradores, líderes y/o referentes de sedes y servicios a las actividades del SG-SST que permitieron dar buen manejo de las actividades propuestas.
- Participación y buena acogida del personal asistencial y administrativo de las actividades realizadas en las jornadas diurnas y nocturnas.
- Reconocimiento y credibilidad del SG-SST.
- Equipo de trabajo comprometido, responsable y con reconocimiento en la entidad.
- Levantamiento y actualización de las matrices de peligros y valoración de riesgos específicas de los entornos de actividades extramurales Salud Pública.
- Implementación de capacitaciones virtuales estrategia “Impulso remoto” dirigido a teletrabajadores.
- Entrega de calendarios con temas del SG-SST para recordar roles, responsabilidades, reportes ATEL y programas de SG-SS
- Conformación de la Primera Brigada de Apoyo Emocional, con formación en autonomía emocional.
- Puesta en funcionamiento del Centro de Gestión de Emociones, como espacio institucional de acompañamiento psicosocial.
- Descentralización de las conmemoraciones institucionales, reconociendo profesiones y oficios en todas las sedes.
- Formalización del Programa de Desvinculación Asistida, con lineamientos documentados.
- Lanzamiento de la “Chequera de Salario Emocional”, beneficiando a 838 servidores públicos y aumentando la participación en los Encuentros de Aprendizajes Continuos (EAC).

- Reconocimiento institucional de buenas prácticas: La estrategia de Encuentros de Aprendizaje Continuo (EAC) fue postulada como buena práctica ante el ICONTEC, siendo seleccionada para su presentación en un stand durante el Congreso de Acreditación de la vigencia 2025. Adicionalmente, esta estrategia fue reconocida como una de las tres mejores prácticas del Distrito en la categoría de Gestión del Conocimiento, en el marco de la Gala del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital (DASCD), lo que evidencia su impacto, innovación y aporte al fortalecimiento institucional.
- Modernización de los entornos virtuales de aprendizaje: Se dio inicio al proceso de actualización del Aula Virtual de la Entidad, con el propósito de optimizar la experiencia de aprendizaje de los colaboradores, mediante una plataforma más amigable, accesible y funcional, que facilite el desarrollo autónomo y continuo de los procesos de formación institucional.
- Ampliación y diversificación de la oferta formativa: Se fortaleció la oferta de capacitación institucional, incorporando temáticas estratégicas priorizadas en el Plan
- Institucional de Capacitación, lo que contribuyó al desarrollo de competencias técnicas y comportamentales del talento humano, impactando positivamente el desempeño laboral y la calidad de los servicios prestado.

15.7 RETOS VIGENCIA 2026

Administración del Talento Humano

Para la vigencia 2026, el proceso Gestión Integral del Talento Humano proyecta los siguientes retos:

- ✓ La expedición del Reglamento Interno de Trabajo para trabajadores oficiales, como instrumento normativo que permitirá unificar lineamientos, fortalecer la seguridad jurídica y mejorar la gestión de las relaciones laborales.
- ✓ La elaboración y divulgación institucional de la Política de Teletrabajo, con el fin de garantizar su conocimiento, comprensión y aplicación por parte de los servidores públicos y directivos.
- ✓ La revisión y actualización de los criterios de priorización aplicables a los servidores que acceden a la modalidad de teletrabajo, asegurando criterios de equidad, transparencia y alineación con las capacidades institucionales.

- ✓ Expedir la cartilla institucional de situaciones administrativas del talento humano aplicable a los servidores públicos de la Subred.
- ✓ Para la vigencia 2026, la entidad desarrollará las acciones que le permitan priorizar la provisión oportuna de los empleos en vacancia de las plantas de personal, sin perjuicio de los órdenes de provisión del empleo, el ordenamiento jurídico y los precedentes judiciales aplicables, conforme lo establece el Plan de Formalización Laboral Distrital – PFLD, que constituye una herramienta de gestión para las entidades u organismos del distrito, en el que se establecen las estrategias, metas, acciones e indicadores que se deben implementar para garantizar de manera coordinada y eficiente, el proceso de formalización laboral que tiene un horizonte estratégico de mediano plazo (4 vigencias) y refleja no sólo una visión de ciudad, sino el consenso del Distrito sobre las prioridades en materia de gestión del Talento Humano, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 100 del Plan de Desarrollo Económico, Social.

Selección de personal

- ✓ Se establece como reto trabajar en la disminución de los tiempos de respuesta promedio para los procesos de selección dado que los faltantes de talento humano en los servicios asistenciales o convenios puede llegar a generar inconvenientes en la prestación ágil y con calidad de los servicios.

Para abordar este reto, se requiere fortalecer cada etapa del proceso, desde las áreas que generan cada solicitud y el seguimiento que se realiza en las áreas que aprueban las solicitudes y desde la gestión realizada en la Dirección de Talento Humano, es importante mejorar la articulación entre las áreas involucradas y aprovechar la herramienta tecnológica implementada para este fin. La mejora en los tiempos de respuesta no solo contribuirá a garantizar la continuidad operativa, sino que también fortalecerá la calidad del servicio, la satisfacción del usuario en los diferentes servicios que presta la entidad.

Calidad de Vida del Colaborador (SST-Bienestar Social e Incentivos)

- ✓ Diseño e implementación módulos interactivos de hábitos saludables.
- ✓ Implementación de curso para diseño y organización puestos de trabajo bajo normatividad ergonómica.
- ✓ Plan piloto “Potencializando tus habilidades físicas”.
- ✓ Desarrollo de módulos presenciales estrategia” Cuidado proactivo” encaminada a la intervención presencial a servidores públicos con enfermedad laboral calificada.
- ✓ Mantenimiento de transporte para realización de actividades en las 4 localidades.
- ✓ Mantener el apoyo de líderes, referentes y colaboradores para obtener espacios de intervención a los equipos de trabajo en las diferentes actividades propuestas.
- ✓ Sensibilizar a los colaboradores para contestar teléfonos desconocidos pues esto hace difícil el diligenciamiento del FURAT (reporte de accidente de trabajo).

Bienestar Social e Incentivos

- ✓ Consolidar y fortalecer el Centro de Gestión de Emociones.
- ✓ Implementar de manera estructurada el Programa de Desvinculación Asistida.
- ✓ Fortalecer acciones preventivas y correctivas para la mejora del clima organizacional.
- ✓ Ejecutar el diagnóstico de liderazgo e implementar el modelo institucional de liderazgo.

Formación y Desarrollo

- ✓ Fortalecer la articulación interinstitucional y técnica con la Oficina de Gestión del Conocimiento, orientada a consolidar la estructuración y el desarrollo de contenidos formativos alineados con los ejes estratégicos institucionales, que

promuevan la innovación, la mejora continua y la transferencia efectiva del conocimiento.

- ✓ Promover de manera gradual y flexible el acercamiento del talento humano al aprendizaje de una segunda lengua (inglés), a través de espacios formativos voluntarios y de sensibilización, orientados al fortalecimiento básico de la comprensión y familiarización con el idioma, de acuerdo con las necesidades del servicio y las prioridades institucionales.
- ✓ Posicionar la nueva plataforma del Aula Virtual “Aula Saber Sur Occidente” que permita fortalecer los procesos de formación autónoma de los colaboradores.

16 GESTIÓN DE TICS

Durante la vigencia 2025, el proceso Gestión Informática, integrado por la Oficina Sistemas de Información TIC tuvo enormes retos enfocados en el cumplimiento normativo, el mejoramiento de herramientas y la implementación de nuevas tecnologías de impacto en la prestación de los servicios de salud mediante el uso de nuevas tecnologías. El presente informe muestra el desarrollo de estas iniciativas y su integración con el direccionamiento estratégico.

16.1 Avances en Inteligencia Artificial y empresarial.

Con base en referenciación comparativa iniciada en el foro de Referenciación organizado por la Subred en el mes de Octubre de 2024, la Subred Sur Occidente tuvo la oportunidad de conocer un sistema apoyado en herramientas de Inteligencia artificial denominado Softia utilizado en el Hospital San Rafael de Facatativá, presentado por su Gerente Doctor Andrés Mauricio González, dicho sistema ofrecía herramientas de alto nivel para alertar al personal médico en tiempos de respuesta a actividades y en mecanismos de consulta de información.

De este modo en la vigencia 2025, tras acercamiento con la empresa que realizó el desarrollo, se da inicio a un piloto del sistema en el servicio de urgencias del Hospital de Kennedy, de forma casi inmediata se observa el beneficio de la prueba, el tiempo promedio de

294 de 326

atención en triage pasa de 20 minutos a 18 minutos, de esta manera se decide adquirirlo, es ahí cuando nace el sistema OPORTUNA.

OPORTUNA: Se denomina al sistema de la Subred Sur Occidente que apunta a mejorar la experiencia y eficacia de la prestación de los servicios de salud por parte de la entidad, cuenta con los siguientes componentes:

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
Sistema de alertas mediante Whatsapp	Los diferentes servicios de la entidad cuentan con mecanismos de alerta basados en los tiempos obtenidos del sistema EHR – Electronic Health Record Dinámica Gerencial, lo cual desencadena alertas con base en las actividades enviadas por whatsapp a los actores de la prestación del servicio, estas alertas tienen la posibilidad de ascender en nivel para finalmente llegar a la alta dirección si el sistema no registra el cumplimiento oportuno de la actividad, estos son algunos ejemplos de su uso: SERVICIO DE URGENCIAS: Se alerta al equipo médico si se cumplen 20 minutos sin atender a un paciente en sala de espera (pre triage). Otro uso es alertar al servicio de laboratorio sobre órdenes de exámenes cuya muestra tarda en ser procesada, se destaca la alerta que se emite cada vez que un paciente pide salida voluntaria, Entre otras. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN: La principal alerta se da tras 180 minutos en promedio transcurridos tras una orden de interconsulta aun no atendida (registrada), otra alerta destacada es la que se genera cuando una cama pasa a estado de desinfección y tarda 35 minutos sin cambiar de estado. CONSULTA EXTERNA: Aquel paciente que ha facturado su cita y una hora después de la programación no se observa registrada la atención será motivo de una alerta de oportuna indicando que dicho paciente aun no ha sido atendido. Las alertas del sistema se emiten primero al personal de atención, luego a los líderes táctico operativos y si no se da la oportuna prestación del servicio se envían a la alta dirección.
Tableros de Control de Gestión	Oportuna incluye un conjunto de tableros que permiten medir la gestión de los procesos asistenciales, son del uso principalmente de los líderes de servicios hospitalarios y de urgencias.

Agente Virtual	Herramienta de consulta interactiva que apoya la consulta de las Guías de práctica clínica, se ha capacitado a mas de 400 profesionales de salud en su uso.
BOT de Citas Oportuna	Herramienta apoyada en Inteligencia artificial que permite el agendamiento de citas médicas por medio de Whatsapp, cuenta con 13 especialidades disponibles y al final de 2025 desde su inicio el 24 de Julio, dio 24.000 citas.

La experiencia exitosa OPORTUNA recibió la distinción del PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN 2025, en la categoría Gobierno Digital.

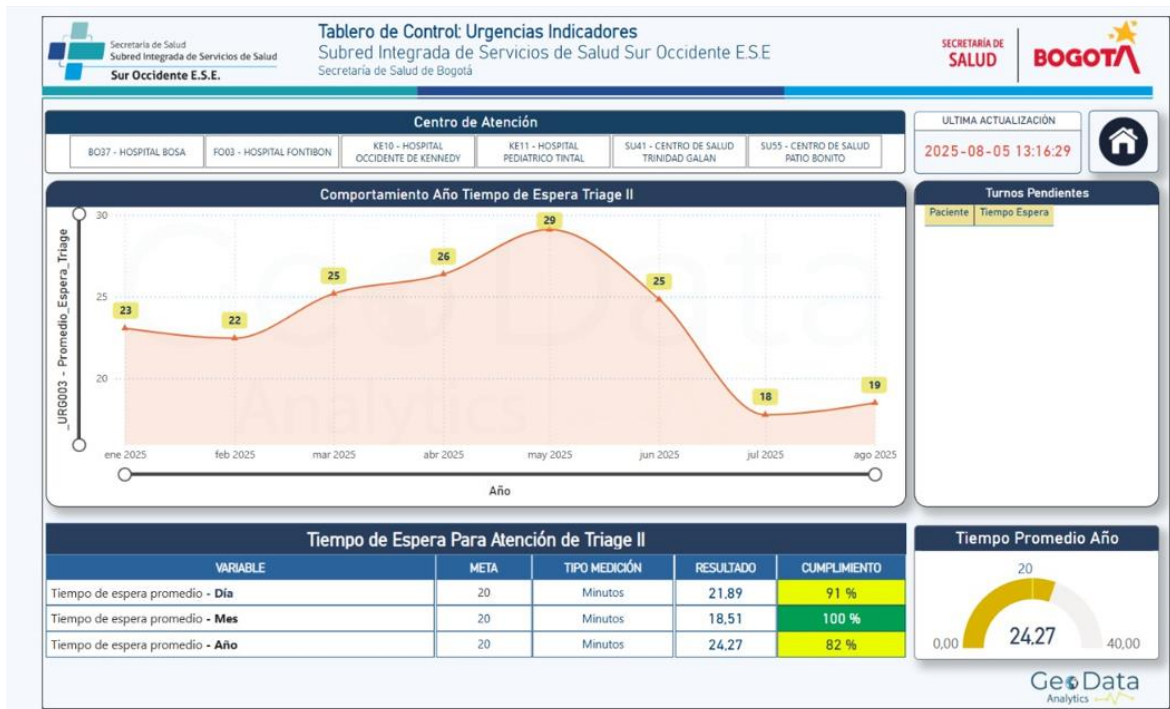


Fig 1. Tablero interactivo Oportuna que muestra el mejoramiento en tiempos de los servicios de urgencias de la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE. Se observa como en mayo se tenía un tiempo promedio de 29 minutos para la atención en triage 2 y posteriormente para el mes de Julio llega a 18 minutos.

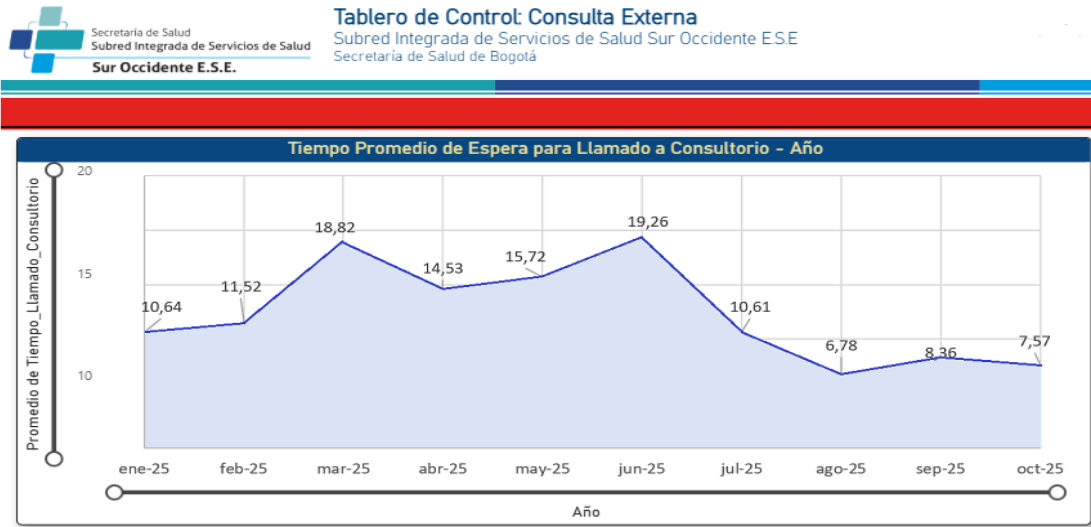


Fig 2. Reducción del tiempo de espera en Consulta externa tras la implementación dealertas de atención Oportuna.

16.2 Avances en Interoperabilidad clínica

INTEROPERABILIDAD INTERNA	Se habilita en el mes de Noviembre la integración entre el sistema RIS -PACS Atrys y el EHR Dinámica Gerencial.
INTEROERABILIDAD BOGOTÁ DIGITAL – SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD	Se completan la disponibilidad de envío en modo sincrónico de los 7 Documentos CDA del sistema Bogotá Digital hacia la Secretaría Distrital de Salud.
INTEROPERABILIDAD NACIONAL (Res 1888/25 Minsaud)	El proveedor SYAC obtiene certificación de RDA paciente para el envío de datos. Subred Sur Occidente participa en el mes de Julio 2025 en la Conectaton Nacional en representación de las cuatro Subredes del Distrito.

16.3 Avances en Historia Clínica Electrónica.

- Control de ordenamiento por Medicina General: Se pone en operación mecanismo de control que limita la visualización de servicios no correspondientes a los profesionales de medicina general.
- Se construye herramienta INHOUSE para la entrega de medicamentos de farmacia a enfermería hospitalaria.

- Se añaden los campos requeridos en la totalidad de formatos de historia clínica para garantizar su transmisión hacia Bogotá Salud Digital.
- Se pone en funcionamiento control que unifica el ordenamiento de medicamentos para facilitar al médico la selección.
- Se crea la herramienta PANEL DE ENFERMERÍA que ayuda al personal de enfermería a conocer los paraclínicos y medicamentos pendientes de cada paciente en un mapa interactivo del servicio.
- Se crea nuevo formato para el registro de partograma cerrando la brecha que impedía su uso, se valida su utilización efectiva en los servicios.
- Se realizan ajustes a formato de consulta de urgencias para mejorar los tiempos de registro por parte del personal médico.

16.4 Avances en seguridad informática.

- Se adquiere nuevo servicio de firewall para la protección de la red de datos.
- Se adquieren dos nuevas unidades NAS para el respaldo de archivo central.
- Se adquiere servicio de alojamiento en nube para archivos dirigido a las áreas de contratación y facturación.
- Se realiza migración del servicio cloud de motor base de datos SQL Server del sistema Dinámica Gerencial, logrando mayor estabilidad y capacidad del sistema de información principal.

17 CONTROL INTERNO / EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”, y especialmente en atención a lo establecido en su artículo 1°, que define el Sistema de Control Interno como el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad para garantizar que sus actuaciones se desarrollen conforme al marco constitucional y legal vigente, se presenta el Informe CBN-1038 – Informe de Gestión de la Oficina de Control Interno.

El presente informe da cuenta de las actividades desarrolladas durante el período reportado, en el marco de los cinco roles de la Oficina de Control Interno: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control.

Las actuaciones adelantadas estuvieron orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, mediante la formulación de recomendaciones independientes, el acompañamiento preventivo a los procesos institucionales, la verificación del cumplimiento normativo y el apoyo a la mejora continua, en concordancia con las políticas y directrices institucionales.

Durante la vigencia 2025, se cumplió con el Plan Anual de Auditoría, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno (CICSCI), y con los instrumentos técnicos y administrativos que conforman la función de auditoría interna. Esto ha permitido fomentar una cultura de control, garantizar la conformidad normativa y optimizar los procesos institucionales mediante recomendaciones dirigidas al mejoramiento continuo.

De esta manera, la Oficina de Control Interno contribuye al mejoramiento continuo de la entidad y al cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS A PARTIR DE LOS ROLES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

En el marco de los cinco (5) roles que deben desarrollar las Oficinas de Control Interno, establecidos en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015 (modificado por el artículo 17 del Decreto 648 de 2017), en la vigencia 2025 la Oficina de Control Interno cumplió con las siguientes actividades:

17.1.1 Rol: LIDERAZGO ESTRATÉGICO

La Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, en el numeral 3.1. indica: “El rol de liderazgo estratégico recoge las actividades de verificación, alerta temprana, control y monitoreo preventivo de los recursos públicos, con el fin de fortalecer el sistema de control interno. En este contexto, el Jefe de Control Interno debe promover un ambiente propicio para el desarrollo sus funciones y con ello generar alertas de manera oportuna sobre aquellos riesgos actuales o potenciales que pueden afectar el cumplimiento misional, (...).”

En virtud de lo anterior, la Oficina de Control Interno de la Subred Sur Occidente comunicó los resultados de las auditorías internas basadas en riesgos, auditorías internas de cumplimiento y seguimiento, a través de informes que alertan sobre posibles riesgos que puedan afectar el logro de metas y objetivos institucionales.

Además, emitió alertas oportunas ante cambios que pueden impactar el desempeño de la entidad.

Como parte del fortalecimiento del control interno y la articulación con la toma de decisiones del más alto nivel de la entidad, en la vigencia 2025 el jefe de la Oficina de Control Interno:

- Asistió y participó en instancias institucionales o comités internos a las que fue convocada (con voz, pero sin voto), tales como: Comité de Conciliación, Comité Técnico de Sostenibilidad Contable, Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Junta Directiva, Mesa de trabajo de Direccionamiento y Gerencia (Sistema Único de Acreditación), Comité Directivo y Comité de Inventarios.
- Asistió en las sesiones del Comité Distrital de Auditoría.
- En su rol de Secretaria Técnica del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, convocó cuatro (4) sesiones, proyectó y propuso la agenda, organizó la logística y los recursos técnicos necesarios para el funcionamiento de la sesión, coordinó con los líderes de las dependencias y/o procesos de la entidad los temas a tratar en cada sesión y elaboró y llevó el registro y control de las actas de dichas sesiones.

- Asistió e intervino en la apertura de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la Subred Sur Occidente llevada a cabo en abril de 2025 en el auditorio del Hospital de Kennedy.

Gestión de Procesos y Actualización

En cumplimiento de la Directiva 008 de 2021 emitida por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, en la que estableció “Lineamientos para prevenir conductas irregulares con el incumplimiento de los manuales de funciones y competencias laborales y de los manuales de procedimientos institucionales, así como por la pérdida, o deterioro, o alteración o uso indebido de bienes, elementos, documentos públicos e información contenida en bases de datos y sistemas de información la Oficina de Control Interno, actualizó seis (6) documentos durante la vigencia 2025:

No.	Nombre	Código	Versión	Fecha creación
1	Compromiso Ético del Auditor Interno	17-00-FO-0007	3	2025-09-11
2	Formato de Declaración de Conflicto de Intereses	17-00-FO-0008	3	2025-09-11
3	Evaluación de la Actividad de Auditoria Interna	17-00-FO-0010	2	2025-09-11
4	Acuerdo de Confidencialidad y Reserva de la Información	17-00-FO-0011	2	2025-09-11
5	Código Ética Auditor Interno	17-00-OD-0003	3	2025-08-12
6	Estatuto de Auditoria	17-00-OD-0004	3	2025-08-12

17.1.2 Rol: ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

La Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, en el numeral 4. indica: “El rol de enfoque hacia la prevención articula la asesoría y acompañamiento, con el fomento de la cultura del control, por lo que debe entenderse que es a través de las actividades de asesoría que es posible generar en todos los servidores una cultura de control efectiva para el logro de los objetivos, al adoptar un

papel más activo en la sensibilización y la recomendación de mejoras significativas en temas clave para la gestión institucional y, en particular, en la gestión del riesgo.”

En el marco de este rol, en la vigencia 2025 la Oficina de Control Interno ejecutó, entre otras, las siguientes actividades:

- Acompañamiento y/o asesoría en la formulación de planes de mejoramiento a diferentes áreas o procesos de la entidad, a través de mesas de trabajo con los responsables de las áreas, procesos o dependencias que debían establecer dichos planes; mesas mediante las cuales la Oficina de Control Interno brindó asesoría en la formulación de las acciones de mejora para subsanar los hallazgos identificados en auditorías y/o visitas realizadas por entes de control, como la Contraloría de Bogotá D.C., y/o en auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno.
- En los informes de auditoría emitidos por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2025 se generaron alertas tempranas mediante los hallazgos, observaciones y recomendaciones identificadas y comunicadas a los responsables de los procesos y/o actividades auditadas; hallazgos u observaciones sobre las cuales se emitieron las recomendaciones pertinentes para que desde los procesos institucionales se formularan las acciones, en procura de la mejora continua de la entidad.
- Se realizó el seguimiento a los Planes de Mejoramiento formulados para atender los hallazgos identificados en las auditorías de la Contraloría de Bogotá D.C., otros entes externos y las auditorías internas de la Oficina de Control Interno, dejando registro de las acciones y avances correspondientes en el aplicativo Almera.

17.1.3 Rol: EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO

La Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, en el numeral 5. indica: “A través de este rol, el Jefe de Control Interno, debe proporcionar un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos, entre ellos aquellos fiscales de corrupción que estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está siendo operado efectivamente, lo que repercute en la operación y eficacia del sistema de control interno.”

Además, en el numeral 5.1 la guía mencionada, establece: “Para el desarrollo de este rol se debe brindar asesoría a los responsables y ejecutores de los procesos y proyectos (primera línea de defensa), respecto a metodologías y herramientas para la identificación, análisis y evaluación de riesgos, como complemento a la labor de acompañamiento que deben desarrollar las oficinas de planeación o comités de riesgos (segunda línea de defensa).”

En el marco de lo anterior, la Oficina de Control Interno:

- Realizó siete (7) auditorías internas basadas en riesgos mediante las cuales evidenció la evaluación de los controles asociados a los riesgos identificados en cada una de las unidades auditadas y realizó las recomendaciones pertinentes para la mejora.
- Evaluó la gestión de los riesgos de la Subred Sur Occidente y generó el respectivo informe.
- A través del aplicativo Almera realizó seguimiento mensual a los riesgos de corrupción, y trimestral a los riesgos de gestión, identificados y priorizados para el proceso Control Interno.
- En el mes de diciembre de 2025 elaboró el Plan Anual de Auditoría basado en riesgos para la vigencia 2026.

17.1.4 Rol: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (AUDITORÍA INTERNA)

La Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, en el numeral 6. indica: “El propósito de este rol es llevar a cabo la evaluación independiente y emitir un concepto acerca del funcionamiento del sistema de control interno, de la gestión desarrollada y de los resultados alcanzados por la entidad, que permita generar recomendaciones y sugerencias que contribuyan al fortalecimiento de la gestión y desempeño de la entidad.”

Este rol se desarrolló mediante una actividad de auditoría interna planeada, documentada, organizada y sistemática, llevando a cabo una evaluación independiente y emitiendo un concepto acerca del funcionamiento del sistema de control interno, de la gestión desarrollada y de los resultados alcanzados por la entidad, lo cual permitió la generación

de recomendaciones y sugerencias que contribuyen al fortalecimiento de la gestión y desempeño de la entidad.

En el marco de este rol, durante la vigencia 2025 se ejecutaron las siguientes auditorías internas cuyos resultados se presentaron a través de los informes y/o reportes que se detallan a continuación:

AUDITORÍAS INTERNAS DE CUMPLIMIENTO

Nº Informe	Auditoria interna basada en riesgos al:	Fecha emisión
AI-2025-01	Subproceso Farmacia	19/6/2025
AI-2025-02	Proceso Gestión de Contratación (Parte 1. Contratos de Adquisición de Bienes y Servicios)	30/6/2025
AI-2025-03	Auditoria interna basada en riesgos al subproceso Servicios Generales y Logística	30/9/2025
AI-2025-04	Auditoria Interna basada en riesgos al proceso Gestión de Contratación (Parte 2. Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión u Órdenes de Prestación de Servicios (OPS).	30/9/2025
AI-2025-05	Auditoria Interna basada en riesgos al subproceso Tesorería.	20/11/2025
AI-2025-06	Auditoria interna basada en riesgos al subproceso Activos Fijos y Seguros.	8/11/2025
AI-2025-07	Auditoria Interna basada en riesgos al subproceso Cartera y Glosas.	9/12/2025

Fuente: *Elaboración propia de la Oficina de Control Interno*

AUDITORÍAS DE CUMPLIMIENTO Y/O SEGUIMIENTO Y REPORTES DE LEY

Nº Informe	Auditoria interna basada en riesgos al:	Fecha emisión
IL-2025-01	Seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno - II semestre 2024	23/1/2025
IL-2025-02	Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias - Vigencia 2024	30/1/2025
IL-2025-03	Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control - II semestre 2024	31/1/2025
IL-2025-04	Seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo priorizadas por la Subred Sur Occidente para la vigencia 2024	5/2/2025
IL-2025-05	Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C. vigente a 31/12/2024	17/2/2025
IL-2025-06	Seguimiento a la Administración y Gestión de la Información Jurídica de la Entidad a través del SIPROJ- WEB - Vigencia 2024	18/2/2025

IL-2025-07	Seguimiento al cumplimiento de la Directiva 008 de 2021 "Lineamientos para prevención de conductas irregulares relacionadas con incumplimiento de los manuales de funciones y de procedimientos y la pérdida de elementos y documentos públicos" - vigencia 2024	26/2/2025
IL-2025-08	Evaluación del Sistema de Control Interno Contable - Vigencia 2024	27/2/2025
IL-2025-09	Seguimiento al Cumplimiento de las Normas de Derecho de Autor y Uso de Software - Vigencia 2024	17/3/2025
IL-2025-10	Evaluación de la Atención al Ciudadano y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRS).	26/3/2025
IL-2025-11	Seguimiento al cumplimiento de disposiciones administrativas para la lucha contra la corrupción	26/3/2025
IL-2025-12	Evaluación de la Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público - Trimestre IV - 2024	26/3/2025
IL-2025-13	Seguimiento y Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional -Vigencia 2024	11/4/2025
IL-2025-14	Seguimiento al cumplimiento de las disposiciones administrativas para el manejo y control contable de la Caja Menor	13/5/2025
IL-2025-15	Seguimiento a la Política Institucional de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Lucha contra la Corrupción y Antisoborno	27/5/2025
IL-2025-16	Evaluación y seguimiento a la implementación y cumplimiento del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información - MSPI.	29/6/2025
IL-2025-17	Seguimiento al cumplimiento de obligaciones relacionadas con el fortalecimiento de la meritocracia, del empleo y la función pública en el Estado Colombiano	26/6/2025
IL-2025-18	Evaluación de la Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público - Trimestre I - 2025	25/6/2025
IL-2025-19	Alcance - Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C. Rad. SSO-2025-200-004716-3 de fecha 25/08/2025.	29/9/2025
IL-2025-20	Seguimiento al cumplimiento de la Política de Gobierno Digital	31/7/2025
IL-2025-21	Evaluación del cumplimiento de las etapas y elementos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT	16/7/2025
IL-2025-22	Seguimiento a Estados Financieros a 31 de mayo de 2025	31/7/2025
IL-2025-23	Evaluación Independiente del estado del Sistema de Control Interno - Primer semestre de 2025	30/7/2025
IL-2025-24	Seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte de la función de auditoría interna en el marco del Sistema de Control Interno - Primer semestre 2025	30/7/2025
IL-2025-25	Evaluación y seguimiento de las medidas de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público – Segundo trimestre de 2025	26/8/2025
IL-2025-26	Evaluación de la Atención al Ciudadano y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) – Primer semestre 2025	29/9/2025
IL-2025-27	Seguimiento al cumplimiento de directrices de "Accesibilidad al espacio físico - Espacios de servicio al ciudadano en la administración pública." (NTC 6047)	29/8/2025
IL-2025-28	Seguimiento al cumplimiento de disposiciones administrativas para la lucha contra la corrupción. Primer semestre de 2025	16/9/2025
IL-2025-29	Seguimiento al cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano – PETH 2025	11/12/2025
IL-2025-30	Seguimiento al cumplimiento de estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 de 2014 y los requisitos de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos.	3/12/2025
IL-2025-31	Seguimiento al cumplimiento de las disposiciones administrativas para el manejo y control contable de la caja menor.	3/12/2025
IL-2025-32	Evaluación de las medidas de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público -Tercer trimestre de 2025	19/12/2025

IL-2025-33	Seguimiento al cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.	19/12/2025
SL-01	Informe Ejecutivo Anual de Control Interno - CBN-1022	28/2/2025
SL-02	Informe de Control Interno Contable - CBN-1019	28/2/2025
SL-03	Informe de la Oficina de Control Interno - CBN-1038	15/4/2025
SL-04	Plan de Mejoramiento Seguimiento Entidad - CB-0402S	15/4/2025
Nota interna	Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno - Sem I de 2024 (correo electrónico)	31/1/2025
Nota interna	Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos para subsanar los hallazgos identificados en las auditorías internas (nota interna SSO-2025-240-003149-3)	19/5/2025

Los informes de auditoría interna y seguimientos antes relacionados fueron remitidos a la Representante Legal de la entidad mediante nota interna radicada en el Sistema de Gestión Documental Ágilsalud, y a los demás integrantes del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno a través del correo electrónico institucional en la fecha de emisión del informe; así mismo, al cierre de cada período se remitió copia de los informes a los miembros de la Junta Directiva, en cumplimiento del Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado por el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019), que establece: “Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)”

Además, los informes de auditoría fueron publicados en la página web de la entidad (www.subresuroccidente.gov.co) en la ruta: Transparencia y Acceso a la Información / 4. Planeación / 4.8 Informes de la Oficina de Control Interno

Así las cosas, en la práctica del rol de Evaluación y Seguimiento, con la comunicación oportuna de los hallazgos o deficiencias de control a través de los canales establecidos, se ha aportado en la identificación de oportunidades de mejora para el Sistema de Control Interno y para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Adicionalmente, se reportó el Formulario Único Reporte de Avances a la Gestión - FURAG en aplicativo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP para medir el Índice de Desempeño Institucional durante la vigencia 2024 de la Subred Sur Occidente en formulario asignado a la Oficina de Control Interno.

17.1.5 Rol: RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

La Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, en el numeral 7. indica: “A través de este rol, el Jefe de Control Interno sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, además, facilita el flujo de información con dichos organismos.”

En desarrollo de este rol, la Oficina de Control Interno llevó a cabo las siguientes actividades:

- Mesas de para subsanar los hallazgos identificados por la Contraloría de Bogotá D.C.
- Reporte y/o cargue en el Sistema de Vigilancia y Control Fiscal (SIVICOF)
- Gestión oportuna de las respuestas a los requerimientos realizados por la Personería de Bogotá D.C., en virtud de peticiones y/o quejas instauradas por los ciudadanos o usuarios de la Subred Sur Occidente, las cuales son tabuladas por la Personería de Bogotá D.C. en su Sistema Integrado de Proceso (SINPROC).
- Atención con oportunidad y aporte de información con calidad a las solicitudes realizadas durante la vigencia 2025 por la Oficina Jurídica, en virtud de requerimientos del Concejo de Bogotá D.C. mediante Propositiones de Control Político, u otros similares.
- Respuesta y gestión oportuna a requerimientos que se realizaron a la Oficina de Control Interno a través del Sistema de Gestión Documental Ágilsalud.
- Se asistió a la reunión de apertura de la Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados de la Contraloría de Bogotá D.C. a la Subred Sur Occidente, código 146, PAD 2025.

17.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Subred Sur Occidente cuenta con la Resolución 0391 de 2022, por medio de la cual se integra y establece el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno de la entidad.

En virtud del marco normativo indicado, durante la vigencia 2025 este comité sesionó cuatro (4) veces:

Ítem	N° ACTA	VIGENCIA	FECHA
16	01-2025	2025	11 de junio de 2025
17	02-2025	2025	5 de agosto de 2025
18	03-2025	2025	12 de agosto de 2025
19	04-2025	2025	02 de diciembre de 2025

Las actas del comité se encuentran cargadas para su consulta en el Sistema Integrado de Gestión (aplicativo Almera) en la ruta: Mecanismos de Integración / Comités / Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.

17.3 INSTRUMENTOS DE AUDITORÍA

En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 640 de 2025, “Por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Gestión Pública”, específicamente en el artículo 325 – Seguimiento del MECI, numeral 5, la Oficina de Control Interno presentó dos (2) informes de seguimiento a los instrumentos técnicos y dio continuidad a su implementación y aplicación durante la vigencia 2025.

Como resultado del ejercicio auditor, se concluyó que durante la vigencia 2025 el equipo de la Oficina de Control Interno aplicó y observó las directrices establecidas en el Código de Ética del Auditor Interno y el estatuto de auditoría interna en el desarrollo de sus funciones.

▪ Plan anual de auditoría

El cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno se evalúa mediante dos (2) indicadores del proceso de Control Interno, con los códigos: PAA-25-17 02 “Informes de Ley o cumplimiento normativo y/o de Seguimiento emitidos, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoria de la Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE” y, PAA-25-17-01 “Informes de auditorías internas basadas en

riesgos emitidos, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE.”

Durante la vigencia 2025 se dio cumplimiento del 100% al Plan Anual de Auditoría, mediante la ejecución de siete (7) auditorías internas basadas en riesgos y la elaboración de cuarenta (40) informes de ley, de cumplimiento y/o de seguimiento, para un total de cuarenta y siete (47) informes emitidos en el período

▪ **Estatuto de Auditoría Interna**

Para la vigencia 2025 el Estatuto de Auditoría Interna (Código 17-00-OD-0004) fue actualizado a su versión 3 el 12 de agosto de 2025 y continúa alineado y teniendo coherencia con el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna del Instituto de Auditores Internos.

En consonancia con lo anterior, la Oficina de Control Interno desarrolló actividades de revisión y verificación para cada uno de los trabajos de auditoría interna que se ejecutaron durante la vigencia 2025. En el desarrollo de la labor de auditoría interna, durante la vigencia 2025, no se presentaron situaciones que fueran en contra de lo establecido en el Estatuto de Auditoría Interna.

▪ **Código de ética del auditor**

El Código de Ética del Auditor Interno (código 17-00-OD-0003) fue actualizado a su versión 3 el 12 de agosto de 2025. En consecuencia, el equipo de auditoría de la Oficina de Control Interno suscribió el documento, manifestando su compromiso con su cumplimiento.

Adicionalmente, la Oficina cuenta con el formato Compromiso Ético del Auditor Interno (código 17-00-FO-0007), el cual fue actualizado a su versión 3 el 11 de septiembre de 2025. En consecuencia, los auditores de la Oficina de Control Interno suscribieron el respectivo compromiso, reafirmando su observancia de los principios y lineamientos éticos que rigen la actividad de auditoría interna.

▪ Carta de representación

La Oficina de Control Interno solicito para todos los trabajos de auditoría basada en riesgos, la suscripción de la carta de representación.

RECURSO HUMANO - EQUIPO AUDITOR

La actividad de auditoría interna es liderada por el jefe de la Oficina de Control Interno y cuenta con la participación de profesionales de diversas disciplinas que desempeñan el rol de auditores, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, así como de las responsabilidades asignadas a la Oficina de Control Interno en el Decreto 648 de 2017 y demás normas aplicables.

Con corte al 31 de diciembre de 2025, la Oficina de Control Interno contaba con un total de once (11) profesionales que ejercían el rol de auditores internos. De estos, seis (6) pertenecen a la planta de personal de la entidad y cinco (5) se encontraban vinculados a la Subred Sur Occidente mediante contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

17.4 PRINCIPALES LOGROS

En un entorno en el que la normatividad evoluciona de manera constante, el desafío consiste en mantenernos actualizados y alineados con las disposiciones vigentes y con los estándares internacionales en materia de auditoría.

De otra parte, como logros de la Oficina de Control Interno ejecutó el Plan Anual de Auditorías conforme a lo programado, generando alertas tempranas sobre riesgos y debilidades de control, y formulando recomendaciones orientadas a su mitigación y fortalecimiento. Como resultado de esta gestión, se promovió la mejora continua de los procesos, se suministró información objetiva y confiable para la toma de decisiones y se contribuyó de manera efectiva al logro de los objetivos institucionales, fortaleciendo el rol estratégico de la auditoría interna dentro de la entidad. Asimismo, lograron avances significativos en la comunicación de los resultados de auditoría, garantizando que los hallazgos, recomendaciones y planes de acción fueran transmitidos de manera clara, oportuna y comprensible a los responsables de cada área.

Los informes de la Oficina de Control Interno fueron socializados con la gerencia, los miembros de la Junta Directiva y los integrantes del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno. Adicionalmente, estos informes se encuentran publicados en la página web de la Subred Sur Occidente E.S.E., promoviendo la transparencia y facilitando el acceso a la información para todos los interesados.

17.5 RETOS VIGENCIA 2026

Dada la amplitud y complejidad de los procesos y subprocesos institucionales, así como los cambios derivados de la actualización del mapa de procesos, el ejercicio de priorización puede limitar la posibilidad de abarcar la totalidad de estos en cada vigencia e incluso durante el período completo de gestión. Este contexto implica el desafío permanente de focalizar los esfuerzos en los procesos de mayor impacto y nivel de riesgo. Las auditorías se desarrollan con base en el análisis de muestras seleccionadas. En este sentido, existe un riesgo de muestreo, entendido como la posibilidad de que las conclusiones obtenidas a partir de la muestra analizada difieran de aquellas que se habrían alcanzado al examinar la totalidad de la población.

La labor de auditoría interna, al estar sujeta al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se desarrolla bajo parámetros definidos de tiempo y alcance. En consecuencia, procedimientos más extensos o detallados podrían identificar situaciones adicionales no abordadas en el marco de la auditoría ejecutada.

18 CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

Las acciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., - SISSSO, se encaminan a la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, a través del modelo de atención integral basado en la atención primaria en salud, gestión asistencial excelente, segura, humanizada, eficiente, promoción de la docencia, investigación e innovación con talento humano íntegro para contribuir al bienestar y calidad de vida de la población.

En ese orden de ideas, el fortalecimiento de la cultura organizacional y la dignificación del talento humano sustentan la consecución de la misionalidad institucional, por lo cual, con el fin de contribuir al cumplimiento de dicho apartado, así como con la cultura de gestión y prevención, la Oficina de Control Disciplinario Interno- OCDI, como autoridad en la materia, con el ánimo de coadyuvar eficazmente al cumplimiento de los objetivos y fines de la Entidad y en el marco de las funciones preventivas a su cargo, propició espacios y/o herramientas para sensibilizar a los colaboradores de la Subred, sobre los comportamientos, conductas y acciones que pueden ser constitutivas de falta disciplinaria, sus implicaciones, así como las generalidades propias del procedimiento disciplinario.

Así las cosas, y en atención al objetivo y meta estratégica, que se enlistan:

- **Objetivo estratégico:** Potencializar el talento humano y la cultura organizacional para avanzar con las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud.
- **Meta estratégica:** A 2028 cumplir con el 100% del plan de trabajo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Se fijaron los siguientes objetivos:

1. Objetivo N° 1: Divulgar y socializar el Plan Preventivo Disciplinario- ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!

Con el fin de desarrollar la estrategia de prevención y sensibilización, durante 2025, se desplegaron **veinticinco (25) acciones**, de **veinticinco (25) acciones programadas**, bajo la siguiente formula:

*(Número de acciones desarrolladas en el Plan Preventivo Disciplinario dentro del periodo / Número de acciones programadas en el Plan Preventivo Disciplinario dentro del periodo * 100)*

Distribuidas por trimestre así:

I. PRIMER TRIMESTRE:

- I.1. PPD Virtual- Actualización Presentaciones Inducción Reinducción.
- I.2. EAC- Encuentro de Aprendizaje Continuo Derecho de Petición.
- I.3. Tips Disciplinarios- Correo Electrónico.
- I.4. Solicitud de divulgación Tips Disciplinarios - Ticket #898383
- I.5. Sensibilización Hospital APP Bosa 31 de enero del 2025
- I.6. Ticket divulgación protocolo para el tratamiento de quejas y denuncias.
- I.7. Pieza comunicativa (protocolo para el tratamiento de quejas y denuncias).

II. SEGUNDO TRIMESTRE:

- II.1. Presentación EAC Tratos Irrespetuosos y su incidencia disciplinaria.
- II.2. EAC Tratos irrespetuosos y su incidencia disciplinaria
- II.3. Ticket divulgación Tips Disciplinarios
- II.4. Encuentro líderes asistenciales 24/06/2025 USS UPA 11
- II.5. Pieza comunicativa (Folleto tips disciplinarios)

III. TERCER TRIMESTRE:

- III.1. Presentación EAC Acoso laboral
- III.2. EAC Acoso laboral
- III.3. Tickets de divulgación Tips Disciplinarios
- III.4. Pieza comunicativa (Folleto Tips Disciplinarios)
- III.5. Sensibilizaciones
 - Pablo VI Bosa 30/07/2025
 - Asunción Bochica 15/08/2025
 - Lideres 02/09/2025
- III.6. Pop Up Tips Disciplinarios.

IV. CUARTO TRIMESTRE:

- IV.1. Presentación EAC Faltas Disciplinarias relacionadas con la Contratación Pública 05/12/2025
- IV.2. Presentación EAC Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano 15/12/2025
- IV.3. Presentación sensibilización Hospital Bosa 19/12/2025
- IV.4. Presentación sensibilización Fontibón 11/12/2025
- IV.5. Tickets divulgación Tips Disciplinarios
- IV.6. Pieza comunicativa (folleto Tips Disciplinarios)
- IV.7. Sensibilizaciones
 - Fontibón 11/12/2025
 - Dirección Operativa Gestión del Talento Humano 15/12/2025
 - Hospital Bosa 19/12/2025
 - EAC Faltas Faltas Disciplinarias relacionadas con la Contratación Pública 05/12/2025
- IV.8. Pop Up Tips Disciplinarios.

Con un cumplimiento del 100% del objetivo, tal como se sigue:

*(26 acciones desarrolladas en el Plan Preventivo Disciplinario dentro del periodo / 26 acciones programadas en el Plan Preventivo Disciplinario dentro del periodo * 100) = 100%*

Objetivo N° 2: Evaluar la apropiación del Plan Preventivo Disciplinario - ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo cuenta!

Aterrizado lo anterior y a efectos de identificar la utilidad y pertinencia de las temáticas abordadas tanto en las jornadas de sensibilización como en los Encuentros de Aprendizaje Continuo- EAC, en los que participó la OCID, se implementaron test - cuestionarios para medir la apropiación de los conocimientos impartidos.

Esto en virtud de la siguiente fórmula:

*(Número de cuestionarios del PPD con calificaciones iguales o superiores al 85% / (Número total de cuestionarios practicados para medir la apropiación al PPD) *100*

Así las cosas, dichas mediciones tuvieron una medición semestral así:

I. PRIMER TRIMESTRE:

Con la coadyuvancia de la profesional especializada del subproceso de Formación y Desarrollo - Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano, se dio continuidad a la participación en los Encuentros de Aprendizaje Continuo programados desde dicha dirección, así las cosas, el 26 de junio de 2025, se llevó a cabo el EAC Tratos irrespetuosos y su incidencia disciplinaria, con la participación de 16 colaboradores entre funcionarios y contratistas y con un promedio de 4.7 de satisfacción del evento, según listados de asistencia.

De manera que, para el I Semestre 2025, se apoyaron dos EAC Derecho de petición y tratos irrespetuosos, con la participación de 57 colaboradores, 41 y 16, respectivamente.

Ahora bien, en lo que a la apropiación de las temáticas se refiere, durante el primer trimestre se diligenciaron 25 posttest con las siguientes calificaciones:

- 5/5: 13: 100%
- 4/5: 6: 80%
- 3/5: 5: 60%
- 1/5: 1:20:

Y durante el II Trimestre, 13, con los resultados que se siguen:

- 6/6: 10: 100%
- 4/6: 2: 67%
- 2/6: 1: 40%

Es de señalar que, en la presente medición solamente se tomaron los POSTEST como quiera que, algunos participantes solo diligenciaron un cuestionario o bien el pretest o el posttest, pese único.

Para la medición del II Semestre (III-IV Trimestre) se trabajará y modificará dicha circunstancia para tener resultados unificados.

Superado lo que precede, es de señalar que, el 31 de enero de 2025, se llevó a cabo sensibilización en el APP de Bosa, en la que participaron 35 colaboradores según registros de asistencia

Con los siguientes resultados totales sensibilización APP Bosa:

- 35 cuestionarios con todas las respuestas correctas

Visto lo anterior 58 cuestionarios tuvieron calificaciones iguales o superiores a 85%

Con un cumplimiento del 79.45% del objetivo, tal como se sigue: (58 cuestionarios del PPD con calificaciones iguales o superiores al 85% / 73 cuestionarios practicados para medir la apropiación al PPD) *100) = 79.45%

II. SEGUNDO SEMESTRE

Esta etapa se dividió en dos momentos, III y IV trimestre respectivamente, con las siguientes características.

- III Trimestre:

Con la coadyuvancia de la profesional especializada del subproceso de Formación y Desarrollo - Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano, se dio continuidad a la participación en los Encuentros de Aprendizaje Continúo programados desde dicha dirección, así las cosas, el 29 de septiembre de 2025, se llevó a cabo el EAC Acoso Laboral

y la competencia de la Oficina de Control Interno Disciplinario, con la participación de 43 colaboradores entre funcionarios y contratistas.

Ahora bien, en lo que a la apropiación de las temáticas se refiere, durante el mentado encuentro, se diligenciaron 44 Pretest, con los siguientes resultados:

- 5/5: 13: 100%
- 4/5: 15: 80%
- 3/5: 14: 60%
- 2/5: 02: 20%

Bajo esa misma línea, en lo que a post test se refiere, fueron gestionados 43, con las calificaciones que se detallan:

- 5/5: 29: 100%
- 4/5: 8: 80%
- 3/5: 6: 60%

De lo detallado en precedencia, es dable concluir una notable apropiación de los conocimientos impartidos del PPD en el marco del EAC Acoso Laboral y la competencia de la Oficina de Control Interno Disciplinario, ya que:

- Las calificaciones iguales al 100%, tuvieron un incremento aproximado del 50%
- Las calificaciones iguales al 80%, se redujeron aproximadamente en un 40%
- Las calificaciones iguales al 60%, se redujeron aproximadamente en un 60% • Por último y no menos importante es que, las calificaciones inferiores al 20%, se redujeron en un 100%.

En lo que respecta a las jornadas de sensibilización se practicaron 260 test con los siguientes resultados:

- 5/5: 260 100%

Visto lo anterior, en total se practicaron 303 test, valor arrojado de la sumatoria de los Postest del EAC y las pruebas propias de las jornadas de sensibilización, con los siguientes resultados

- 5/5: 289: 100%
- 4/5: 8: 80%
- 3/5: 6: 60%

Así las cosas y al aterrizarlo a la meta del proceso, para el curso julio a septiembre, se obtuvo el 95.38%, del porcentaje del indicador, con 0.38% superior a la meta prevista para la vigencia, 95% de cuestionarios con calificaciones iguales o superiores al 85%.

*(289 cuestionarios del PPD con calificaciones iguales o superiores al 85% /
303 cuestionarios practicados para medir la apropiación al PPD) *100) =
95.38%*

- IV Trimestre:

Con el apoyo de la profesional especializada del subproceso de Formación y Desarrollo - Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano, se dio continuidad a la participación en los Encuentros de Aprendizaje Continuo programados desde dicha dirección, es así que, el 05 de diciembre de 2025, se llevó a cabo **(i) EAC faltas disciplinarias relacionadas con la contratación pública**, y **(ii)** el 15 del mismo mes y año se realizó uno presencial con la participación de la Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano, ambos EAC, con un total de 47 participantes entre funcionarios y contratistas.

Ahora bien, en lo que a la apropiación de las temáticas se refiere, durante los referidos espacios, se diligenciaron **47 Postest**, así:

1. EAC faltas disciplinarias relacionadas con la contratación pública:

- 4/4: 20: 100%
- 3/4: 1: 75%

2. EAC Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano:

- 6/6: 26: 100%

En lo que respecta a las jornadas de sensibilización se practicaron **91 test** con los siguientes resultados

1. Fontibón 11/12/2025:

- 3/3: 23: 100%

2. Hospital Bosa 19/12/2025

- 6/6: 68: 100%

Visto lo anterior, para el IV se practicaron **138 test**, valor arrojado de la sumatoria de los Postest de los EAC y las pruebas de las jornadas de sensibilización, con los siguientes resultados

- 137: 100%
- 1: 75%

Resultados que al ser aterrizados a la meta del proceso para arrojaron lo siguiente:

*137 cuestionarios del PPD con calificaciones iguales o superiores al 85% / 138 cuestionarios practicados para medir la apropiación al PPD) *100= 99.27%*

Así las cosas, para la vigencia 2025, el acumulado obtenido arrojó el cumplimiento del indicador, con 95.13% de cuestionarios con calificaciones iguales o superiores al 85%, para

el curso 2025, así: 489 cuestionarios del PPD con calificaciones iguales o superiores al 85% / 514 cuestionarios practicados para medir la apropiación al PPD) $\ast 100 = 95.13\%$

Ahora bien, en lo que corresponde al ejercicio misional de la OCDI, esto es, el ejercicio de la acción disciplinaria en etapa de instrucción, es decir, desde la evaluación de la noticia disciplinaria hasta la notificación del pliego de cargos o citación audiencia del procedimiento verbal, se fijaron los siguientes objetivos así:

3. Objetivo N° 3: Evaluar el 100% de las quejas disciplinarias allegadas a la Oficina de Control Disciplinario Interno en el marco de las previsiones normativas del Código General Disciplinario.

Bajo ese contexto, en aras al correcto ejercicio de la acción disciplinaria y garantizar la efectividad de las gestiones a cargo del Despacho se implementó el Formato Respuesta Quejoso / Informante Disciplinario, con el fin de emitir un pronunciamiento respecto de la evaluación de los hechos informados.

En ese orden de ideas, en el marco de la fórmula establecida (Número de quejas disciplinarias evaluadas en el periodo objeto de evaluación por la OCID / Número total de quejas disciplinarias allegadas en el periodo evaluado $\ast 100$), se tiene que la Oficina alcanzó un cumplimiento del 100%, en el curso 2025, así:

- I SEMESTRE:

75 quejas disciplinarias evaluadas en el II semestre por la OCID / 75 quejas disciplinarias allegadas en el periodo evaluado $\ast 100 = 100\%$.

- II SEMESTRE:

(65 quejas disciplinarias evaluadas en el II semestre por la OCID / 65 quejas disciplinarias allegadas en el periodo evaluado $\ast 100 = 100\%$.

Así las cosas, en lo corrido 2025, se dió cumplimiento a la meta del proceso, como se avizora:

*140 quejas disciplinarias evaluadas en 2025 / 140 quejas disciplinarias
allegadas en 2025 * 100 = 100%.*

4. Objetivo N° 4: Gestionar dentro de los términos previstos por el Código General Disciplinario los procesos a cargo de la Oficina de Control Interno Disciplinario en etapa de instrucción.

Para la medición de dicho indicador, se fijó la siguiente meta:

*(Número de decisiones disciplinarias aprobadas / Número de decisiones
disciplinarias programadas * 100)*

Así las cosas, durante 2025, se evidenciaron las siguientes gestiones:

1. I Trimestre:

En dicho interregno, se fijó como meta del proceso la aprobación de veintidós (22) actuaciones disciplinarias aprobadas por mes, es decir un total de sesenta y seis (66) al trimestre.

Así las cosas, y en el marco de la fórmula que precede durante el curso ya conocido se aprobaron sesenta y seis (66) actuaciones, lo que permitió evidenciar un cumplimiento del 100% de la meta del proceso así:

*“66 decisiones disciplinarias aprobadas / 66 decisiones disciplinarias
programadas * 100” = 100%.*

2. II Trimestre:

De conformidad a lo establecido en el Acta de comité técnico del 28/03/2025 presidido por la jefe de la Oficina, se fijó la sustanciación de 27 autos al mes a partir del 1 de abril.

Luego, entre abril a junio, se aprobaron ochenta y un (81) decisiones, con un cumplimiento del indicador equivalente al 100%, así:

*“81 decisiones disciplinarias aprobadas / 81 decisiones disciplinarias programadas * 100” = 100%.*

3. III Trimestre:

Para dicho curso, en particular, julio-agosto, la OCDI, pasó de contar con tres (3) profesionales del derecho a dos (2) , situación ajena a la órbita funcional del despacho y que incidió en las proyecciones de la dependencia, de ahí que para los citados meses la actividad de sustanciación se realizó así:

NUMERO DE AUTOS JULIO	NUMERO DE AUTOS AGOSTO
23	21

Pese a lo anterior, para el último mes del trimestre, septiembre, la OCID, volvió a contar con tres (3) profesionales del derecho, de manera que, se retomó la meta prevista de 27 decisiones mensuales

Así las cosas, durante julio – septiembre se sustanciaron y consecuentemente se aprobaron 71 decisiones disciplinarias, es de señalar que, la sustanciación depende del acontecer procesal de cada uno de los procesos que conoce el Despacho, ya que los mismos presentar particularidades tanto sustanciales como procesales que los hacen diferentes entre sí

Aterrizado lo anterior a la fórmula del indicador se evidenció que:

*“71 decisiones disciplinarias aprobadas / 81 decisiones disciplinarias programadas * 100” = 87.6%.*

Lo anterior, sin perder de vista las vicisitudes contractuales presentadas entre julio-agosto, que impidieron cumplir con la meta de 27 autos para dicho periodo, mismas que desbordaron las competencias y funcionalidades de la oficina.

4. IV Trimestre:

Durante octubre – diciembre se sustanciaron y consecuentemente se aprobaron 81 decisiones disciplinarias, es de señalar que, la sustanciación depende del acontecer procesal de cada uno de los procesos que conoce el Despacho, ya que los mismos presentar particularidades tanto sustanciales como procesales que los hacen diferentes entre sí.

Aterrizado lo anterior a la fórmula del indicador se evidenció que:

*81 decisiones disciplinarias aprobadas / 81 decisiones disciplinarias programadas * 100 = 100%.*

Para el II semestre, se sustanciaron 152 actuaciones, que, al aterrizarlas a la formula objeto de medición, se evidenció

*152 decisiones disciplinarias aprobadas / 162 decisiones disciplinarias programadas * 100 = 94%.*

NOTA ACLARATORIA 1: Sin perjuicio a lo decantado hasta este punto, tal como se precisó en la correspondiente medición, durante julio – agosto, la OCDI, se redujo el número de profesionales de la OCDI, ya que se pasó de tres (2) a dos abogados, situación ajena a la órbita funcional del despacho y que incidió en las proyecciones

de la dependencia, de ahí que para los citados meses la actividad de sustanciación se realizó así:

NUMERO DE AUTOS JULIO	NUMERO DE AUTOS AGOSTO
23	21

El anterior resultado sin perder de vista las vicisitudes contractuales presentadas entre julio-agosto, que impidieron cumplir con la meta de 27 autos para dicho periodo, mismas que desbordaron las competencias y funcionalidades de la oficina.

Ahora bien, para el curso 2025, se evidenció lo siguiente:

*299 decisiones disciplinarias aprobadas / 307 decisiones disciplinarias programadas * 100 = 97.4%.*

NOTA ACLARATORIA 2: Es de señalar que, las metas correspondientes al I Trimestre 2025, fueron objeto de modificación (incremento), para los restantes periodos del año, circunstancia para tener en cuenta al momento de totalizar la vigencia.

Conclusión: Superado lo que precede, es de señalar que, en el curso 2025, se desplegaron todas las acciones tendientes al cumplimiento efectivo de cada uno de los cuatro (4) objetivos fijados para la vigencia, es así como, a partir de las mismas y sustentadas en los correspondientes soportes y/o evidencias, fue posible verificar un cumplimiento equivalente al 100% del total programado para la vigencia.

Con la salvedad que, dada la reducción de colaboradores, circunstancia ajena a la voluntad de la Oficina, se vio afectada la gestión de sustanciación del Despacho entre julio y agosto 2025, lo cual influyó en el porcentaje obtenido en el curso de la anualidad evaluada (verificar nota 1)

En suma, las acciones desplegadas para el cumplimiento de lo proyectado fueron satisfactorias, dado los resultados previamente detallados.

18.1 PRINCIPALES LOGROS

Los principales logros aluden a la eficacia y efectividad de las acciones desplegadas para el cumplimiento de los objetivos trazados en la vigencia, en especial lo relativo a:

1. Las gestiones desarrolladas para la divulgación del componente preventivo a cargo del Despacho, las cuales tuvieron una divulgación masiva en los colaboradores, funcionarios y contratistas, de la Entidad.
2. Si bien, durante el curso I Semestre, los resultados obtenidos en cuanto a la medición de la apropiación se refiere no fueron los esperados, las estrategias implementadas permitieron su subsanación, e incluso se dio cumplimiento a la meta del proceso con resultados superiores a los fijados
3. La tramitación de todas las noticias disciplinarias se surtió con apego a los procedimientos internos para su gestión.

18.2 RETOS VIGENCIA 2026

El mayor reto en el 2025 obedeció a la reducción de los profesionales de la Oficina, circunstancia que, incidió en la sustanciación de las actuaciones disciplinarias, no obstante, la administración subsanó dicha eventualidad y se pudo avanzar en el cumplimiento del indicador.

Ahora bien, todos los datos aquí reportados se sustentan en los soportes anexos, mismos que reposan en su totalidad en el aplicativo ALMERA y fueron obtenidos en la ejecución de las diferentes acciones a cargo de la OCDI.

El año 2025 fue un año retador, lleno de aprendizajes y desafíos, pero también de avances significativos que solo fueron posibles gracias al compromiso, vocación y el amor con el que cada día los colaboradores de la Subred Sur Occidente E.S.E sirven a nuestra comunidad. Una familia que cuida, que acompaña y que trabaja unida por el bienestar de las personas y los territorios.

En el año 2026 debemos seguir fortaleciendo los equipos de MAS Bienestar en el Hogar, para continuar llevando salud con cercanía y confianza a cada rincón de nuestras comunidades. La Casa MAS Bienestar Boston se debe consolidar como un espacio de cuidado integral, donde los pacientes en proceso de recuperación se sientan acogidos y tratados con dignidad y calidez.

En el año 2026, el Centro de Salud 29 y la puesta en marcha del nuevo Angiógrafo en el Hospital Occidente de Kennedy se deben convertir en oportunidades para seguir creciendo y fortaleciendo nuestra oferta de servicios, permitiéndonos brindar una atención cada vez más oportuna, integral y cercana, desde un enfoque preventivo y comunitario. Los avances se deben traducir en mejores diagnósticos, mayor capacidad resolutive y, sobre todo, en más bienestar y tranquilidad para nuestros usuarios y sus familias.

El 2026 marca el inicio de grandes transformaciones, que todo el trabajo se siga viviendo con los valores y principios de la plataforma estratégica. Que la honestidad, respeto, diligencia, justicia y compromiso sigan guiando cada una de las acciones, trabajando unidos, podemos construir y generar más bienestar para Bogotá.

ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA
GERENTE